

Bilan et perspectives des projets prioritaires de l'AP-HP

Sommaire

Fluidification de l'aval des urgences.....	3
Amélioration de la fluidité de la filière gériatrique	5
Optimisation de l'organisation des blocs opératoires	7
Développement de la chirurgie ambulatoire	11
Augmentation du recours à l'HAD de AP-HP	15
Optimisation de l'utilisation des équipements médicaux lourds (scanners et IRM) ..	17
Structuration de l'offre de l'AP-HP en matière de dialyse en vue d'augmenter notre activité	19
Amélioration de l'accessibilité des consultations.....	21
Amélioration de la qualité de la sortie du patient de l'hôpital.....	23
Amélioration de la qualité du codage	27
Amélioration de la qualité de la facturation.....	31
Libération de surfaces non indispensables au fonctionnement des groupes hospitaliers	33
Amélioration des conditions de travail	35
Amélioration de la gestion des séjours.....	37

Fluidification de l'aval des urgences

Les objectifs de la fluidification de l'aval des urgences sont multiples. Ils relèvent de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients mais aussi des conditions de travail et de la performance de nos organisations. Il s'agit de :

- permettre à tout patient dont l'état le justifie de pouvoir accéder à une hospitalisation et aux compétences adaptées à la prise en charge de sa situation médicale ;
- redonner aux UHCD leurs fonctions de diagnostic, de surveillance et de soins de courte durée afin d'éviter les hospitalisations dans les boxes voire les couloirs des SAU, et d'orienter au mieux les parcours de soins ;
- offrir une solution d'hospitalisation au sein de l'AP-HP aux patients dont l'état de santé le justifie et qui s'adressent à ses structures d'accueil des urgences ;
- améliorer la qualité de l'orientation des malades en aval des SAU : réduire les admissions non programmées inadaptées en service de spécialité, faciliter l'admission dans la structure de soins la plus adaptée ;
- réduire les perturbations induites par l'admission de patients arrivant en urgence sur les admissions programmées dans les services de soins.

I. Evolution de la performance AP-HP

La fluidité de l'aval des urgences s'est sensiblement améliorée au cours des deux dernières années avec la réduction significative de 10 % en 2 ans de la part des séjours trop longs (>24H) en UHCD qui a décliné de 22,4 % fin 2010 à 21,99 % fin 2011 et 20,25 % fin 2012.

Cette réduction de durée moyenne de séjour (DMS) a permis d'accueillir davantage de patients en UHCD et ainsi d'éviter les attentes trop longues dans les couloirs des SAU.

Le taux de transferts hors AP-HP depuis les SAU est resté stable à 13 %. Les efforts engagés par la plupart des sites sur la réduction des transferts hors AP-HP ont été contrebalancés en 2012 par 3 faits principaux :

- la survenue d'un épisode inhabituel de grippe en début d'année, qui s'est traduit par un afflux plus important de patients vers les SAU et des transferts plus nombreux ;
- l'évolution de la réglementation sur les hospitalisations sous contraintes en psychiatrie qui se traduit par des transferts plus nombreux vers les établissements psychiatriques ;
- la forte augmentation des transferts hors AP-HP sur quelques sites qui vont en 2013 bénéficier d'un appui spécifique.

II. Etat d'avancement des projets pilotes conduits dans les GH

Plusieurs sites pilotes ont été engagés et ont permis des améliorations significatives :

II.1. Pilotes finalisés

- Fluidité de l'aval des urgences de Tenon

Passage de la part des séjours en UHCD > 24 heures de 44 % fin 2010 à 28 % fin 2011 et 18 % fin 2012.

Passage du taux de transferts hors AP-HP de 18 % fin 2010 à 15 % fin 2011 et 12 % fin 2012.

Ce projet a mobilisé le SAU de Tenon et les principaux services d'aval, avec notamment la mise en place d'un outil sur la disponibilité des lits, la mise en place d'un référent urgences dans les services d'aval et la contractualisation entre le SAU et les services d'aval.

- Accès des malades non programmés au scanner à Lariboisière

Passage du temps d'accès médian au scanner de 6 jours fin 2011 à 4 jours fin 2012.

Ce pilote a notamment reposé sur la définition graduée de l'urgence-scanner (en 3 niveaux), l'ouverture de nouvelles plages horaires aux patients hospitalisés et la révision des protocoles de préparation des patients.

II.2. Pilotes en cours

- Dans le cadre du projet « Gestion des lits » du Contrat Performance avec l'Anap : HUNPVS et HUPSSD ;
- pilote « Fluidité de l'aval des urgences » en cours sur Ambroise Paré ;
- pilote en cours de lancement sur Henri Mondor et Lariboisière.

III. Perspectives 2013

L'enjeu majeur pour 2013 est de capitaliser sur les expériences réussies pour réduire significativement les transferts hors AP-HP. Il s'agira prioritairement de :

- finaliser les projets pilotes en cours qui concernent des GH en difficulté notamment sur les transferts hors AP-HP ;
- poursuivre la capitalisation et les échanges inter-GH au travers de la diffusion d'un recueil d'expériences et de l'organisation de séances d'échanges ;
- intégrer mi-2013 dans le projet « Gestion des séjours » la dynamique d'amélioration de la fluidité de l'aval des urgences.

Amélioration de la fluidité de la filière gériatrique

L'enjeu majeur de la prise en charge des personnes âgées est d'assurer une continuité, sans rupture, entre le domicile, les structures médico-sociales et les établissements de santé au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Le défi à relever est donc de structurer une offre de soins gériatriques adaptée à chaque étape de l'évolution de la personne âgée, notamment en renforçant la coordination entre les différents acteurs.

I. Evolution de la performance

Les 2 indicateurs de la fluidité de la filière gériatrique se sont améliorés au cours des 2 dernières années :

- réduction de la DMS en SSR gériatrique qui est passée de 55,2 jours fin 2010 et fin 2011 à 52,8 jours fin 2012 ;
- augmentation du taux d'intervention des assistantes sociales la première semaine du séjour en SSR gériatrique qui est passée de 22 % fin 2010 à 27 % fin 2011 et 33 % fin 2012.

La dynamique institutionnelle portée par une équipe projet repose sur plusieurs axes :

- diffusion de recommandations et bonnes pratiques ;
- mise en place d'un cycle de rencontre avec chaque site en accentuant l'appui auprès des GH en difficulté ;
- organisations de séances d'échanges inter-GH permettant de maintenir la dynamique et de favoriser la diffusion de bonnes pratiques.

Ce projet n'a pas fait l'objet de sites pilotes.

Deux illustrations de la dynamique engagée par les sites :

A Broca (DMS en SSR gériatrique de 44 jours fin 2012 versus 48 fin 2010), la mise en œuvre du projet thérapeutique est suivie chaque semaine pour chaque patient. L'équipe mobile gériatrique est joignable par les professionnels grâce à un numéro unique. Depuis début juillet 2012, un médecin gériatre est joignable par un numéro unique du lundi au vendredi afin d'aider les partenaires extérieurs à résoudre une problématique gériatrique.

Parallèlement à un suivi rigoureux des séjours et de la durée moyenne de séjour (dms), **Lariboisière (DMS en SSR gériatrique de 44 jours fin 2012 versus 56 fin 2010)** expérimente un Parcours de santé de la Personne âgée sur les 9^e, 10^e et 19^e arrondissements de Paris visant à :

- mettre en place une gouvernance territoriale pour coordonner les décisions des différents acteurs ;
- réduire le recours par défaut aux urgences ;
- mettre en œuvre un programme de gestion de l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé.

II. Perspectives 2013

Plusieurs objectifs seront poursuivis en 2013. Il s'agira de :

- poursuivre les efforts de réduction de la DMS avec un travail ciblé sur les sites présentant la DMS la plus élevée qui bénéficieront d'un appui particulier (intervention d'une mission d'appui composée d'experts de sites AP-HP performants ; accompagnement dans le cadre des « pôles d'excellence » de l'Anap) ;
- renforcer les travaux autour de 2 axes :
 - la prise en charge en urgence des personnes âgées ;
 - la gouvernance intégrée sur un même territoire des différentes structures de coordination (filiales gériatriques, Maïa, Clic) ;
- poursuivre la capitalisation et l'échange entre GH par l'organisation de séances d'échange et de la diffusion de bonnes pratiques.

Optimisation de l'organisation des blocs opératoires

Les enjeux pour l'AP-HP :

- **améliorer la performance des blocs opératoires :**
 - converger vers un taux d'ouverture de 90 % de taux d'utilisation et de 80 % par la mise en œuvre d'organisations efficaces ;
 - mettre en cohérence l'activité réalisée et les ressources humaines sur la base d'indicateurs de performance et de référentiels.
- **améliorer la sécurité de la prise en charge** aux blocs opératoires pour être en conformité sur 3 pratiques exigibles de la certification :
 - check-list : disposer de 100 % de check list pour les patient opérés, d'une évaluation annuelle de l'exhaustivité de son remplissage et de sa bonne utilisation ;
 - Infections du site opératoire (ISO) : 100 % de services de chirurgie réalisant une surveillance du site opératoire et la production d'un taux d'ISO ;
 - événements indésirables : réaliser dans chaque site une synthèse des événements indésirables survenus au bloc opératoire et des mesures d'amélioration proposées.

I. Evolution de la performance

Les taux d'ouverture et d'utilisation des blocs opératoires de l'AP-HP progressent nettement chaque année depuis 2010.

- Le taux d'ouverture est passé de 55,4 % en 2010 à 58 % en 2011 puis 62 % en 2012, mais reste toutefois bien en deçà de la cible préconisée par l'ANAP (90 %) ; le site le plus performant (Necker) atteint 79 %.
- Le taux d'utilisation est passé de 72 % en 2010 à 74 % en 2011 puis 77 % en 2012, proche de la cible ANAP (80 %) ; le site le plus performant (Trousseau) atteint un taux de 84 %.

A titre d'exemple, l'hôpital universitaire Necker – Enfants malades a mis en place :

- une gouvernance des blocs centralisée ;
- une démarche de régulation quotidienne blocs / lits ;
- une programmation hebdomadaire.

Cette démarche a permis au GH d'enregistrer un taux d'utilisation des salles de bloc de 78,8 % en 2012 ainsi qu'un taux d'ouverture de 79 %, nettement supérieur à la moyenne AP-HP. Dans la perspective de l'installation dans le nouveau bâtiment Laennec début 2013, une révision des plages opératoires a été étudiée.

II. Etat d'avancement des projets pilotes

Cinq Groupes hospitaliers ont engagé un chantier d'optimisation des blocs opératoires sur sept sites.

1. **Le GH des Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine (HUPNVS)** sur les sites de Bichat, Beaujon et Louis Mourier, dans le cadre du contrat de performance signé avec l'ARS et l'ANAP sur 2011-2012. Les objectifs sont d'augmenter l'activité des différents blocs spécialisés, de mieux les organiser pour éviter notamment retards et débordements et de créer autant que de besoin des salles dédiées aux urgences.

Entre 2010 et 2012, le taux d'ouverture du bloc de Beaujon a augmenté de près de 43 % (de 46,5 % à 66,4 %) et le taux d'utilisation de 9 % (de 69,3 % à 75,7 %). Si le taux d'ouverture du bloc de Louis Mourier a décru de 20 %, son taux d'utilisation a augmenté de 22 %.

2. Les Hôpitaux universitaires Paris Sud (HUPS) sur le site de Kremlin Bicêtre. Ce pilote a fini la mise en œuvre des actions qui étaient :

- rendre transparente la gestion de la ressource anesthésique en construisant un outil partagé de constitution du planning des médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) ;
- mettre en place un management des professionnels intervenant au bloc par le président de conseil de bloc (cadre, IBODE..) à l'instar de la logique de gestion des pôles ;
- mettre en œuvre un modèle organisationnel cohérent : revoir les horaires des IBODE et simuler des plannings et des horaires d'ouverture de salles ;
- ouvrir de nouvelles vacations opératoires.

Entre 2011 et 2012, le taux d'ouverture du bloc de Bicêtre a ainsi augmenté de près de 12 % (de 44,3 % à 49,5 %).

3. Les Hôpitaux universitaires Paris Centre (HUPC) sur le site de Cochin (en cours).

L'enjeu est de réussir l'intégration d'une part de l'activité de chirurgie thoracique de l'Hôtel-Dieu dans le bloc Ollier, et, d'autre part, de l'urologie dans le nouveau bâtiment PR1.

L'objectif commun aux deux blocs concernés est de mieux organiser les plannings soignants pour faciliter les affectations transversales entre les blocs et éviter le recours à l'intérim.

4. Les Hôpitaux universitaires Paris Seine Saint Denis (HUPSSD) sur le site d'Avicenne dans le cadre du contrat de performance signé avec l'ARS et l'ANAP sur 2012-2013. Ce contrat de performance prévoit 4 axes de travaux :

- fiabiliser le diagnostic de fonctionnement des blocs opératoires et consolider l'aide au pilotage par la formalisation d'une maquette de suivi des indicateurs des blocs opératoires ;
- accompagner les conseils de blocs dans l'appropriation de la gouvernance des blocs et des outils de suivi de la performance des blocs opératoires ;
- réallouer les vacations opératoires en fonction de l'activité des spécialités ;
- accompagner la mise en œuvre du schéma d'organisation des blocs opératoires lors de la livraison définitive de l'opération immobilière (rationalisation des salles en utilisation, transfert des activités entre blocs).

Ce chantier est en cours de mise en œuvre. On peut dès à présent noter que les taux d'ouverture et d'utilisation du bloc d'Avicenne ont progressé respectivement de 20 et 11 % entre 2010 et 2012.

5. Les Hôpitaux universitaires de l'Est parisien (HUEP) sur le site de Tenon.

L'hôpital Tenon a ouvert le bâtiment Meyniel (BUCA) en septembre 2012 avec un bloc commun de 13 salles. L'objectif de ce pilote, lancé en octobre 2012, est d'ancrer les bonnes pratiques dès le démarrage du fonctionnement dans ce nouveau bâtiment. Les principaux axes de travaux porteront sur :

1. instaurer une coordination médicale opérationnelle permettant le bon fonctionnement d'un bloc opératoire de grande taille ;
2. formaliser et mettre en œuvre les processus de programmation, régulation, gestion du matériel incontournables pour maîtriser les flux patients et la logistique ;
3. améliorer la sécurité des prises en charge (checklist HAS, identitovigilance, ...) ;
4. optimiser la gestion des ressources humaines ;

5. recruter et fidéliser les IBODE.

Ce projet pilote achèvera sa mise en œuvre en juillet 2013.

III. Perspectives 2013-2014

- Poursuite du suivi rapproché des 5 sites pilotes et lancement d'un à deux autres pilotes ;
- animation du réseau des présidents de conseil de blocs opératoires ;
- audits croisés sur l'utilisation de la check-list en vue de la certification des GH ;
- organisation de cycles de rencontres avec les GH ;
- bilan par GH de l'équilibre entre les ressources médicales et paramédicales affectées au bloc et l'activité ;
- suivi des évolutions des indicateurs et surveillance des paramétrages sous IPOP.

Développement de la chirurgie ambulatoire

En 2010, les taux de chirurgie ambulatoire des CHU français variaient de 13 à 33 %. L'AP-HP était 17ème (sur 27), avec un taux de 22 %.

Compte tenu de ses spécificités et de la très grande diversité de ses établissements (taille, spécialités, architecture...), les sites de l'AP-HP présentent de fortes disparités en matière de prise en charge ambulatoire et de potentiel de développement.

Les objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire de l'AP-HP sont très concrets :

- parvenir à un taux de chirurgie ambulatoire de 33 % ;
- parvenir à un taux de 85 % pour les gestes mis sous accord préalable de l'assurance maladie ;
- créer de nouvelles unités de chirurgie ambulatoire et optimiser les unités existantes avec un chemin clinique et une organisation optimaux s'appuyant sur les recommandations HAS/ANAP, sur un modèle économique équilibré et sur une réduction du nombre de lits en hospitalisation conventionnelle.

I. Evolution de la performance de l'AP-HP

Le taux de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP a progressé de 9 % entre 2010 et 2012, passant de 22 % à 24 %. En volume, l'AP-HP a réalisé en trois ans 24 % de séjours supplémentaires en chirurgie ambulatoire alors que l'activité conventionnelle n'a progressé que de 10 %. Ainsi, ses 22 sites de court séjour ont réalisé plus de 46 600 séjours en ambulatoire en 2012, soit un quart de son activité chirurgicale. Sur ces 22 sites, 11 ont d'ores et déjà atteint un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 25 % et 5 atteignent l'objectif national de 33 % en 2012. Enfin, sur les 17 gestes mis sous accord préalable par l'assurance maladie de 2009 à 2012, le taux de prise en charge en ambulatoire est passé de 72 % fin 2010 à 76,6 % en octobre 2012, soit une augmentation de 6,4 %.

L'AP-HP dispose à ce jour de 18 unités de chirurgie ambulatoire (dont 5 à la Pitié Salpêtrière) réunies en un collège. La 19ème ouvrira le 18 mars 2013 à l'hôpital Saint-Louis.

II. Performance et état d'avancement des projets pilotes conduits dans les GH

L'**Hôtel Dieu** réalise 52 % de son activité chirurgicale en ambulatoire en raison de sa forte activité d'ophtalmologie.

L'unité de chirurgie ambulatoire de l'**hôpital Jean Verdier** (chirurgie digestive, stomatologie et gynécologie) présente une double originalité :

- elle atteint des taux de prise en charge en ambulatoire très élevés sur des gestes lourds : poses d'anneaux de gastroplasties (90 % contre 3,5 % au niveau national), cholécystectomies, cures de hernies, ... ;
- elle a mis en place un parcours clinique du patient qui définit précisément chaque étape depuis la prise de rendez-vous jusqu'au suivi postopératoire au domicile et le rôle respectif des professionnels (du chirurgien au brancardier).

Deux GH ont engagé un chantier de développement de la chirurgie ambulatoire sur 3 sites.

1. **Le GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal** a engagé en mars 2012 un ambitieux projet pilote sur le développement de son activité chirurgicale ambulatoire.

Si l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire depuis fin 2010 est en moyenne de +9 % au sein de l'AP-HP, elle est de +39 % à Lariboisière et de +31 % à Saint Louis.

Sur le site de Lariboisière, ce chantier pilote vise à principalement à transférer les séjours conventionnels en ambulatoire, réaliser des actes innovants en orthopédie et optimiser le fonctionnement de l'UCA ouverte depuis juin 2009. La structuration du parcours patient, la mise en place d'une nouvelle gouvernance, l'intégration de nouveaux gestes et la meilleure coordination avec les blocs opératoires sont les facteurs clés de succès qui concourent à la forte évolution de prise en charge des patients en ambulatoire.

Une unité de chirurgie ambulatoire créée à moyens constants ouvrira mi-mars 2013 à l'hôpital Saint-Louis. La communauté médicale concernée et l'équipe de direction sont fortement mobilisées en ce début d'année par la création et le dimensionnement de cette unité : potentiel de substitution des séjours de chaque spécialité, transfert de lits et de personnel, réalisation des travaux et adaptations du système d'information.

2. **Le GH HUEP (définition des leviers d'amélioration en cours de définition)** : l'hôpital Tenon a ouvert le bâtiment Meyniel (BUCA) en septembre 2012 avec une unité de chirurgie ambulatoire et des salles d'opération dédiées au bloc commun. L'objectif de ce pilote, lancé fin octobre 2012, est d'ancrer les bonnes pratiques dès le démarrage du fonctionnement dans ce nouveau bâtiment.

III. Perspectives 2013-2014

Le groupe projet a évalué précisément le potentiel de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP. Il se situe à 42 % hors urgences ce qui est légèrement en-deçà du taux d'ambulatoire des grands CHU américains. Il s'agit toutefois d'un plafond que l'institution ne pourrait pas dépasser toutes choses égales par ailleurs (hors innovation médicale) et qui se répartit différemment en fonction des groupes hospitaliers et de leur éventail de cas traités (case-mix).

Suite à ces importants travaux sur les outils, les aspects médico-économiques, les calculs de potentiel, les organisations et les rencontres avec les GH, force est de constater qu'il faut encore aujourd'hui lever de nombreux freins culturels par un travail de conviction et de conduite du changement des pratiques professionnelles.

C'est pourquoi, pour 2013, le projet est réorienté vers des travaux médicaux avec les collégiales et la CME avec:

- le déploiement et l'informatisation du document parcours patient en ambulatoire ;
- les aspects médico-économiques ;
- le suivi des GH ;
- l'animation du réseau des coordonnateurs d'UCA.

Le groupe projet engagera de nouveaux travaux sur :

- l'implication des collégiales concernées (urologie, orthopédie, chirurgie digestive, ORL, gynécologie, endocrinologie, anesthésie), de la CME et du syndicat des chirurgiens ;
- le suivi site par site des gestes marqueurs et d'éventuels gestes innovants qui pourraient être réalisés en ambulatoire à l'AP-HP dans le cadre de travaux de recherche ;

- l'implication des présidents de conseils de blocs ;
- l'organisation d'une journée professionnelle AP-HP sur la chirurgie ambulatoire.

Augmentation du recours à l'HAD de AP-HP

I. Evolution de la performance

Le champ du projet prioritaire concerne les admissions à l'HAD de l'AP-HP des patients adultes (hors obstétrique), issues des prescriptions des médecins AP-HP.

- La progression des admissions adultes hors obstétrique s'est confirmée en 2012 :
La progression des admissions adultes, hors parturientes, au 31 décembre 2012, est de +8,85 %.
- La progression diffuse pour la première fois dans tous les GH et sites de l'AP-HP
Au 31 décembre 2012, tous les GH ont augmenté leur recours avec des progressions à deux chiffres :
 - HU Henri Mondor (+ 96,15 % avec tous les sites du GH concernés par la hausse)
 - HUEP (+ 53,62 % avec tous les sites concernés par la hausse)
 - HUPNVS (+25,70 % avec tous les sites du GH concernés par cette hausse)
 - La Pitié Salpêtrière Charles Foix (+20,77 % avec tous les sites concernés par cette hausse)
 - HUPS (+ 22,65 % avec une hausse concentrée sur Bicêtre à +87,76 %)
 - HUFIPO (+11,08 % avec tous les sites concernés par la hausse)

L'Hôpital universitaire Necker – Enfants malades (secteur adultes), après une très forte progression en 2011, se stabilise en 2012 (+1,17 %).

Cette situation caractérise l'effort des GH pour « re-travailler » avec l'HAD AP-HP et pousser les prescripteurs de l'AP-HP à la considérer comme un acteur de la structuration des parcours patient.

- Les trois exceptions à la hausse généralisée :
Les baisses concernent quatre sites (Jean Verdier, Hôtel Dieu, Saint Louis et HEGP) qui dégradent la situation de leur GH :
 - HUPSSD (-16,12 % avec une baisse concentrée sur Jean Verdier à -59,09 %) ;
 - HUPC (-13 % avec une baisse concentrée sur Hôtel Dieu à -78,44 % du fait de la réorganisation de l'offre de soins sur l'hématologie) ;
 - HU Saint Louis – Lariboisière – Fernand Widal (-7,44 % avec une situation contrastée entre Lariboisière [+ 48,89 %] et Saint Louis [-11,30 %], pour qui se pose avec acuité la problématique des chimiothérapies) ;
 - HUPO (-5,50 % avec une baisse concentrée sur HEGP à -7,95 %).

II. Point de situation sur les pilotes conduits dans les GH

Tous les GH et sites de l'AP-HP sont impliqués dans le cadre de ce projet prioritaire.

Depuis le dernier trimestre 2011, les sites et GH sont destinataires de statistiques mensuelles sur leur recours à l'HAD de l'AP-HP afin de pouvoir piloter leur progression.

Un mode de collaboration expérimental a été engagé en 2012 sur HUPNVS avec mise en place d'une instance de référence sur le projet prioritaire mandatée par le directeur du GH et

le président de la CMEL. Cette instance est composée d'un binôme leader médical – référent au sein de la direction du GH, accompagné des représentants des prescripteurs dans le GH et de l'HAD. Elle vise à rapprocher l'HAD des cliniciens – toutes disciplines confondues – et à résoudre sans attendre les problèmes qui se présentent.

Cette instance se réunit de façon adaptée selon les situations : en composition plénière, réunie autant que de besoin pour faire émerger les problèmes et leurs solutions, en groupe technique pour élaborer et tester des protocoles innovants de prise en charge en HAD, en bureau restreint de coordination et de pilotage (chefs de projet HAD AP-HP et DPT, leader médical, référent de la direction du GH, représentants de l'HAD).

Ce mode de fonctionnement doit être étendu aux autres GH en 2013.

III. Perspectives 2013

En 2012, le projet d'amélioration du recours à l'HAD de l'AP-HP a marqué une étape.

La mise à disposition d'indicateurs de suivi mensuel des recours à l'HAD de l'AP-HP pour chacun des GH et des sites a été capitale pour le pilotage du suivi des admissions à l'HAD. Les directeurs de GH ont désormais la capacité de fixer, en accord avec la communauté médicale et l'HAD, le nombre d'admissions en HAD AP-HP que les pôles cliniques doivent générer.

Cet élément structurant, combiné à la conduite systématique de réunions opérationnelles avec les prescripteurs par le chef de projet AP-HP, explique en grande partie la hausse des recours à l'HAD de l'AP-HP dans le périmètre du projet prioritaire pour la seconde année consécutive.

Pour 2013, il s'agit de poursuivre la dynamique enclenchée et l'amplifier dans la mobilisation des GH.

Le point majeur de cet objectif tient au parcours patient et à l'amélioration de sa fluidité dans le respect des règles de sécurité. L'HAD doit pouvoir partager avec les GH, dans le pilotage mensuel des recours à l'HAD, les délais de réponse aux prescriptions des professionnels de AP-HP, le délai entre l'accord et l'admission effective, les taux et motifs de refus d'admission à l'HAD AP-HP, les taux de ré-admissions en hospitalisation classique, le nombre d'admissions de nouveaux patients.

En 2013, l'HAD aura besoin d'activer des leviers organisationnels forts pour consolider et augmenter cette dynamique en veillant à inclure le plus possible la médecine de ville et les réseaux de soins extra-hospitaliers.

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

Le projet prioritaire « Optimisation de l'utilisation des équipements médicaux lourds (scanners et IRM) » a comme périmètre la prise en charge des adultes à l'exclusion de la pédiatrie et des patients de SSR-SLD et du Polyhandicap (Raymond Poincaré).

Les objectifs sont de diminuer les délais pour obtenir un examen, d'utiliser les équipements selon les normes et volumétries de référence reconnues au niveau national et international, de diminuer les délais de production des comptes rendus d'examen et d'améliorer tant l'expérience du patient que les situations de prise en charge par les équipes elles mêmes.

Les équipes pilotes déploient, dans ce cadre, un projet d'amélioration du processus de prise en charge du patient par le Lean Management, dont la porte d'entrée est le recueil de la voix du patient et de son expérience.

Par ailleurs, le groupe projet était mandaté pour superviser techniquement une expérience de nouvelle coopération professionnelle entre radiologues et manipulateurs en échographie. Enfin, il était chargé d'expertiser la validité de nouveaux indicateurs dans l'utilisation des équipements médicaux lourds.

Cinq pilotes ont été conduits en un an et demi sur les 20 sites que compte l'AP-HP dans le périmètre du projet.

I. Evolution de la performance de l'AP-HP

D'une façon globale au sein de l'AP-HP, l'utilisation des machines a progressé, indépendamment de la réforme des règles de codage de l'activité : elle était de +3 % pour les actes de scanner MCO et de +5,6 % pour les actes d'IRM MCO (dont 7,10 % pour les patients externes) au 31 décembre 2012, par rapport au 31 décembre 2011.

SCANNER MCO	Au 31 décembre 2011	Au 31 décembre 2012	Ecart 2012/2011	Taux d'évolution 2012/2011
Actes y compris actes externes	395 373	406 309	10936	+3 %
<i>Actes réalisés pour patients externes</i>	161 671	167 516	5845	+3,6 %
IRM MCO				
Actes y compris actes externes	153 914	162 137	8223	+5 %
<i>Actes réalisés pour patients externes</i>	43 373	46 223	6699	+7,10%

Données disponibles comparées au 31 décembre 2012/30 septembre 2011 - Nombre d'actes CCAM hors pédiatrie SSR SLD et Polyhandicap (Sources : DPM & données Rados/OPALE - sous réserve des remontées des données d'activité ultérieures).

II. Point de situation sur les pilotes conduits dans les GH

Les 5 pilotes – Necker, Bicêtre, Tenon Saint Antoine et Louis Mourier – ont augmenté de 3741 actes sur les 6699 actes supplémentaires que l'AP-HP a enregistrés en 2012 en comparaison de 2011.

Les 5 pilotes, à eux seuls, ont pris une part capitale dans l'amélioration de l'utilisation des IRM en représentant plus de 55 % des gains d'activité en IRM acquis au global AP-HP au 31 décembre 2012 en comparaison du 31 décembre 2011.

Les gains financiers associés à la seule progression de l'activité externe des IRM des sites pilotes sont de 902 100 euros.

Dans les pilotes, les personnels médicaux et non médicaux, cadres et non cadres, ont été formés préalablement pour ce faire à la démarche d'amélioration des processus de prise en charge des patients par le Lean Management.

De façon plus spécifique au cours de l'année 2012,

- 4 pilotes sur 5 ont réduit de moitié les délais d'obtention d'un rendez vous ;
- 5 pilotes ont réorganisé les interfaces et les moyens avec le brancardage ;
- 3 pilotes ont revu leur circuit de production des comptes rendus pour viser une remise dans un délai diminué de moitié sans nuire à la qualité ;
- 4 pilotes sur 5 ont augmenté le taux d'utilisation de leurs équipements, le 5^{ème} ayant été confronté à des interruptions d'activité liées au renouvellement d'une machine et à des pannes de plus de 3 semaines.

Les solutions ont été le fruit des propositions pragmatiques des équipes en rapport avec l'expérience du patient. Les solutions opérationnelles ont été testées en équipe afin d'être observées et mesurées dans leurs effets, avant d'être adoptées ou rejetées en connaissance de cause.

Les équipes ont publié avec la DPT un premier recueil de leurs expériences et pratiques dans un guide *ad hoc* en juin 2012. Ce guide fera l'objet d'une nouvelle version en septembre 2013.

III. Perspectives 2013

Il s'agit de capitaliser les applications de la démarche d'amélioration des processus de prise en charge pour les équipements lourds dans les différents sites de l'AP-HP.

Pour 2013, il s'agira prioritairement de :

- consolider les impacts des 5 premiers pilotes 2012 jusqu'en mai 2013 et capitaliser les meilleures pratiques dans le management des organisations ;
- poursuivre le 6^{ème} pilote lancé en décembre 2012 (Henri Mondor) ;
- préparer le lancement d'un 7^{ème} pilote.

Structuration de l'offre de l'AP-HP en matière de dialyse en vue d'augmenter notre activité

Au sein de l'Ile de France, les neuf centres d'hémodialyse de l'AP-HP réalisent un tiers des initialisations de traitement (patients incidents) et seulement 5 % des séances pour les patients prévalents. De plus, les centres de dialyse de l'AP-HP accueillent en repli les patients qui s'aggravent. Compte tenu du profil de ces patients, l'AP-HP réalise dans ses centres une activité majoritairement non programmée, d'intérêt général.

I. Evolution de la performance AP-HP

Le taux d'utilisation des postes de dialyse installés¹ s'est fortement amélioré au cours des deux dernières années : la progression est de près de 15 % avec un passage de 74 % fin 2010 à 85,05 % en 2011 (valeur cible minimale fixée dans le cadre du projet prioritaire : 85 %). Parallèlement, le nombre de séances a augmenté de manière significative : + 3 300 séances soit + 6,37 % (55 100 séances versus 51 800 séances antérieurement), à nombre de postes de dialyse constant.

En 2012, les résultats se sont stabilisés, les efforts engagés par la plupart des sites ayant été freinés par plusieurs facteurs :

- la nécessaire réalisation, dans certains centres de dialyse, de mises aux normes techniques, ce qui a réduit conjoncturellement l'offre de soins ;
- les difficultés de remplacement des IDE, dont le turn over est important dans les centres de dialyse ;
- le temps de formation requis (2 mois environ) des nouveaux agents recrutés, ne permettant pas l'utilisation maximale des postes installés.

II. Etat d'avancement des actions engagées par le groupe de travail AP-HP et les centres de dialyse

- élaboration d'un référentiel pour structurer l'offre de l'AP-HP en matière de dialyse en vue d'augmenter l'activité ;
- organisation en 2012 d'une journée d'échange entre professionnels des 9 centres de dialyse de l'AP-HP ;
- appréciation des points forts et faibles des différents schémas organisationnels (temps de travail, 3ème séance, ...) afin de favoriser le développement harmonieux de l'activité d'hémodialyse ;
- amélioration du codage des séances (notamment à Necker Enfants Malades) ;
- meilleure programmation de l'activité de liaison (HEGP).

¹ Nombre de séances pour patients externes et hospitalisés) / potentiel (2 ou 3 séances / poste /jour selon les centres)

III. Perspectives 2013

L'enjeu majeur pour 2013 est de maintenir et accroître l'activité d'hémodialyse. Il s'agira prioritairement de :

- capitaliser sur les expériences réussies dans la prise en charge particulière des patients de l'AP-HP (mission prépondérante d'initiation des traitements et de repli) ;
- favoriser l'extension des postes de dialyse dans 3 sites à l'occasion des travaux de conformité (Saint Louis, Bicêtre et Henri Mondor) soit + 14 postes au total à échéance fin 2013-début 2014.

Par ailleurs, l'accent sera mis sur l'anticipation du futur SROS en :

- étudiant les conditions et modalités de la mise en place des UDM (unités de dialyse médicalisée) ;
- favorisant le développement de la dialyse péritonéale en fixant un objectif de 10 % des initialisations de traitement.

Amélioration de l'accessibilité des consultations

Les objectifs du projet « amélioration de l'accessibilité des consultations » sont d'une part la réduction des délais d'attente de la réponse téléphonique à un appel pour demande de rendez-vous et du pourcentage d'appels perdus, et d'autre part la réduction du nombre de consultations non honorées et des délais d'obtention d'un rendez-vous pour les nouveaux patients. Fin 2012 le périmètre du projet s'est élargi pour englober l'organisation des consultations.

I. Evolution de la performance

L'accessibilité des consultations s'est légèrement améliorée avec une diminution du taux de non venus de 1 point sur l'ensemble de l'AP-HP (21,3 % en 2012 vs 22,4 % en 2011). Cette diminution est plus significative sur les sites pilotes.

Cet évolution est liée à l'envoi d'un SMS de rappel de la consultation et aux initiatives organisationnelles de la prise de rendez vous ; le volume d'envoi des SMS a augmenté de plus de 300 % entre janvier et décembre 2012.

Les efforts engagés dans les GH (14 sites) portent sur la réalisation d'un état des lieux sur l'offre de soins, l'organisation et le suivi des indicateurs et l'élaboration d'un plan d'action.

II. Etat d'avancement des pilotes

II.1. Pilote : prise de rendez vous

Dans les services concernés des deux GH pilotes (Necker – Enfants malades et Saint Louis – Lariboisière) le pourcentage des consultations non honorées a diminué au cours de l'année 2012 :

- Sur Necker, on note une augmentation de près de 1 000 des consultations de pédiatrie, soit une augmentation de près de 3 % par rapport à l'année 2011. Le taux de patients non venus (16 %) est le plus bas de l'AP-HP (dont la moyenne est 21,3 %). Le GH s'est engagé très fortement dans ce projet avec la possibilité de RDV par internet et la mise en place d'un autocommutateur de dernière génération et la mise en place d'une cellule d'orientation téléphonique.
- Sur Saint Louis – Lariboisière, les consultations du pôle neurosciences – tête et cou ont crû de près de 5 000, soit une hausse de 7,7 % par rapport à 2011. A noter la progression spectaculaire de la consultation ORL qui enregistre une très forte augmentation (près de 50 %) du nombre de consultations réalisées.

Cette progression est liée à l'envoi de SMS mais aussi à la réorganisation de la prise de rendez vous et à l'aménagement de plages spécifiques pour les primo-consultants.

II.2. Pilote : organisation des consultations

- Dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité des consultations un pilote est en cours de finalisation sur **le plateau de consultations de chirurgie et d'anesthésie de l'hôpital Trousseau.**

Un plan d'actions a été défini au décours d'entretiens avec les personnels, d'observations et d'analyses de données, d'une revue participative et pluri-professionnelle des différentes étapes du parcours du patient au sein de la consultation. 21 actions concernent 5 axes de progression : le pilotage et le management, l'organisation, les outils du système d'information, l'environnement, le codage et la facturation. En particulier, un tableau de bord mensuel permettra de suivre l'évolution des appels téléphoniques, de l'occupation des boxes de consultation, de l'activité et sa facturation.

III. Perspectives 2013

III.1. Axe « prise de rendez vous »

L'enjeu pour 2013 est de capitaliser les expériences réussies et de structurer des réseaux de pairs afin d'étendre la démarche sur l'ensemble des pôles et des GH.

III.2. Axe « organisation des consultations »

Il s'agit de finaliser le premier pilote (Trousseau) et d'étendre le pilote sur deux autres GH.

Ces pilotes « vague 2 » sur l'amélioration de l'organisation des plateaux de consultations sont destinés aux plateaux de consultations pluridisciplinaires dont l'organisation amont de la prise de rendez vous est performante. Les axes de travail retenus concernent non seulement le pilotage et le management (avec par exemple la mise en place d'un conseil de consultations), mais aussi l'organisation médico administrative et le suivi des indicateurs.

Amélioration de la qualité de la sortie du patient de l'hôpital

L'organisation du retour à domicile du patient est un des points faibles des hôpitaux de l'AP-HP. Forte de ce constat et consciente des enjeux qui en découlent, l'AP-HP a souhaité mobiliser ses équipes pour améliorer cette situation avec 3 objectifs prioritaires initiaux, auxquels un quatrième a été adjoint mi-2012 :

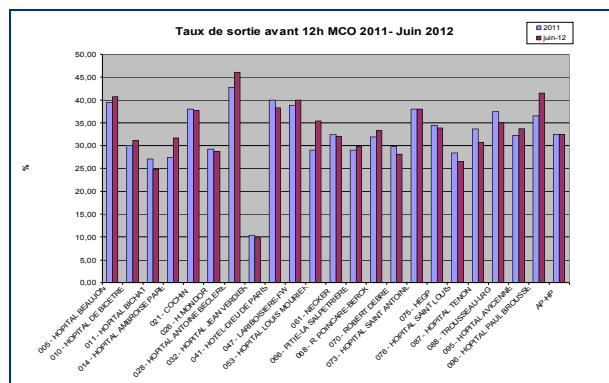
1. **Maximiser les sorties avant 12h** pour rendre plus fluide le parcours patient et éviter ainsi qu'il reste hospitalisé inutilement et faciliter la prise en charge en aval des services d'urgence en permettant une hospitalisation dans une chambre libérée et nettoyée plus tôt.
2. **Améliorer le taux, le délai et la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH)** adressés aux médecins de ville et aux patients afin d'améliorer la prise en charge des patients sur l'ensemble du parcours de soins. Il s'agit aussi de consolider l'image d'une institution moins autocentrée, plus ouverte sur son environnement.
3. **Mieux informer et sécuriser le patient à son retour à domicile** en balisant davantage son parcours et en mettant à sa disposition toutes les informations sur sa situation médicale et administrative.
4. **Améliorer la continuité de la prise en charge paramédicale** entre les professionnels hospitaliers et les professionnels paramédicaux de ville.

Neuf groupes hospitaliers (GH) sont engagés dans au moins l'un des trois axes définis pour y parvenir :

- l'anticipation : définition et mise en place d'une check-list d'actions à entreprendre dans les 48 heures précédant la sortie d'un patient pour bien préparer son retour à domicile, afin d'augmenter le nombre de départs avant 12 heures.
- Le dispositif de sortie : élaboration d'une pochette de sortie remise et expliquée au patient comportant les documents liés à son hospitalisation et son retour au domicile (notamment ceux permettant la continuité des soins), et la mise en place d'une consultation de sortie.
- Le compte-rendu d'hospitalisation : transmission exhaustive des CRH conformes sous 8 jours au médecin traitant.

I. Evolution de la performance

I.1. Taux de sorties avant midi



L'objectif d'une sortie des patients avant 12h ayant été intégré au projet dans le courant de l'année 2012 il n'est pas encore possible de constater des évolutions significatives à l'échelle de l'AP-HP, dont le taux moyen de patients sortis avant 12h s'élève à 32,5 %.

Des disparités existent entre établissements, avec des progressions importantes pour certains d'entre eux.

Les leviers identifiés en phase pilote (pochette et check list de sortie, pour organiser un parcours de sortie) permettront d'améliorer la performance avec un objectif fixé à 50 % de sorties avant 12h pour fin 2013. Par ailleurs, le déploiement du projet d'amélioration de la gestion des séjours y contribuera largement.

I.2. Score IPAQSS sur le CRH

Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) définis par la Haute autorité de santé, mesurés notamment dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé, comprennent un score relatif au compte rendu d'hospitalisation qui agrège six critères élémentaires².

<i>Année de la mesure</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<i>Score AP-HP</i>	<i>31</i>	<i>36</i>	<i>41</i>

Le score moyen de l'AP-HP s'est amélioré de plus de 30 % sur les trois dernières années de recueil bien qu'il reste, comme celui de l'ensemble des hôpitaux de France, éloigné de l'objectif national fixé à 80 % (la moyenne nationale pour le recueil 2012 est de 47 %). Le déploiement en cours du projet « sortie » sur 9 GH permet déjà d'observer des progrès sur les périmètres définis (quelques services ou pôles) dans chacun des GH. Ainsi, si le taux moyen des services de la Pitié-Salpêtrière est de 27 %, celui du service de néphrologie est de 62 % et celui de médecine nucléaire de 100 %.

Chaque service réalise un état des lieux des processus d'élaboration des CRH (méthode Lean). Pour chaque problème identifié, des solutions sont définies en mode participatif avec les principaux acteurs.

Les GH les plus avancés dans le projet voient une amélioration significative de la satisfaction des professionnels de ville disposant ainsi des informations utiles pour une prise en charge ou un suivi de leurs patients à domicile.

II. Perspectives 2013

Pour 2013, le déploiement et l'extension se feront sur l'ensemble des GH dans les conditions suivantes :

- Les 3 GH pilotes de la première vague (Hôpitaux universitaires Paris Seine Saint Denis, Paris Ile de France Ouest, Paris Sud) lancés en 2011 étendront le périmètre du projet à l'ensemble des pôles.

² CRH présent dans le dossier, comprenant l'identité du destinataire, les dates de séjour, une synthèse médicale, le traitement de sortie, et adressé dans les huit jours au médecin traitant.

- Les 6 GH pilotes lancés en 2012 (Hôpitaux universitaires St Louis – Lariboisière – Fernand Widal, La Pitié Salpêtrière – Charles Foix, Paris Centre, Robert Debré, Necker – Enfants malades, Paris Ouest) déploieront le projet sur au moins 3 pôles.
- Les 3 GH restant (Hôpitaux universitaires Henri Mondor, de l'Est parisien, Paris Nord – Val de Seine) s'engageront sur au moins un pôle.

Le déploiement sera généralisé sur l'ensemble des pôles des GH en 2014.

Le projet d'amélioration de la qualité de la sortie du patient de l'hôpital agira en synergie avec le projet « Gestion des séjours » là où ce dernier sera déployé.

Amélioration de la qualité du codage

L'insuffisante qualité actuelle du codage, à l'échelle de l'AP-HP, est attestée par la comparaison avec d'autres établissements et par l'importance des sommes récupérées lors d'opérations de recodage. Il convient donc de faire évoluer le modèle traditionnel de production des données d'activité de l'AP-HP en s'organisant différemment pour mieux coder dès le départ et être plus efficient. Le compte-rendu d'hospitalisation (CRH) devient ainsi la pierre angulaire du dispositif de production de l'information médicale. Elément de référence lors des contrôles par l'assurance maladie, il est en effet destiné à la fois aux correspondants de ville, et aux codeurs professionnels qui sont à déployer en priorité pour les structures et pôles en difficulté.

Les objectifs du projet prioritaire « amélioration de la qualité du codage » sont donc :

- d'assurer dans chaque GH un codage exhaustif à flux tendu, en lien avec une production de CRH « au fil de l'eau » selon les préconisations réglementaires ;
- de professionnaliser le codage en vue d'améliorer sa qualité :
 - qualité du codage des diagnostics, du recueil des dispositifs médicaux implantables (DMI) et molécules onéreuses (MO) hors GHS ;
 - délais de production ;
 - procédures de contrôle du codage des actes ;
- d'améliorer le codage des consultations.

I. Evolution de la performance

- Le taux d'exhaustivité du codage pour le court séjour MCO est de 99,98 % pour chaque exercice. Si l'exhaustivité annuelle est bien atteinte en début d'année suivante (avant la remontée à l'assurance maladie) pour l'ensemble des établissements, c'est au prix d'un « rattrapage » des séjours des mois précédents non codés régulièrement, ce qui se fait au détriment de la précision – donc de la qualité – du codage, nécessitant actuellement un recodage secondaire qu'il convient de faire disparaître.
- Le délai de codage des actes opératoires est actuellement en moyenne de 5,1 jours à l'échelle de l'AP-HP³ ; depuis janvier 2013 le taux d'actes saisis à J0 et J1 peut être suivi mensuellement, l'objectif étant d'atteindre 80 %.
- L'Indicateur Synthétique de Qualité du codage des complications et morbidités associées (ISQ) et l'Indice de valorisation pondérée (gisement potentiel IVP) mesurent et valorisent pour chaque segment d'activité les écarts de codage de chaque établissement par rapport à la moyenne de l'AP-HP. L'amélioration observée a été de 10,6 % entre avril et décembre 2012 à l'échelon de l'AP-HP, mais les situations des différents GH sont contrastées. Cependant, des vagues de recodage systématique effectuées depuis 2011 par les équipes des départements d'information médicale des GH et par des prestataires externes, de dossiers antérieurement codés et ciblés comme potentiellement sous valorisés ont permis leur revalorisation à hauteur de 19 millions d'euros pour 2009, 21 pour 2010 et 16 pour

³ Hors HEGP, pour des raisons de système d'information

2011 (base 100 % T2A, exercice 2011 non encore achevé). C'est dire la nécessité des réorganisations qui sont aujourd'hui en cours, pour coder bien d'emblée.

A titre d'exemple, l'ISQ des Hôpitaux universitaires Paris Centre, engagés depuis 2009 dans une professionnalisation du codage pour l'ensemble de l'activité MCO actuellement mise en œuvre dans deux tiers des services, est moins de la moitié de la moyenne des autres GH de l'AP-HP (0,60 % vs 1,25 % fin décembre 2012, la moyenne de l'ensemble des GH incluant les HUPC étant 1,20 %).

II. Point de situation des projets pilotes et des travaux du groupe projet

En 2011 – 2012, deux projets pilotes en matière d'amélioration de la qualité du codage ont été menés :

- au sein de l'Hôpital universitaire **Necker – Enfants Malades**, un travail d'amélioration des délais de codage et de saisie des actes opératoires et d'anesthésie a été conduit au sein du bloc pédiatrique, et des préconisations de modification du circuit des fiches d'anesthésie effectuées.
- au sein des Hôpitaux universitaires **Henri Mondor**, un projet de codage professionnel par une technicienne d'information médicale à partir des comptes rendus d'hospitalisation a été mis en œuvre dans deux services du pôle neuro-locomoteur (neurologie et chirurgie orthopédique), permettant d'améliorer nettement d'une part le circuit de production et de diffusion des comptes rendus d'hospitalisation (qui satisfont désormais aux critères de la Haute autorité de santé), et d'autre part la qualité du codage ; le taux d'erreur à un contrôle externe est passé de 40 % à 16 % au 3e mois, la phase de formation de la TIM n'étant pas encore achevée.

Le Groupe hospitalier Henri Mondor prépare actuellement l'extension de cette démarche, alors que d'autres sites (Lariboisière, les hôpitaux universitaires de l'Est parisien et Paris Nord Val de Seine) s'y sont engagés ou y réfléchissent. D'autres GH ont déjà déployé des TIM au sein de certains pôles, avec des missions diverses et sans le formalisme du projet ; 2013 sera l'occasion de faire l'analyse de ces organisations, pour les améliorer.

Le Groupe hospitalier Paris Centre a quant à lui achevé aux trois-quarts la professionnalisation du codage de son activité MCO, débutée en 2010 selon une organisation centralisée (les TIM travaillant au DIM et non dans les pôles).

Deux cycles de formation des TIM actuellement en poste portant l'un sur les outils métiers et l'autre sur le codage, ont été conçus et conduits en 2012 par une équipe pluri-professionnelle interne à l'AP-HP, avec le soutien logistique du Centre de la Formation et du Développement des Compétences (pôle CFTA). Le second, premier du genre depuis plusieurs années, a touché la quasi-totalité des TIM de l'AP-HP ; une session complémentaire a eu lieu en février 2013.

Un site intranet collaboratif (wiki) a été mis en place ; destiné aux équipes d'information médicale des Groupes hospitaliers, il comprend les règles de codage et l'explicitation des règles de contrôle implémentées dans le logiciel « Nestor », développé et maintenu par le Département d'information médicale de l'AP-HP.

Par ailleurs, un groupe de travail *ad hoc* a, en lien avec la Direction des ressources humaines de l'AP-HP, achevé l'actualisation de la Fiche métier de technicien et technicienne d'information médicale du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, et la formalisation du parcours de conversion qui sera suivi par les personnels de l'AP-HP qui

souhaiteront se tourner vers ce nouveau métier. Ces éléments permettront aux référents mobilité des GH d'accompagner au mieux la croissance des effectifs des Départements d'information médicale de l'AP-HP, condition essentielle de la professionnalisation du codage.

III. Perspectives 2013

Le bilan effectué fin 2012 montre que si plusieurs GH sont d'ores et déjà engagés dans des démarches de professionnalisation du codage par le déploiement de TIM dans les pôles, ces dernières doivent désormais être étendues. Ce projet d'envergure implique la mise en place d'un modèle organisationnel radicalement différent et le redéploiement des ressources humaines nécessaires pour ce faire. Certains freins sont à lever : la crainte de déconnecter les médecins de la réalité économique de leur activité s'ils ne codaient plus ; la peur de ne pas disposer des informations nécessaires au codage professionnel si les médecins ne progressaient pas dans la production régulière de comptes rendus d'hospitalisation de qualité.

C'est pourquoi, afin d'atteindre les objectifs du projet, six axes de travail seront suivis en 2013 :

1. Appuyer l'extension du pilote de la vague 1 à Henri Mondor, les pilotes de la vague 2 qui sont en cours de définition et les projets des GH en matière de professionnalisation du codage et de réorganisation des circuits de l'information médicale ;
2. Diffuser les leviers d'amélioration du codage à tous les GH, notamment auprès des directions des GH et du réseau des DIM de l'AP-HP :
 - formalisation des circuits de production de l'information médicale (nature des informations, exhaustivité, délais, procédures d'assurance et de contrôle de la qualité) ;
 - diffusion d'un guide méthodologique pour l'aide à la conduite du changement organisationnel lié à la professionnalisation du codage et à l'amélioration du circuit du compte rendu d'hospitalisation ;
3. Valider des outils de mesure de la qualité et de la performance ;
4. Poursuivre l'organisation de la formation des professionnels du codage ; un appel d'offres pour assurer en 2013 la formation des personnels en situation de conversion est en cours ;
5. Coordonner les travaux avec ceux des groupes projet « amélioration de la qualité de la facturation » et « amélioration de la qualité de la sortie du patient de l'hôpital » ;
6. Fixer à chaque GH des objectifs d'efficience chiffrés en matière de recettes liées au codage.

Amélioration de la qualité de la facturation

Le projet prioritaire « Amélioration de la qualité de la facturation » a comme objectifs de :

- diminuer le nombre des créances restant à imputer mois par mois pour les soins dispensés aux patients externes (Reste à facturer pour les patients externes - NPC) ;
- diminuer le nombre des créances restant à imputer mois par mois pour les soins dispensés aux patients hospitalisés (Créances non imputées - CNI).

I. Evolution de la performance

Les données comparées disponibles sur les 3 années au 31 décembre 2012 montrent des résultats encourageants :

AP-HP (31 décembre)	2010	2011	2012
Taux de CNI	5 %	1,17 %	0,65 %
Taux de NPC	7,85 %	13,5 %*	6,5 %

** Dégradation conjoncturelle observée en lien avec le déploiement de SAP*

Les sites parmi les plus performants à fin décembre 2012⁴ sont Beaujon pour les CNI (0,06 %) et Henri Mondor pour les NPC (2,25%).

Comment les sites les plus performants ont-ils procédé ?

Sur CNI, dès 2007 avec l'appui de la MEAH, Beaujon s'est attaché à développer le nombre de ses pré-admissions. Cette anticipation permet de saisir en amont de l'admission l'identité des débiteurs de façon plus fiable et de facturer au mieux dès la sortie du patient. L'ensemble des recettes restant en attente s'en trouve dès lors diminué, ce qui contribue à la performance du site. Par ailleurs, si pour divers motifs la pré-admission n'a pas pu avoir lieu, la capacité des personnels des admissions à saisir les débiteurs dès l'arrivée du patient accélère la facturation du séjour lors de la sortie et impacte de façon positive la qualité de la facturation.

La structuration du parcours patient, la collaboration entre les équipes administratives et de soins, dans l'intérêt du patient, ont permis de mettre en place des solutions opérationnelles que le GH s'emploie désormais à déployer pôle par pôle.

II. Point de situation sur les pilotes conduits dans les GH

Mondor a été le premier site pilote facturation. Sur NPC, il présente un niveau de performance élevé grâce à la mise en place d'un circuit de prise en charge des consultants externes dès l'arrivée du patient en consultation, sans passer au préalable par les guichets des Traitements externes. Le GH a en effet travaillé depuis 2012 à la mise en place d'un circuit qui soit le plus court possible pour le patient et le plus sûr pour le recouvrement des créances. L'identité du patient et des débiteurs est saisie dès l'arrivée à l'accueil de la consultation. Par ailleurs, le circuit des prises en charge au titre des affections de longue durée a été optimisé. Ainsi le taux de NPC est-il passé de 12,9 en 2010 à 2,25 en 2012.

⁴ Hors sites Orbis, et hors sites bénéficiant d'une sous-traitance

Onze Groupes hospitaliers ont été engagés à déployer des opérations d'amélioration de leur circuit de facturation visant à l'atteinte des cibles institutionnelles (diminuer au moins de 10 % les taux CNI et NPC en comparaison de ceux constatés à même date l'année précédente).

Pour y parvenir, dans chaque GH (y compris ceux pris en charge au titre d'un contrat performance ANAP), le Directeur des Finances et son/ses adjoint(s) Recettes ont été formés à l'amélioration des processus de facturation, soit près de 40 personnes en 2012.

Les principaux leviers sont :

- le déploiement d'un circuit de pré-admission pour fluidifier et sécuriser la facturation des frais hospitaliers générés par une hospitalisation ;
- la mise en place d'un circuit court pour la facturation des soins aux consultants externes avec recueil de l'identité du patient et des débiteurs dès l'arrivée du patient dans l'espace de consultations ;
- la cotation ou le codage en temps réel des activités de soins dispensés aux patients externes et hospitalisés.

III. Perspectives 2013

Les enjeux 2013 s'inscrivent dans le cadre d'un programme plus large sur les enjeux « dépenses / recettes » avec :

- la perspective de la mise en place de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) ;
- la prochaine certification des comptes ;
- la diminution dès cette année du délai de forclusion auprès de l'Assurance maladie de 27 à 12 mois.

Pour 2013, il s'agira prioritairement :

- de tenir compte de ces nouveaux éléments d'environnement et d'évaluer les besoins dans la suite d'un nouveau pilote sur le déploiement d'un circuit de facturation des frais de séjours
- d'outiller le pilotage sur délais de facturation à 15 et 30 jours ;
- de poursuivre l'animation par la DEFIP du réseau des pairs entre GH dans le cadre des instances existantes.

Libération de surfaces non indispensables au fonctionnement des groupes hospitaliers

Depuis 2011, une réduction globale de l'ordre de 2 % par an des surfaces exploitées est observée à l'AP-HP. En 2011, 76 087 m² ont ainsi été supprimés, résultant des opérations engagées sur les sites Charles Foix, Georges Clémenceau, Joffre, Emile Roux, Fernand Widal et Rothschild.

Dans un contexte de mètres carrés excédentaires à l'AP-HP, 5 512 m² de surfaces louées en dehors de l'AP-HP pour des activités tertiaires (Ferrus...) ont été parallèlement supprimés. A fin 2012, la quasi-totalité des activités exercées dans ces surfaces louées ont été rapatriées dans les espaces hospitaliers.

Cependant, malgré les efforts réels de la plupart des sites, le ratio SHON/lit (surface hors œuvre nette par lit) est dégradé, pour la première année de mise en œuvre de ce projet prioritaire (2011). Deux faits principaux expliquent cette évolution :

- l'intégration des constructions achevées ou en cours d'achèvement (PR1 à Cochin, Meyniel [BUCA] à Tenon, Laennec à Necker – Enfants malades, Corentin Celton 2, Rothschild) qui représente une augmentation nette des m² exploités de 2,8 % ;
- le nombre de lits à fin 2011, qui est en baisse (-607 lits).

En conséquence, le ratio SHON/lit a augmenté mécaniquement en 2011 de 9 points (179 m²/lit contre 170 m²/ lit en 2010) ; néanmoins, hors surfaces dédiées à des activités non strictement hospitalières (recherche, associations, enseignement, centres de transfusion sanguine, ...), il est ramené à 166 m²/ lit (siège inclus) et à 160 m²/ lit (hors siège).

Il convient de noter que ces activités non strictement hospitalières hébergées au sein des GH occupent certes des espaces importants (287 000 m² au sein des GH soit 7,55 % de l'ensemble des surfaces de l'AP-HP), mais qu'elles donnent lieu à facturation.

I. Etat d'avancement des projets pilotes conduits dans les GH

Un chantier pilote a été lancé en mars 2012 sur un pôle clinique de La Pitié Salpêtrière avec comme objectif la conception et la mise en œuvre d'un outil d'incitation à la bonne utilisation des m² qui comporte deux volets :

- chiffrage et coût des m² occupés par pôle ;
- évaluation de la performance d'occupation des pôles par grande fonction (circulations, espaces d'hospitalisation, consultations, bureaux, logistique, ...).

Cet outil sera ensuite déployé au sein des Hôpitaux universitaires La Pitié Salpêtrière – Charles Foix et sur l'ensemble des GH de l'AP-HP. Destiné à sensibiliser les contrôleurs de gestion, les responsables de l'investissement des GH et les acteurs des pôles, il offrira des pistes pour identifier les leviers d'optimisation (densification, mutualisation d'activités, adaptation capacitaire, ...) et permettre une utilisation plus rationnelle des espaces et la libération de bâtiments par relocalisation d'activités.

Dans le cadre de la contractualisation avec les pôles, des objectifs et des plans d'actions pourront ainsi être définis.

II. Perspectives 2013

L'enjeu majeur pour 2013 est de mobiliser les GH pour enraciner de manière durable la culture de libération des surfaces non indispensables à leur fonctionnement. Il s'agira prioritairement de :

- mettre en œuvre l'outil de chiffrage des m² dans les pôles et l'analyse de leur performance d'occupation ;
- élaborer la feuille de route pluriannuelle de libération des surfaces de chaque GH, avec des objectifs cible ;
- suivre la mise en œuvre effective du plan de libération avec au besoin accompagnement des équipes des directions des investissements des GH ;
- sécuriser le niveau de valorisation des surfaces concédées (recette en euros / mètre² loué).

Amélioration des conditions de travail

I. La démarche

I.1. Les enjeux et objectifs institutionnels

Le projet prioritaire « Amélioration des conditions de travail » s'inscrit dans la politique RH globale de l'AP-HP.

Il représente un enjeu majeur pour notre institution :

- pour les personnels : confrontés à des facteurs de risques inhérents aux missions de l'hôpital, à leurs professions et à l'organisation du travail ;
- pour les malades : les conditions de travail conditionnent la qualité de la prise en charge.

Le projet doit permettre d'atteindre 2 objectifs institutionnels fixés à tous les établissements de l'AP-HP :

- améliorer l'attractivité et réduire les départs des infirmières et infirmiers (IDE) et des aides soignantes et aides soignants (AS) ;
- réduire le taux d'absentéisme de courte durée.

I.2. Les principaux leviers choisis dans les GH

La démarche participative conduite dans les périmètres désignés par les GH au cours de la première vague de projets pilotes a amené les équipes à faire le **choix de leviers identiques**, ce qui indique que **quel que soit le lieu d'exercice les préoccupations sont similaires**. Cinq thématiques se dégagent :

- La première thématique concerne **l'organisation médicale, paramédicale et le collectif au travail**. Elle recouvre la communication et la collaboration entre le corps médical et les paramédicaux ainsi que la répartition de la charge de travail entre les équipes. Ce choix indique une attente très forte sur l'amélioration de la communication au quotidien et de la coordination médico-soignante.
- La deuxième thématique a trait aux **plannings, horaires et temps de travail**. La demande porte sur une réflexion sur les modèles horaires de travail afin de trouver un équilibre entre régularité pour l'agent, continuité des soins, et collectif de travail. S'y ajoute un souhait de responsabilisation des équipes, fortement exprimé avec une demande d'élaboration des plannings par les équipes elles mêmes, selon des règles de planification définies par l'encadrement.
- Les **relations managériales et sociales** constituent le troisième thème abordé, pour lequel les équipes paramédicales souhaitent qu'une réflexion soit menée sur la valorisation du rôle des cadres de proximité et sur la clarification des responsabilités des cadres de santé notamment dans les relations avec les patients et les familles.
- La quatrième thématique porte sur **l'image et l'attractivité des services et des spécialités** pour les personnels, notamment en gériatrie. La demande des équipes concerne le développement et le respect de la politique d'accueil et d'intégration ainsi que de véritables parcours attractifs et qualifiants via la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

- **L'environnement de travail** constitue le cinquième thème retenu. Outre les problèmes de vétusté des locaux et de maintenance de matériel, les équipes ont souhaité qu'une réflexion soit conduite sur les activités de soins et les activités logistiques (référent linge, référent hôtelier) afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

A ces thématiques, s'ajoute la politique sociale, notamment dans le domaine de la petite enfance, du logement et des transports.

II. Le déploiement de la démarche et les performances des GH

Après le démarrage de la démarche dans trois groupes hospitaliers (Hôpitaux universitaires Paris Ouest, Paris Seine Saint Denis, Henri Mondor), la démarche « amélioration des conditions de travail » est actuellement étendue à l'ensemble des GH, où elle concerne au moins un service ou un pôle clinique. Les services concernés sont à la fois des services de court séjour, de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée. Ils sont à des étapes différentes du projet (cadrage, choix des leviers, mise en œuvre des actions).

Défini en 2011 et non disponible antérieurement, **l'indicateur de suivi du projet est le taux d'absentéisme pour raisons médicales hors maternité, qui a diminué de 8 % entre septembre 2011 et septembre 2012 à l'échelon de l'AP-HP pour les infirmières (IDE), et de 3 % sur la même période pour les aides soignantes (AS), passant respectivement de 4,81 à 4,43 et de 7,63 à 7,38. Le périmètre circonscrit des pilotes ne permet cependant pas d'estimer quelle part ils ont pris dans cette évolution (l'indicateur baissant cependant de 9 % pour les IDE et de 15 % pour les AS à HUPSSD, et près de 20 % pour les IDE à Henri Mondor).** Par ailleurs, il faut noter l'effet potentiel du jour de carence sur les absences de courte durée, même si corrélativement on constate une hausse des congés de longue durée.

Des données qualitatives ont par ailleurs déjà été recueillies ; **la démarche engagée remet de la proximité dans les relations de travail au sein des GH et des pôles avec :**

- un débat relancé avec les équipes et les différentes parties prenantes, ce qui est vécu positivement sur le terrain ;
- des initiatives existantes valorisées et leurs porteurs identifiés sur le terrain ;
- des échanges entre professionnels qui n'existaient plus ou presque plus ;
- des leviers d'amélioration des conditions de travail intégrant différentes approches.

III. Perspectives 2013

En 2013, le contexte est favorable à un déploiement plus massif du projet en raison de recrutements réalisés en 2012 qui règlent la question des vacances de postes, et d'un absentéisme pour maladie ordinaire en recul (l'AP-HP est en 2^{ème} position parmi les CHU).

- Le projet prioritaire mettra l'accent sur l'amélioration des organisations et du collectif « mieux travailler ensemble ».
- Chaque GH élargira le périmètre de la démarche sur au moins 3 pôles, avant une généralisation en 2014.
- Des actions seront lancées pour favoriser le portage par les DRH et les directions de soins des groupes hospitaliers (ex : animation de réseaux). La démultiplication de la démarche impliquera l'engagement des chefs de pôle et des cadres paramédicaux de pôle.

Amélioration de la gestion des séjours

La gestion des séjours est le plus récent des projets prioritaires de l'AP-HP, lancé officiellement en septembre 2012. A ce stade le projet porte sur les hospitalisations en MCO. L'AP-HP réalise 35 % de l'activité MCO d'Ile de France mais dans un contexte très concurrentiel. Pour mener à bien ce projet l'AP-HP peut capitaliser sur les actions d'amélioration déjà engagées par les groupes hospitaliers en particulier sur la fluidité de l'aval des urgences, la sortie du patient, la réduction des durées moyennes de séjour, les filières de prise en charge plus intégrées, la mutualisation d'espaces d'hospitalisation.

L'optimisation de la gestion des séjours des patients hospitalisés est un enjeu global de performance pour les patients, les équipes et les hôpitaux. Si la stratégie, le pilotage et la tarification des établissements de santé reposent sur l'activité, les capacités d'hospitalisation demeurent un actif de référence essentiel dans l'élaboration des projets médicaux, l'évolution des prises en charge et les objectifs de gestion dans un contexte financier durablement contraint. Avec l'évolution des besoins de prise en charge, les capacités d'hospitalisation complète diminuent régulièrement d'année en année au profit de l'ambulatoire et de l'hospitalisation de semaine. Il convient que les organisations internes des hôpitaux accompagnent cette évolution et permettent même de l'accélérer.

Améliorer la gestion du séjour du patient hospitalisé c'est renforcer les organisations, de l'entrée programmée ou urgente du patient à la réalisation de sa sortie, au profit d'une qualité de prise en charge améliorée.

La mise en œuvre de ce projet doit notamment permettre :

- pour le patient, de réduire le temps d'attente aux urgences avant hospitalisation dans un service de spécialité, de limiter les journées d'hospitalisation non pertinentes et de lui permettre de préparer sa sortie ;
- pour les équipes, de retrouver du temps pour les soins en passant moins de temps à chercher des lits et en anticipant mieux les pics et les creux d'activité ;
- pour les établissements, de contribuer à l'efficacité avec réduction de dépenses et augmentation de l'activité. Il permet d'optimiser les capacités d'hospitalisation et de limiter les transferts à partir des services d'urgences.

Le projet prioritaire sur l'amélioration de la gestion des séjours a pour objectifs :

- améliorer la performance globale des services d'hospitalisation : réduction de la DMS et augmentation du taux d'occupation ;
- adapter les effectifs et ressources engagées à l'activité projetée et réalisée ;
- réduire les journées d'hospitalisation non pertinentes ;
- 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.

I. Etat d'avancement des projets pilotes conduits dans les GH

Améliorer la gestion des séjours des patients hospitalisés demande de travailler en un même temps un ensemble étendu et vaste de processus qui mobilisent l'ensemble des professionnels.

Mener une véritable démarche projet dans ce cadre est particulièrement important afin de réussir ; cela requiert un engagement marqué des responsables médicaux et gestionnaires afin d'appuyer les équipes qui le mettent en œuvre.

Il convient de noter que deux GH (HUPNVS et HUPSSD) se sont engagés dans un projet d'amélioration de la gestion des lits dans le cadre de leur contrat « performance » passé entre l'AP-HP, l'ANAP et l'ARS. C'est une base d'expérimentation et de capitalisation complémentaire.

L'expérimentation de la gestion centralisée des lits et des séjours est l'objectif principal sur un périmètre restreint au sein des deux premiers GH pilotes.

- **GH Saint Louis Lariboisière Fernand Widal - Pôle Neurosciences tête et cou (150 lits des services de neurochirurgie – neurologie – ORL et ophtalmologie)**

Les leviers activés pour une meilleure fluidité des séjours des patients hospitalisés portent principalement sur l'amélioration de la programmation des séjours avec la durée prévisionnelle de séjours et le lien avec le plateau technique, l'anticipation de la sortie, une meilleure organisation pour l'accueil des patients non programmés. Un focus spécifique portera sur l'amélioration de la régulation des flux pour la neurochirurgie et ses contraintes liée à la grande garde.

Ce pôle présente un potentiel de lits disponibles sur certains services qui pourra conduire à définir une évolution capacitaire et en regard une évolution des ressources.

Expérimentation d'un levier spécifique : la centralisation de la gestion des lits au niveau d'un pôle ou d'un ensemble cohérents de service. Un groupe projet constitué en janvier 2013 sera dédié à la préparation de la mise en place d'une gestion centralisée des lits au niveau du pôle et donc plus service par service. La mise en œuvre de cette gestion centralisée est prévue pour mi avril 2013.

- **GH Pitié Salpêtrière Charles Foix**

Le projet y a été lancé en décembre 2012. Le périmètre pilote correspond à une partie du pôle chirurgie : 190 lits d'urologie – orthopédie – chirurgie digestive.

Le potentiel en lits disponibles n'est pas élevé ; par contre cet ensemble présente des problématiques constantes de déprogrammations et d'équilibre entre l'accueil de patients non programmé et celui de patients programmés. Le temps passé par les cadres de santé de proximité à la seule recherche de lits est conséquent alors qu'il pourrait être utilement consacré à la gestion du séjour du patient de son entrée à la préparation de sa sortie.

L'identification des leviers d'amélioration de l'organisation du séjour est en cours. Le levier spécifique de la centralisation de la gestion des lits sur cet ensemble de services sera également travaillé au sein du pôle, avec un objectif de mise en œuvre d'ici mai 2013.

II. Perspectives 2013

- Lancer deux nouveaux GH pilotes à compter du deuxième trimestre 2013. Le choix des sites pilotes se fera au regard des éléments issus des conférences stratégiques et budgétaires des GH. Il s'agira en particulier de prendre en compte les objectifs prioritaires du GH en termes d'efficience et de projet médical et plus finement en termes de potentiel sur l'amélioration des taux d'occupation et du niveau de transferts hors AP-HP des patients accueillis aux urgences.

- Déployer progressivement le projet à l'ensemble des GH sur 2013 et au cours du premier semestre 2014.
- Proposer des candidatures d'exécutifs de pôle engagés sur un projet de gestion des séjours en réponse au prochain appel à projets que lancera l'ANAP d'ici le mois de juin, dans le cadre de l'action nationale que vient de lancer le Ministère de la santé sur la gestion des lits.
- Poursuivre la capitalisation et les échanges inter-GH au travers de la diffusion d'un recueil d'expériences et de l'organisation de séances d'échanges.
- Intégrer mi-2013 la dynamique d'amélioration de la fluidité de l'aval des urgences dans le projet gestion des séjours.