

PLAN STRATÉGIQUE 2015-2019

Une AP-HP Ouverte, Unie, Innovante



Juin 2014

Préambule

L'article L.6143-2 du code de la santé publique dispose que : « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. » Le même article précise que le projet d'établissement « prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social ». Il dispose également que : « Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme ».

Le projet médical 2015 - 2019, élaboré comme le prévoit le code de la santé publique par le Président de la Commission médicale d'établissement, a fait l'objet d'un vote favorable de la commission médicale d'établissement dans sa séance du 10 juin 2014, après avoir été approuvé en directoire. Ce vote, exprimé à l'unanimité, a montré la très forte adhésion de la commission médicale d'établissement à ce projet médical.

C'est donc, sur la base de ce projet médical, qu'est proposée la politique générale de l'établissement, organisée autour de 4 axes stratégiques :

- Penser le parcours patient de demain ;
- Faire de l'AP-HP un acteur des révolutions médicales et numériques, partenaire des universités ;
- Améliorer la performance sociale et managériale ;
- Construire un projet financièrement responsable.

Ainsi les orientations stratégiques 2015 – 2019, ou « plan stratégique de l'APHP » visent à permettre au projet médical, sur lequel elles se fondent, de pouvoir se réaliser pendant les cinq années couvertes par le projet d'établissement.

Le plan stratégique et le projet médical ont bénéficié de nombreux travaux préparatoires menés pendant six mois, au sein de groupes de travail réunissant 200 personnes, de la contribution des « collégiales » de médecins spécialistes de l'AP-HP, des apports des Groupes hospitaliers. Démarche inédite, une première version du plan stratégique, élaborée préalablement à l'adoption du projet médical a fait l'objet d'une consultation ouverte et d'échanges avec les partenaires de l'AP-HP et les principaux acteurs de son environnement.

Parallèlement, un projet de soins et un projet de prise en charge du patient ont été élaborés, pour être intégrés au projet d'établissement.

Le projet d'établissement, conformément au code de la santé publique, sera complété à l'issue de la concertation conduite avec les organisations syndicales, par un projet social, ainsi que par les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	8
LES FONDEMENTS DE NOTRE PROJET	10
1 ^{er} fondement : une égalité d'accès aux soins réelle et vérifiable	10
2 ^{ème} fondement : une AP-HP ouverte et coopérante, inscrite dans des parcours	10
3 ^{ème} fondement : une AP-HP sachant concrétiser et appliquer les principes de la démocratie sanitaire	12
4 ^{ème} fondement : Une AP-HP encore plus innovante	13
AXE 1. PENSER LE PARCOURS PATIENT DE DEMAIN	14
A. L'AP-HP, le CHU de son territoire	14
1. Recours et proximité, en lien avec les partenaires	14
2. Une meilleure accessibilité	15
3. Définir le territoire du CHU	15
4. Une stratégie globale d'amélioration des urgences	15
B. Coopérer avec la médecine de premier recours pour organiser la prise en charge du patient	16
C. Faire évoluer la prise en charge : réussir le défi de moins hospitaliser pour mieux soigner	17
1. L'AP-HP dynamique en matière de chirurgie ambulatoire	17
2. Le développement de l'hospitalisation de jour en médecine	18
3. Le virage de l'hospitalisation à domicile	18
4. La création de formules intermédiaires permettant un continuum de prise en charge	19
D. La qualité, comme levier de transformation	19
1. Une démarche intégrant la parole du patient	19
2. Un traitement plus systématique des événements indésirables graves	19
3. Un renforcement de la juste prescription	20
4. Une politique d'évaluation des pratiques professionnelles	20
5. Un déploiement de la politique de sécurité des biens et des personnes sur tous les sites	20
6. Un engagement confirmé dans la responsabilité environnementale	21
7. L'amélioration de nos organisations	21
8. Un investissement collectif pour réussir les certifications	21
E. L'AP-HP innovante sur les nouveaux besoins	21
1. Le patient acteur de son parcours	22
a) Prendre notre part dans les actions de prévention et promotion de la santé	22

b)	Proposer des parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques	22
c)	Donner un nouvel élan à l'éducation thérapeutique	22
d)	Prendre en compte les vulnérabilités	23
2.	Adapter notre offre de soins pour décliner le Plan cancer 3	23
3.	S'organiser pour adapter l'offre de soins aux évolutions épidémiologiques et démographiques	24
a)	Eviter et contenir les épidémies de bactéries multirésistantes (BMR) et hautement résistantes émergentes (BHRe)	24
b)	Rendre plus lisible notre offre en périnatalité	24
c)	Adapter notre offre de soins en pédiatrie	25
d)	Réorganiser nos structures de soins de suite et réadaptation (SSR) pour s'adapter aux nouveaux besoins	25
e)	Adapter la prise en charge des personnes âgées	26
f)	Structurer et valoriser notre expertise sur le handicap	26
g)	Consolider l'AP-HP comme acteur important de l'offre de soins en psychiatrie	27
h)	Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires	27

AXE 2 – FAIRE DE L'AP-HP UN ACTEUR DES RÉVOLUTIONS MÉDICALES ET NUMÉRIQUES, PARTENAIRE DES UNIVERSITÉS **28**

A.	Améliorer l'utilisation des moyens dédiés à la recherche	28
1.	Affirmer nos priorités de recherche	28
a)	Poursuivre la structuration de la recherche à l'AP-HP autour des instituts hospitalo-universitaires (IHU) et des départements hospitalo-universitaires (DHU)	28
b)	Installer un institut médico-économique d'économie de la santé pour appuyer nos décisions	29
c)	Développer les outils de traitement de l'information et structurer les mégadonnées (« big data »)	29
2.	Clarifier le cadre de nos relations avec les partenaires industriels	30
3.	Simplifier les procédures et optimiser les sources externes de financement de la recherche	31
a)	Améliorer l'agilité de l'AP-HP dans l'utilisation et le redéploiement de la ressource	31
b)	Créer ou intégrer une fondation hospitalière pour la recherche	31
B.	Renforcer nos relations à l'université	32
1.	Organiser la stratégie hospitalière au sein des territoires universitaires	32
2.	Participer activement aux trois campus hospitalo-universitaires du Grand Paris	32
3.	Dynamiser la formation initiale et continue pour maintenir une formation de haut niveau	33
C.	Soutenir l'innovation	33
1.	Accompagner et structurer le développement de la médecine personnalisée	33
2.	Encourager l'innovation en biologie	34
3.	Soutenir les initiatives innovantes permettant la création d'entreprises	34
4.	Participer à la mise en place d'une plateforme SI multi-territoriale en île de France	34
5.	Adopter une stratégie en matière d'équipement innovant	35

AXE 3 - AMÉLIORER LA PERFORMANCE SOCIALE ET MANAGÉRIALE **36**

A.	Promouvoir un management par la confiance	36
1.	Améliorer le dialogue social	36
2.	Redonner du sens à la fonction managériale, pour favoriser l'attractivité et les parcours	37
3.	Rechercher une meilleure régulation entre le siège et les directions des GH	37

B. Accompagner et sécuriser les parcours professionnels	37
1. S'inscrire dans une démarche « Projet professionnel »	37
2. Faire de la formation un outil d'évolution professionnelle	38
3. Accompagner l'émergence des nouveaux métiers	38
4. Repositionner les professionnels soignants sur leur cœur de métier	39
5. Promouvoir les coopérations entre professionnels	39
6. Mettre en place une cellule de gestion des talents	39
7. Guider les mobilités et sécuriser les parcours professionnels	39
8. Accompagner les personnels dans la seconde partie de carrière	40
C. Améliorer la santé et la qualité de vie au travail	40
1. Renforcer le service de santé au travail	40
2. Réduire la pénibilité au travail	40
3. Prévenir les risques psychosociaux	41
4. Privilégier les démarches participatives autour de la qualité de vie au travail	41
5. Intensifier l'effort de reclassement en cas d'inaptitude	41
6. Mobiliser les acteurs de prévention	42
7. Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail	42
8. Améliorer la gestion de l'absentéisme	42
D. Conforter la responsabilité sociale de l'AP-HP	42
1. L'AP-HP, employeur exemplaire	42
a) La gestion de l'emploi des personnels contractuels de remplacement	43
b) Mettre en œuvre de manière concertée le dispositif de résorption de l'emploi précaire	43
c) L'insertion des jeunes par l'apprentissage, les contrats aidés et le service civique	43
2. En termes de prestations crèches et logements	43
AXE 4 : CONSTRUIRE UN PROJET FINANCIÈREMENT RESPONSABLE	45
A. Garantir le retour à l'équilibre du compte principal en 2016 et l'indépendance financière de l'AP-HP, pour préserver l'investissement	45
B. Accélérer la transformation de nos organisations	46
1. Rechercher la taille critique pour nos activités	47
2. Mutualiser les capacités d'hospitalisation	47
3. Faire bouger nos schémas organisationnels interventionnels	47
4. Poursuivre la réorganisation de la biologie à l'AP-HP	48
5. Améliorer la logistique pharmaceutique	48
6. Optimiser les fonctions support administratives et logistiques	49
C. Une politique d'investissement remédiant aux poches de vétusté	49
1. Reconfigurer la cartographie des sites	49
2. Diminuer nos surfaces exploitées	50
3. Valoriser notre patrimoine	51
4. Améliorer la maîtrise énergétique de nos installations	51
D. L'innovation dans nos ressources	51
1. Participer à l'évolution des modèles de financement	51
2. Permettre l'assise juridique du mécénat et des fondations	51

3.	Moderniser nos équipements en diversifiant les modalités de financement	52
4.	Exporter notre excellence en nous développant à l'international	52
E.	Repenser notre action, en la coordonnant mieux avec le comptable public	52
1.	Simplifier les démarches des usagers tout en sécurisant le financement de l'AP-HP	52
2.	Poursuivre l'optimisation du traitement des dépenses	53
	ANNEXE 1 : OBJECTIFS QUI FERONT L'OBJET D'INDICATEURS DE SUIVI	54
A.	Territoire	54
B.	Offre de soins	54
C.	Qualité/Gestion des risques	54
D.	Recherche :	54
E.	Performance de l'organisation	54
F.	Ressources humaines	55
	ANNEXE 2 : LISTE DES CONTRIBUTIONS INSTITUTIONNELLES	56
	ANNEXE 3 : LISTE DES AUDITIONS INSTITUTIONNELLES	57

Introduction

L'AP-HP est une grande institution. Le premier centre hospitalo-universitaire (CHU) européen, l'un des plus grands au monde, lié à onze unités de formation et de recherche (UFR) de santé (médecine, pharmacie et odontologie). Elle est le premier employeur d'Île-de-France. Un centre hospitalier qui représente à lui seul, la moitié de la recherche clinique et une hospitalisation sur dix en France. Un CHU qui forme de très nombreux professionnels de santé.

Une grande institution a toujours besoin d'avoir une stratégie. Pour savoir où elle va. Pour mobiliser sa communauté autour d'objectifs partagés. Pour trouver des alliés. Pour anticiper les changements de son environnement. Pour ne pas subir les contraintes. Pour ne pas se déliter. Pour avoir une capacité d'adaptation. Pour ne pas passer à côté des innovations. Pour être reconnue. Pour être forte. Pour rendre le meilleur service.

L'environnement de l'AP-HP connaîtra dans les prochaines années de fortes évolutions : c'est une période où, après 40 ans de déficit public continu, la France doit assainir durablement ses finances publiques. C'est aussi une période de fortes évolutions démographiques, aussi bien dans la population générale que parmi les professionnels de soins, en particulier les médecins. C'est une période au cours de laquelle les technologies numériques auront un impact déterminant sur le soin. C'est la période où se constituera le Grand Paris, effaçant la frontière du boulevard périphérique au profit d'une métropole d'une dizaine de millions d'habitants, d'une grande diversité sociale. C'est une période au cours de laquelle le rôle sociétal de l'hôpital et de l'université doit s'amplifier, en lien avec les acteurs du développement territorial, que ce soit en termes de cohésion sociale, d'accès à la formation et aux soins, et de lieux d'exercice que de rayonnement sur la recherche et l'innovation.

C'est une période au cours de laquelle le système de santé lui-même peut connaître une évolution à laquelle ses acteurs aspirent depuis longtemps. Une offre de soins qui soit davantage organisée autour de la prise en charge des malades, autour de leur parcours, et non pas en fonction des structures, des institutions. Une période de réduction de l'hospitalisation complète, et donc de diminution notable des capacités. Une période d'évolution concrète de la place de l'utilisateur, du développement de « l'hospitalité » et de la prise en compte de la parole du patient, gages de qualité de prise en charge au même titre que la sécurité des soins.

La naissance d'une médecine plus personnalisée, plus individualisée, plus préventive, plus prédictive, plus participative, où l'hôpital doit trouver sa place.

C'est une période où la notion de « service public territorial de santé » peut trouver une nouvelle force, une nouvelle définition, incluant au premier chef un service public hospitalier, connecté avec la médecine de ville, répondant à des objectifs de santé publique et mieux articulé avec d'autres besoins sociaux.

Autant de raisons qui justifient que l'AP-HP se dote d'une stratégie claire, affichant ses choix et ses priorités, ne faisant pas abstraction des contraintes et de son environnement, portée par sa communauté et reposant sur une vision concertée avec ses partenaires, comme avec les autorités de santé. Une stratégie répondant à des besoins de santé territoriaux, mais pouvant aussi développer la place de l'AP-HP au niveau mondial, comme l'un des pôles de santé les plus innovants, d'un point de vue scientifique comme organisationnel.

L'un des enjeux majeurs du plan stratégique 2015-2019 pour l'AP-HP est de faire un atout de sa taille, et non une faiblesse. Or, elle est faiblesse quand les groupes hospitaliers (GH), pourtant porteurs d'un dynamisme reconnu, se considèrent parfois comme concurrents entre eux, au-delà de l'émulation qui peut être un moteur d'une meilleure organisation ; quand la taille entrave le processus de décision ; quand la taille laisse coexister de l'imperfection à l'abri de l'excellence ; quand la taille rend l'offre de soins illisible et est source de désorientation pour les patients, comme pour les partenaires ; quand la taille laisse subsister des « doublons », une dispersion de moyens, ou une sous-utilisation d'équipements ; quand la taille rend le dialogue social plus distant et plus heurté.

La mise en place des groupes hospitaliers a permis des synergies nouvelles et une recomposition de l'offre de soins, mais faire de la taille un atout, c'est notamment :

- avoir une vision plus souple des GH au regard des territoires universitaires, actuels et en construction, au sein de la grande région Île-de-France, en s'appuyant sur des partenariats forts avec les universités et les organismes de recherche, et ainsi permettre des projets communs, portés et mutualisés par plusieurs GH : ainsi, l'Hôpital Nord doit-il être porté par un projet médical associant aux hôpitaux universitaires (HU) Paris-Nord-Val-de-Seine (HUPNVS) et le groupe Saint-Louis-Lariboisière (HUSLL) ; ainsi, les synergies entre hôpitaux voisins des 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements parisiens doivent-elles être approfondies ; ainsi, les établissements de gériatrie pour lesquels l'implication de l'AP-HP dans le futur gérontopôle « Géront'if » doit-elle être l'occasion d'une plus grande structuration académique ;
- faciliter les coopérations entre les GH en instaurant une forme adaptée de régulation financière et en facilitant le fonctionnement de filières inter-GH ;
- faciliter les réorganisations en biologie, autour de plateaux permettant à la fois le meilleur rendement économique pour les examens réalisés en nombre et le développement de la recherche.

La stratégie de l'AP-HP, compte tenu de la place qu'elle occupe dans le système de santé français, ne peut pas ignorer les grandes questions auxquelles il est confronté. Dans un pays où les dépenses de santé sont parmi les plus élevées au monde, persistent des besoins nombreux encore non satisfaits, des performances insuffisantes, des problèmes de santé publique non maîtrisés :

- un renoncement aux soins qui, après avoir diminué de manière continue, augmente à nouveau ;
- des écarts d'espérance de vie particulièrement marqués entre catégories sociales ;
- une prise en charge insuffisante de la souffrance mentale (dont le taux de suicide des jeunes est l'un des marqueurs les plus dramatiques) ;
- la résurgence de certaines maladies infectieuses et la menace des résistances bactériennes multiples aux antibiotiques ;
- les difficultés de prise en charge en santé et des problématiques spécifiques des personnes handicapées, âgées ou non ;
- l'augmentation de la part des maladies chroniques.

Toutes ne se traitent pas à l'AP-HP, mais l'AP-HP ne peut être indifférente à ces sujets, dès lors que :

- elle s'inscrit dans une organisation globale de santé ;
- elle assure une part notable des soins hospitaliers de proximité dans Paris et sa petite couronne (un tiers de ses hospitalisations provient des urgences) ;
- elle a un rôle de formation des professions médicales, des professions paramédicales et, de plus en plus, des patients à travers l'éducation thérapeutique ;
- elle est à l'origine de nombreuses innovations ;
- elle est partie prenante d'une stratégie de prévention.

La stratégie de l'AP-HP s'inscrit naturellement dans le Plan régional de santé et, plus largement, dans la Stratégie nationale de santé. C'est notamment dans ce cadre qu'elle reconfigurera son offre de soins dans certains territoires, qu'elle renforcera ses coopérations, qu'elle assumera les responsabilités qui lui sont confiées par l'Agence régionale de santé (ARS). Les orientations concernant l'avenir de l'Hôtel-Dieu, présentées au conseil de surveillance du 19 juin 2014, doivent encore être précisées, dans le souci permanent de la cohérence du projet avec la stratégie médicale et avec la trajectoire financière de l'AP HP tout entière.

C'est dans ce contexte que l'AP-HP affirme ses axes prioritaires, explicite les directions qu'elle choisit, les ruptures qu'elle assume, prend des engagements. Et pour cela, s'appuie sur quatre fondements.

Les Fondements de notre projet

1^{er} fondement : une égalité d'accès aux soins réelle et vérifiable

L'AP-HP n'oublie pas que sa première raison d'être est d'être l'« Assistance Publique ». Elle doit être organisée pour qu'indépendamment de leur situation sociale ou financière, tous les patients puissent avoir accès, dans les mêmes délais, adaptés à leur état de santé, à des soins de même qualité.

Cela signifie pour l'AP-HP plusieurs impératifs :

- pouvoir maîtriser les délais de rendez-vous pour les consultations, l'imagerie, les interventions chirurgicales ; réduire les délais excessifs et les disparités non justifiées ;
- améliorer son organisation pour réduire les pertes de temps médical ou soignant ;
- simplifier le parcours en son sein (visibilité, orientation, fluidité) ;
- assurer une prise en charge globale du patient intégrant, particulièrement pour les publics précaires et isolés, un suivi social centré sur les volets de l'accès aux soins, l'accès aux droits, l'aide à la vie quotidienne ou encore l'organisation de la sortie ;
- mieux organiser le lien avec la médecine de ville ;
- publier des indicateurs sur les délais et la qualité ;
- appliquer strictement la réglementation sur l'exercice de l'activité libérale, pour que ce dernier ne remette pas en cause l'égal accès à des soins de qualité dans des délais égaux pour tous.

2^{ème} fondement : une AP-HP ouverte et coopérante, inscrite dans des parcours

L'AP-HP, plus qu'elle ne le fait aujourd'hui, doit s'ouvrir sur les autres acteurs de santé. Coopérante, elle s'inscrit résolument dans la « médecine de parcours », en lien étroit avec le médecin traitant du

patient, et considère comme prioritaires ses partenariats avec les autres établissements, sanitaires, médico-sociaux et sociaux, mais aussi avec les professionnels des centres de santé et les praticiens libéraux, dans le cadre d'une conception large du service public territorial de santé, permettant à chaque acteur de jouer pleinement son rôle. Les Groupes hospitaliers (GH) et les autres hôpitaux de l'AP-HP participeront à la construction des contrats locaux de santé. L'AP-HP pourra capitaliser sur l'expérience des trois campus hospitalo-universitaires du Grand Paris (Mondor, Vallée scientifique de la Bièvre, projet Vallée scientifique du Val-de-Seine) développés avec les Universités.

L'AP-HP n'est certes pas aujourd'hui coupée de son environnement ; mais ses relations avec les autres acteurs doivent être adossées à une politique institutionnelle partagée, globale, organisée, indissociable de la stratégie de prise en charge des malades. La coopération avec les acteurs de santé ne doit pas fonctionner uniquement comme une relation « centripète » où les malades sont adressés à l'AP-HP, dans ses fonctions de recours. Sans concurrence entre les GH, l'AP-HP, consciente de ses responsabilités dans l'organisation régionale, proposera des partenariats renforcés et organisés avec les centres hospitaliers, les établissements privés à but non lucratif, mais aussi les acteurs de la médecine de ville et de la prévention.

Dans ce cadre, et dans une logique d'engagements réciproques, il sera proposé de constituer un réseau de « correspondants de l'AP-HP » avec des hôpitaux, des établissements médico-sociaux, des praticiens libéraux, des centres de santé, permettant de garantir aux patients une prise en charge globale, incluant les centres de référence et les centres de recours de l'AP-HP.

La coopération et les rapprochements, c'est également :

- une volonté partagée de mettre en place une coopération formalisée avec la Ville de Paris, lieu d'implantation de nombreux de nos hôpitaux ; une collaboration qui permette de mieux se coordonner sur la réponse aux besoins de santé primaires et secondaires des Parisiens ; une collaboration qui permette de définir ensemble le devenir du foncier disponible et les conditions de sa mutation ; un projet de convention est lancé et devrait aboutir d'ici la fin de l'année 2014 ou le début 2015 ;
- une occasion historique de travailler dans une réelle complémentarité avec le Service de santé des armées, lui-même en forte réorientation ; le devenir des hôpitaux du Val-de-Grâce, Bégin et Percy sera intégré à la stratégie de l'AP-HP et le rapprochement entre les équipes du Service de santé des armées et les équipes de l'AP-HP peut aboutir à un renforcement de l'un et de l'autre, avec une forte mutualisation de moyens et de sites ;
- une nouvelle relation avec les grands centres spécialisés dans la lutte contre le cancer d'Île-de-France (Institut Curie et Gustave Roussy-Campus Cancer) avec lesquels une démarche commune pourrait renforcer l'application du Plan cancer 3 annoncé par le Président de la République le 4 février 2014 ;
- la prise en compte de nouveaux acteurs hospitaliers importants dans l'ensemble de l'Île-de-France : à l'est (groupe hospitalier de l'Est Francilien composé des hôpitaux de Meaux, Lagny-Marne la Vallée et Coulommiers), au sud (centre hospitalier du Sud Francilien à Evry), au nord (communauté hospitalière de territoire Nord-Val d'Oise, composée des hôpitaux de Pontoise, Saint-Martin-du-Tertre, Beaumont et Méru, et le groupe hospitalier intercommunal du Vexin), à l'ouest (centres hospitaliers de Poissy et de Versailles) et au centre (communauté hospitalière psychiatrique de Paris – CHT 75) qui peuvent contribuer à faire progresser l'organisation de l'offre de soins en Île-de-France.

L'AP-HP proposera à ses partenaires un cadre de coopération fondé sur la notion de parcours et mobilisant, en fonction des besoins, tous les outils possibles :

- règles d'adressage et de réadressage ;
- protocoles communs de prise en charge (organisation et parcours clinique) ;
- outils techniques comme la télémédecine, la télé-expertise, la transmission des dossiers médicaux, des analyses biologiques et des images ;
- postes médicaux et soignants partagés ;
- protocoles de recherche clinique communs ;
- formalisation de réseaux ;
- actions de formation ouvertes en dehors de l'AP-HP ;
- partenariats organisés juridiquement.

Toutes les activités pratiquées à l'AP-HP méritent une attention particulière, mais certains parcours feront l'objet d'une attention prioritaire pour que cette stratégie puisse rapidement se concrétiser : l'AP-HP lance ainsi une expérimentation avec la FHF Île-de-France visant à modéliser des parcours à partir de trois territoires (autour des bassins de population des CH de Pontoise, du GHEF et du CHSF) et de trois spécialités (cancérologie, cardiologie et pédiatrie). L'ensemble de ces parcours patients sera élaboré en incluant les associations de patients, par les équipes de l'AP-HP et leurs partenaires du domaine sanitaire, médico-social et social et autres professionnels de santé.

L'AP-HP se positionnera comme un CHU « connecté », avec l'ensemble du système de soins par des conventions, par des échanges électroniques, par les suivis de parcours patients ; un CHU faisant partager sa recherche, sa formation, son organisation à l'ensemble des acteurs.

Enfin, l'AP-HP proposera d'expérimenter de nouveaux modes de tarification, fondés sur une logique de parcours en mettant cette thématique au cœur de ses travaux en matière d'économie de la santé.

3^{ème} fondement : une AP-HP sachant concrétiser et appliquer les principes de la démocratie sanitaire

Au cours de ce plan stratégique, le patient doit devenir l'un des acteurs, à part entière, des changements à l'hôpital.

L'AP-HP reconnaîtra davantage la place des associations, des bénévoles, des volontaires, dont l'action est complémentaire de celle des professionnels, comme une partie intégrante de sa communauté et comme un atout considérable pour l'amélioration du service rendu, la transformation des mentalités et des cultures, l'adaptation de la réponse aux besoins des patients.

Elle s'attachera à mettre l'hospitalité au cœur de ses préoccupations, comme la commission médicale d'établissement a décidé de le faire, en s'adaptant aux projets et attentes de l'utilisateur, pour que celui-ci préserve sa vie sociale, familiale et culturelle et en mettant en place, à tous les stades de son action, une politique positive de bientraitance. Enfin, pour que l'éthique soit au cœur de la prise en charge, l'AP-HP se fixera comme objectif de développer la sensibilisation du personnel aux questionnements éthiques, comme en développant les centres d'éthique clinique pour les rendre plus accessibles aux professionnels, à l'entourage, aux patients.

La démocratie sanitaire, c'est aussi pouvoir rendre des comptes sur l'utilisation des ressources consacrées à l'AP-HP, c'est une transparence sur les résultats de l'AP-HP vis-à-vis des usagers et des soignants dans tous les domaines, c'est une attention particulière portée à la qualité (déclaration et traitement des événements indésirables graves, réduction des infections nosocomiales, prise en charge de la douleur, publication des indicateurs de qualité) et au développement d'une médecine palliative moderne, intégrant la prise en charge de la douleur et non cantonnée à la fin de vie.

4^{ème} fondement : Une AP-HP encore plus innovante

La capacité d'innovation de l'AP-HP a toujours été l'un de ses grands atouts. Il est particulièrement important de la préserver, voire de la renforcer, dans une période où les contraintes budgétaires vont peser. Cela oblige aussi à être lucide sur les domaines où l'AP-HP accuse des retards par rapport à d'autres établissements et doit les combler, voire reprendre de l'avance (systèmes d'information, innovation dans les organisations de soins, diffusion de l'innovation au sein des équipes).

Cela conduit à privilégier plusieurs axes :

- un tournant vers l'hôpital numérique dont le système d'information doit être la colonne vertébrale ;
- une politique de valorisation, mieux intégrée dans l'ensemble des domaines où l'AP-HP innove, trouvant un volume proportionnel à celui des publications scientifiques et un partage équitable avec les organismes de recherche ;
- une politique de recherche qui tienne compte de la structuration des sciences de la vie autour de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) et s'inscrive pleinement dans cette démarche, tout en mettant l'accent sur l'apport spécifique de la valence hospitalière dans les programmes de recherche ;
- une démarche institutionnelle autour de la médecine individualisée, personnalisée, grâce à laquelle l'AP-HP se dotera des outils lui permettant de tenir toute sa place (développement de nouveaux biomarqueurs et introduction de modalités d'évaluation plus systématique avant leur utilisation généralisée ; plateformes sur les médicaments de thérapie innovante (MTI) ; organisation des mégadonnées) ;
- une généralisation de l'évaluation des innovations, c'est-à-dire une estimation de la valeur, suivant les aspects pertinents pour l'hôpital (technique, médical, médico-économique, organisationnel, éthique, juridique, etc.) ;
- des innovations dans les domaines de la santé publique et de l'économie de la santé, avec la même ambition que celle qui a été donnée aux instituts hospitalo-universitaires (IHU) et aux départements hospitalo-universitaires (DHU) ;
- des outils (fondations, levée de fonds, etc.) permettant de dégager davantage de ressources pour soutenir l'innovation.

Et parce que le soin repose fortement sur l'humain et que plus de 92 000 professionnels concourent à la réalisation de ses missions, chacun des projets conduits au cours de ce plan stratégique devra fournir à l'AP-HP une occasion d'améliorer les conditions de travail de ses personnels.

Axe 1. Penser le parcours patient de demain

A. L'AP-HP, le CHU de son territoire

Un centre hospitalier universitaire s'inscrit dans son territoire. Il est stratégique et cohérent pour l'AP-HP de vouloir cultiver son excellence universitaire et sa recherche, tout autant que son rôle de proximité, sa responsabilité dans l'offre de soins et son organisation.

1. Recours et proximité, en lien avec les partenaires

L'AP-HP doit continuer de se renforcer dans la prise en charge de maladies rares (plus de la moitié des centres de référence pour ces maladies se trouvent à l'AP-HP), avec un établissement pharmaceutique unique dans le système hospitalier qui permet de répondre à des besoins pharmaceutiques orphelins, avec une prise en charge particulière des maladies et des interventions les plus lourdes (telles l'activité de greffes), avec sa capacité à mener des activités hyperspécialisées dans un environnement médical pluridisciplinaire.

Mais cette activité de pointe, qui peut être estimée à environ 10% de l'activité totale de l'AP-HP, est compatible avec un rôle de proximité auquel elle répond par ses services d'accueil des urgences, qui génèrent un tiers de ses hospitalisations et dont l'évolution sera l'un des points forts de ce plan stratégique ; elle y répond aussi par une solide implication en obstétrique et en gériatrie, et par une présence marquée dans des territoires où l'offre publique de soins est parfois nettement insuffisante – avec un risque d'accentuation dans les cinq ans qui viennent – ou parfois peu accessible au regard des barrières financières d'une offre de secteur 2. A ce titre, et à l'image du travail partenarial développé en Seine-Saint-Denis entre les Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD), et les hôpitaux publics de Seine-Saint-Denis (Aulnay, Montreuil et Montfermeil) pour maintenir une offre publique structurée, en particulier par la création d'équipes cliniques territoriales, l'AP-HP s'attachera à être un acteur dynamique des politiques territoriales de santé.

L'AP-HP ne souhaite pas jouer un rôle de substitution ni compenser, par des moyens hospitaliers, des déserts médicaux de la médecine de ville. Elle se positionne en revanche en complément de cette offre pour contribuer à l'adaptation du système de soins, sous l'égide de l'ARS :

- par ses réseaux thématiques intégrant la médecine de ville et les autres centres hospitaliers ;
- par son système de formation continue de praticiens ;
- par ses unités d'éducation thérapeutique ;
- par ses centres d'odontologie ;
- par le développement des outils de télémédecine ;
- par la participation des praticiens hors AP-HP dans la recherche clinique.

Cela suppose que l'AP-HP puisse faciliter l'accès et l'orientation des malades adressés par des praticiens et réponde aux critiques récurrentes qui lui sont adressées : difficulté à identifier le bon service où adresser un malade à l'AP-HP ; difficulté d'accès à des consultations dans des délais raisonnables, sans un lien personnel avec le correspondant concerné ; difficulté d'avoir des conseils de « référence » ; caractère parfois aléatoire des portes d'entrées ; risque de redondance avec les

examens ou les prescriptions réalisés en ville ; réadressage non systématique du patient après sa prise en charge.

2. [Une meilleure accessibilité](#)

Il est donc stratégique, pour y répondre :

- de rendre lisible l'offre de l'AP-HP, à la fois pour le grand public et pour les professionnels de santé (le site internet de l'AP-HP, entièrement repensé, et la réorganisation de l'Hôtel-Dieu y contribueront) ;
- de créer une ou plusieurs plateformes d'information interactives (donnant accès à la prise de rendez-vous) ;
- de pouvoir garantir des accès simplifiés, dans des conditions non aléatoires, aux patients adressés par des praticiens correspondants de l'AP-HP ;
- d'équiper ses praticiens et ses personnels paramédicaux en matériel de téléphonie mobile pour les rendre plus facilement joignables, en particulier des médecins généralistes ;
- de pouvoir mesurer la satisfaction des praticiens correspondants et d'avoir un système d'adaptation à leurs besoins.

L'ensemble de ces points fera désormais l'objet d'indicateurs de suivi qui seront intégrés dans les critères contractualisés annuellement avec les GH.

3. [Définir le territoire du CHU](#)

La notion de « territoire » doit être vue et partagée avec l'ARS en tenant compte des spécificités de l'AP-HP : elle n'a pas la même signification pour les sites parisiens que pour ceux des départements au sein desquels l'accessibilité est moins bonne. Le territoire de l'AP-HP, comme centre hospitalo-universitaire, est l'ensemble de l'Île-de-France. C'est à l'échelle de la région qu'il convient de vérifier que toutes les activités de recours et de référence sont bien couvertes, en construisant des filières d'organisation des soins qui peuvent tenir compte des complémentarités à établir à l'intérieur de l'AP-HP, dont chacun des hôpitaux ne peut couvrir le spectre complet de l'activité médicale mais aussi où chacun des groupes hospitaliers irrigue son territoire, au-delà du département au sens administratif, qui reste la structure de l'organisation territoriale de l'ARS.

Forte de son rôle de CHU, et conformément au PRS récemment adopté, l'AP-HP organisera avec les principales structures hospitalières publiques, une coordination des territoires, permettant de structurer avec les structures « pilier » d'Île-de-France, la réponse publique coordonnée aux besoins des Franciliens.

4. [Une stratégie globale d'amélioration des urgences](#)

Dans la période du plan stratégique, l'AP-HP déploiera sa stratégie globale d'amélioration des urgences, dont l'objectif est de diviser par deux le temps moyen d'attente, tout en améliorant la qualité de la prise en charge. Cette stratégie marque un changement de doctrine pour l'AP-HP, qui prend acte de l'importance des urgences dans le quotidien de santé des Franciliens, au-delà de la prise en charge des urgences vitales : En 2013, les 17 services d'urgences adultes et les 8 services d'urgences pédiatriques ont reçu 1,1 million de patients.

Lancé le 10 juin 2014, le plan urgences de l'AP-HP contient sept engagements pour améliorer la qualité du service rendu aux patients :

- diviser par deux le temps moyen d'attente aux urgences ;
- rendre exceptionnels les délais de prise en charge supérieurs à quatre heures pour les patients qui n'ont pas à être hospitalisés (à terme, moins de 5% des patients adultes, moins de 3% pour les enfants) ;
- améliorer la régulation médicale et l'orientation des patients en amont des services d'urgence, par une coopération renforcée avec les pompiers, mais aussi par un renforcement de la permanence des soins ambulatoires avec les médecins généralistes et une amélioration de l'orientation vers les maisons médicales de garde et les autres acteurs de la médecine de ville ; pour éviter le passage aux urgences, améliorer l'accès direct aux services de soins spécialisés (avis téléphonique, consultations d'urgence dans les spécialités, hospitalisations) ;
- transformer les conditions d'attente des patients, en ne les laissant plus seuls (accompagnement par un proche, un bénévole formé et dépendant d'un tuteur) ;
- diversifier les conditions de prise en charge et mieux les adapter aux besoins spécifiques : généralisation des « filières rapides » pour les patients ayant besoin d'un avis médical simple, renforcement de la présence des psychiatres dans les services d'urgence, renforcement des liens pour une prise en charge sociale, au regard de l'expérimentation d'équipe mobile d'urgences sociales (EMU) au SAMU 75 ;
- réaliser des transformations architecturales pour les services d'urgences qui ne sont plus adaptés au volume de patients qu'ils accueillent ;
- renforcer la fluidité avec l'aval des urgences, c'est-à-dire renforcer la capacité à hospitaliser rapidement les patients, dans la bonne filière, en mobilisant l'ensemble de la communauté hospitalière ; mais aussi renforcer la coordination avec les établissements sociaux et médico-sociaux, afin de rendre les parcours patients moins traumatisants et plus lisibles, mais aussi s'adapter systématiquement aux contraintes inhérentes au fonctionnement de ces établissements.

Ainsi, 40 mesures vont être mises en place : si la plupart concerne tant l'amont des urgences que les services d'urgences eux-mêmes et leur aval, d'autres ont vocation plus transversale.

L'AP-HP s'engage à réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction des patients, et à publier un bilan annuel sur les conditions d'accueil aux urgences.

B. Coopérer avec la médecine de premier recours pour organiser la prise en charge du patient

L'AP-HP affirme son souhait de travailler différemment avec la médecine de ville, vers une nouvelle forme de coopération.

En matière de communication ville/hôpital tout d'abord, l'AP-HP proposera des interactions améliorées avec les médecins de ville, selon des modalités à définir par chaque GH (numéro unique, numéro par pôle ou par service, staffs communs pour les cas complexes, etc.), et facilitera les hospitalisations directes et l'accès à un avis spécialiste sans passer par les urgences pour les patients adressés par leur médecin traitant. L'AP-HP souhaite aussi que les services puissent garantir l'information systématique du médecin de ville sur la situation de son patient : en l'informant dès l'admission en hospitalisation pour permettre de mieux prendre en compte le point de vue du médecin traitant, puis par l'envoi rapide, sous forme dématérialisée et sécurisée, des comptes

rendus d'hospitalisation. L'objectif que se fixe l'AP-HP est de remettre au patient et d'envoyer au médecin traitant, par messagerie sécurisée, 100 % des lettres de sortie, synthèses de l'hospitalisation le jour de la sortie. De même, la mise en place du dossier pharmaceutique permettra à terme d'assurer l'homogénéité et la continuité entre la prescription de ville et la prescription hospitalière.

Afin de faire partager aux médecins libéraux, généralistes et autres spécialistes ainsi qu'aux professionnels des centres de santé, l'offre de soins et les moyens d'y accéder, une journée annuelle pourra être organisée au sein de chaque GH ou hôpital, dans le cadre par exemple des actions du développement professionnel continu (DPC).

Pour optimiser l'organisation des soins entre la ville et l'hôpital, l'AP-HP expérimentera, développera et évaluera des projets spécifiques de partenariats médicaux (exemples : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) et parcours bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)) permettant de structurer le rôle de chacun et d'organiser des suivis partagés ; elle inclura dans la formation des futurs médecins la notion de parcours de soins et la coopération ville-hôpital.

Enfin, l'AP-HP s'attachera à promouvoir des projets de recherche type programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), reposant sur des partenariats entre des équipes de médecine de ville et des équipes hospitalières d'un même territoire. Les thématiques pourraient porter sur la régulation d'admission et/ou de sortie de l'hôpital, les modalités innovantes d'organisation et/ou de financement. Cette dynamique pourrait être lancée pour les appels à projets de 2015 et suivants.

C. Faire évoluer la prise en charge : réussir le défi de moins hospitaliser pour mieux soigner

En favorisant l'ambulatoire, en encourageant le passage de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation partielle, et de l'hospitalisation partielle à l'hospitalisation à domicile (HAD) ou à la consultation, en faisant évoluer la définition traditionnelle de l'activité et de l'organisation en fonction du seul nombre de lits, en luttant contre les « temps inutiles » dans le séjour hospitalier, l'AP-HP poursuivra deux objectifs qui, loin d'être contradictoires, peuvent être, dans de très nombreux cas, la meilleure conciliation entre une bonne utilisation des ressources publiques et une qualité de soins, et une réponse à une attente des patients.

1. L'AP-HP dynamique en matière de chirurgie ambulatoire

Les autorités de santé ont fixé l'objectif de 50% de chirurgie réalisée en ambulatoire en 2016 pour l'ensemble des établissements de santé. L'AP-HP présente à ce sujet deux caractéristiques qui la différencient des autres établissements de santé. La première tient aux maladies qui y sont traitées et au profil social de ses patients : la part des co-morbidités, la forte proportion de patients précaires ou isolés, l'importance d'activités lourdes augmentent la part des interventions qui ne sont pas actuellement réalisées dans un cadre ambulatoire ; l'AP-HP cherchera à documenter cette spécificité pour pouvoir mieux la quantifier et définir les réponses à y apporter. La seconde caractéristique tient à son architecture – bâtiments souvent anciens et pavillonnaires – qui rend moins facile l'organisation de la chirurgie ambulatoire et moins rapide la transition entre la chirurgie

conventionnelle et la chirurgie ambulatoire. L'AP-HP s'attachera à résoudre ce handicap, en accompagnant les équipes et la création de structures dédiées à l'ambulatoire.

Le taux moyen de chirurgie ambulatoire est aujourd'hui de 26% à l'AP-HP, avec une forte dispersion : de 8% à 58% selon les sites. L'AP-HP se fixe pour objectif d'atteindre un taux de chirurgie ambulatoire de 45% au plus tard en 2019.

Cela suppose de décliner cet objectif global en objectifs spécifiques, adaptés aux activités de chaque GH et aux délais nécessaires à chacun d'eux pour surmonter les obstacles organisationnels ou architecturaux ; de soutenir les projets de centres spécialisés ambulatoires ; d'organiser des circuits patients ; d'aider les professionnels médicaux et non médicaux à s'adapter à la diffusion de ces pratiques ; de permettre des solutions de repos, voire d'hébergement, pour que des patients puissent rester à proximité pendant les heures qui suivent une intervention en chirurgie ambulatoire lorsqu'ils résident trop loin de l'établissement ou que leur situation sociale est précaire ; et, plus largement, d'accompagner les patients pour éviter le recours aux urgences engendré par une chirurgie ambulatoire mal expliquée ou mal suivie.

2. Le développement de l'hospitalisation de jour en médecine

Les hôpitaux de jour doivent représenter une étape dans un parcours de soins, avec une organisation multidisciplinaire et non une succession de consultations. C'est dans ces conditions que l'AP-HP pourra mieux faire valoir ses activités d'hôpital de jour dans le cadre de la circulaire frontière, dont le champ d'application, notamment la distinction avec la prise en charge externe, mérite d'être clarifiée.

Les hôpitaux de jour ne doivent pas être dispersés mais regroupés au sein de plateformes de jour, sans que la mutualisation porte préjudice à la spécialisation des prises en charge.

Cette évolution doit avoir lieu, en gardant à l'esprit qu'elle ne réduit pas le temps médical, et augmente notablement les besoins en secrétariat et en logistique.

De la même façon, les années du plan stratégique seront l'occasion de développer les hôpitaux de jour en soins de suite et réadaptation (SSR), renouvelant ainsi les modalités de prise en charge (rééducation à l'effort des patients cardio-vasculaires par exemple).

3. Le virage de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) peut répondre à la demande des patients tout en diminuant la durée moyenne d'hospitalisation conventionnelle. Elle peut être davantage intégrée dans le projet global de l'AP-HP et participer à son interface avec la médecine de ville. C'est le sens de son intégration dans l'Hôtel-Dieu.

Elle peut se développer en soins palliatifs, où son offre est inférieure aux besoins, et à destination des personnes âgées et des malades chroniques. Elle pourra aussi développer la prise en charge des patients porteurs de bactéries multi résistantes, évitant ainsi leur propagation à l'hôpital. À partir de l'Hôtel-Dieu, elle développera une hospitalisation à domicile pour les malades psychiatriques.

L'HAD s'attachera à améliorer son accessibilité, que ce soit à partir des SAU ou à partir du domicile, à la demande du médecin traitant. Pour ce faire, elle engagera la promotion de ce type de prise en charge auprès des médecins généralistes. À ce titre, l'HAD élaborera des partenariats avec les établissements de santé, médico-sociaux, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et autres intervenants à domicile, en vue d'une coordination territoriale élargie.

4. [La création de formules intermédiaires permettant un continuum de prise en charge](#)

Certains patients, en particulier les malades chroniques, relèvent de soins qui dépassent le cadre d'une simple consultation mais ne justifient pas une hospitalisation de jour. Il sera proposé d'évaluer, dans le cadre d'un protocole, une formule intermédiaire présentant une valeur ajoutée pour le malade, notamment polypathologique (car elle permettrait une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire avec synthèse), et bénéficiant d'une tarification intermédiaire, économiquement équilibrée pour l'institution et acceptable pour l'Assurance maladie.

De même, dans le cadre des parcours, notamment en cancérologie, il est envisageable, si le système de tarification évolue (l'AP-HP pouvant participer à des expérimentations dans ce domaine), de concevoir une hospitalisation qui pourrait être « partagée » entre un service très spécialisé de l'AP-HP et un autre, dans un autre établissement.

D. La qualité, comme levier de transformation

La qualité et la sécurité des soins sont une exigence pour les professionnels de l'AP-HP et une attente légitime des usagers.

L'exigence de certification, la culture de la qualité ont profondément transformé l'organisation hospitalière, imprégné les organisations, nécessité des moyens spécifiques. Sous l'égide de sa Commission médicale d'établissement (CME), l'AP-HP a mis en place une politique globale de la qualité, qui devra s'enrichir de l'implication dans le Compte Qualité de chacun des établissements de l'AP-HP, avec des auto-évaluations régulières, dans la logique de la V2014 proposée par la Haute autorité de santé (HAS).

Les cinq années du plan stratégique seront marquées par une prise en compte plus globale de la qualité dans l'ensemble des domaines, associant les patients à cette transformation. Elle comprendra :

1. [Une démarche intégrant la parole du patient](#)

Le patient détient un savoir et une expérience, lesquels aujourd'hui restent souvent inexploités par les équipes hospitalières. Si les représentants des usagers sont intégrés dans les démarches qualité, le patient en lui-même doit être identifié comme un partenaire actif de la formation, de l'optimisation des organisations, de la qualité et de la sécurité des soins et de la mise en œuvre de projets innovants. Les équipes hospitalières de l'institution s'attacheront à développer encore plus cette intégration de la parole du patient.

2. [Un traitement plus systématique des événements indésirables graves](#)

La déclaration des événements indésirables est aujourd'hui partie intégrante des missions des professionnels de santé. Si les événements indésirables graves font l'objet d'une procédure de déclaration interne et externe spécifique, il apparaît qu'ils ne font pas l'objet d'une déclaration exhaustive et, dès lors, d'une analyse pluridisciplinaire. L'AP-HP s'engage à passer d'une culture de la faute à une culture de la déclaration, donnant lieu à une analyse systématique, interprofessionnelle, car seule l'analyse systémique des événements permet de modifier les schémas organisationnels et d'éviter la répétition des erreurs.

Pour compléter la politique de gestion des risques au sein des GH, l'AP-HP expérimentera puis déploiera une démarche de « visite risques », pour disposer rapidement d'une vision partagée des risques à priori liés aux soins dans les GH.

3. [Un renforcement de la juste prescription](#)

Soutenue par les plans nationaux (plan antibiotiques, plan médicaments personnes âgées, plan cancer...), l'AP-HP renforce son engagement au plus haut niveau, tant sur les aspects structurels (mises aux normes) qu'organisationnels et managériaux dans le domaine de la juste prescription. Elle poursuivra la sensibilisation des prescripteurs à l'évolution des bonnes pratiques comme à la réflexion sur l'utilisation hors référentiels des médicaments et dispositifs médicaux stériles.

La pharmacie clinique sera promue, en favorisant le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions, une participation active à des programmes d'éducation thérapeutique et la préparation des doses à administrer. Enfin, l'action du pharmacien pour garantir la qualité de la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours patient, du domicile à l'hôpital, et de l'hôpital à la ville sera mieux reconnue.

Plus largement, cette politique qui concerne également la biologie et l'imagerie, devra anticiper l'évolution des pratiques liées à la mise en place de la prescription connectée, qui apportera un soutien supplémentaire à la prescription « au plus juste ».

4. [Une politique d'évaluation des pratiques professionnelles](#)

Depuis plus de dix ans, les sites hospitaliers ont lancé des démarches formalisées d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur des thématiques liées aux prises en charge des patients. Ainsi, début 2014, l'AP-HP disposait de plus de 1600 programmes d'EPP publiés (et donc consultables) dans la base institutionnelle AP-HP.

Cependant, l'implication des communautés varie selon les GH. La période couverte par le plan stratégique sera donc mise à profit pour développer une véritable politique de promotion de l'EPP à tous les niveaux de l'AP-HP, et étendre le déploiement de la démarche, en incitant les GH à contractualiser avec leurs pôles le nombre d'EPP actives.

5. [Un déploiement de la politique de sécurité des biens et des personnes sur tous les sites](#)

En 2013, les patients représentaient 42 % des victimes d'atteintes aux biens recensées à l'hôpital. Et si l'AP-HP a développé l'installation de coffres personnels pour les malades, seules 60 % des chambres en sont aujourd'hui équipées. L'AP-HP poursuivra l'acquisition et/ou le renouvellement de ces matériels.

Après extension à l'ensemble des départements d'Île-de-France des protocoles d'accord entre commissariats de police, parquets et AP-HP, à l'instar de celui signé le 24 février 2014 entre l'AP-HP, la Préfecture de Police de Paris et le Parquet de Paris, visant à renforcer la coopération entre les hôpitaux de l'AP-HP et les services de l'État en matière de « prévention de la violence et de traitement de la délinquance », seront établis des diagnostics de sécurité partagée pour chacun des sites. Ceux-ci permettront la définition d'un plan d'actions concret, sous la forme d'un schéma directeur de sécurité par site. Suivis sur la durée du plan stratégique, ces schémas permettront, dans le cadre d'une politique de sécurité, d'améliorer la protection des personnes et des biens des hôpitaux de l'AP-HP, au bénéfice des professionnels comme des patients.

6. Un engagement confirmé dans la responsabilité environnementale

L'engagement de nos hôpitaux, sur la base du référentiel HAS, dans le développement durable représente un enjeu majeur, en termes d'impacts sociaux, environnementaux, économiques, mais aussi compte tenu de l'attente des citoyens. L'AP-HP consolidera ses démarches de Haute Qualité Environnementale dans le domaine patrimonial et de recours aux énergies renouvelables. Les politiques de maîtrise de nos consommations énergétiques, de valorisation des déchets, d'achats écoresponsables seront renforcées.

7. L'amélioration de nos organisations

L'effort de modernisation de nos organisations implique de développer plus largement l'évaluation comparative, interne et externe, pour faire tendre les différentes unités de l'AP-HP vers celles qui atteignent les meilleures performances. Mais l'innovation viendra aussi en incitant aux programmes de recherche sur l'optimisation de l'organisation et en développant des méthodes participatives comme levier de changement des organisations, en particulier celle des plateaux techniques (blocs opératoires, chirurgie ambulatoire, imagerie, biologie), et d'amélioration des conditions de travail.

8. Un investissement collectif pour réussir les certifications

L'AP-HP affiche une ambition solide en matière de résultats de la certification par la Haute autorité de Santé. C'est la raison pour laquelle les démarches de prévention des risques et de qualité doivent être poursuivies, consolidées et affirmées dans le cadre d'une véritable politique institutionnelle. L'enjeu sera de la pérenniser, dans tous les domaines d'activité, en considérant qu'il s'agit d'une priorité pour chaque professionnel et chaque équipe.

En pratique, trois axes sont à développer :

- passer à un véritable management de la qualité, en intégrant les résultats de la certification HAS V2010 et en préparant celle de la V2014 qui débutera en 2015, en édifiant un véritable management institutionnel de la qualité et en déployant les nouvelles modalités de certification que sont les comptes qualité, les approches par processus et la méthode du patient traceur ; les équipes du siège de l'AP-HP aideront chaque GH à développer une approche à la fois systématique et pragmatique de la qualité, reposant sur une culture de l'évaluation régulière par les pairs ;
- achever les démarches d'accréditation des laboratoires engagées dans tous les GH d'ici à 2018 ;
- promouvoir les certifications de secteurs (stérilisation, biomédical, maintenance, formation, etc.).

Sur ce champ en évolution rapide, l'objectif de l'AP-HP est d'être pionnière en matière de mesure de la qualité et de certification à horizon 2019. L'objectif est aussi de pouvoir améliorer la prise en compte des spécificités justifiées des grands hôpitaux universitaires dans les critères de certification et de mesure de la qualité (par rapport à des établissements plus petits et/ou plus spécialisés).

E. L'AP-HP innovante sur les nouveaux besoins

Premier CHU français, premier producteur de publications scientifiques, en prise directe avec les évolutions épidémiologiques, médicales et scientifiques, organisationnelles, l'AP-HP, fidèle à sa

tradition, doit poursuivre son adaptation pour être toujours à la pointe de l'innovation clinique et organisationnelle.

1. [Le patient acteur de son parcours](#)

a) [Prendre notre part dans les actions de prévention et promotion de la santé](#)

La prévention est un point faible de notre système de santé. Elle est particulièrement absente à l'hôpital. Il n'est pas dans le rôle d'un CHU de se transformer en centre de prévention ; il est en revanche dans ses missions d'enseignement, de recherche et d'expertise de pouvoir faire progresser les politiques de prévention.

Il n'est pas un domaine – qu'il s'agisse de cancer, d'obésité, de santé mentale, d'addiction, de vieillissement ou d'odontologie pour ne citer que quelques exemples – duquel la dimension de prévention peut être absente. Des équipes de l'AP-HP participeront à des programmes de prévention collective, à destination des publics sensibles, en particulier les jeunes.

En outre, le volet prévention est fortement lié à celui du dépistage, domaine où les sites de l'AP-HP devront maintenir une offre étendue, aux tarifs opposables.

Une AP-HP ouverte sur son environnement et travaillant davantage en réseau sera une AP-HP plus présente sur le terrain de la prévention.

b) [Proposer des parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques](#)

La prise en charge des maladies chroniques, dont la prévalence ne cesse de croître, appelle à faire évoluer nos organisations hospitalières et nos modes de coopération avec les partenaires. L'AP-HP se démarque par son expertise comme par sa capacité à prendre en charge la polypathologie.

Pour mieux répondre aux besoins des malades, l'AP-HP adaptera ses organisations : gamme de prises en charge ambulatoires ; fonction de coordination ; équipe mobile pour les hospitalisations hors du service de la spécialité concernée ; proposition d'un parcours de soins personnalisé avec des objectifs et des conduites à tenir partagés ; développement de projets spécifiques de coopération renforcée entre la ville et l'hôpital sous forme de partenariats médicaux.

L'implication du patient est essentielle à sa prise en charge et sera facilitée : outils auto-administrés, actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP), etc.

c) [Donner un nouvel élan à l'éducation thérapeutique](#)

Entre 2010 et 2014, par une politique volontariste, l'AP-HP est devenue l'un des plus gros opérateurs d'éducation thérapeutique (ETP) de France.

Avec l'expertise et l'expérience de terrain acquise par les acteurs de l'AP-HP, l'institution souhaite donner un nouvel élan à cette politique, en consolidant son offre et en informant les partenaires publics et associatifs pour rendre celle-ci plus accessible. L'AP-HP souhaite promouvoir la participation des patients et la présence des associations de patients dans les services où se conçoit et s'exerce l'éducation thérapeutique, et accompagner les initiatives des services qui co-construisent des programmes avec les patients et associations ; elle souhaite aussi s'appuyer sur l'évaluation quadriennale pour pouvoir, au besoin, réorienter ou améliorer ces programmes au bénéfice des patients des équipes, et plus largement de l'institution ; elle souhaite également associer les acteurs de ville pour permettre le développement d'une offre au plus près du domicile des patients. Elle cherchera à mieux utiliser les outils numériques et à favoriser l'émergence de projets pilotes

intégrant internet et les nouveaux moyens de communication. Elle augmentera et diversifiera son offre de formation institutionnelle pour les personnels, et poursuivra l'organisation de journées annuelles pour développer un partage d'expériences. Enfin, il apparaît important d'intégrer la dimension éthique dans l'approche ETP, et d'évaluer la valeur ajoutée de tels programmes, au plan de la qualité comme en termes de rapport coût / efficacité.

d) Prendre en compte les vulnérabilités

L'AP-HP est consciente de sa responsabilité et de son rôle social auprès des usagers qu'elle accueille. Elle doit garantir une qualité de prise en charge pour tous, en améliorant ses pratiques de soins et d'accompagnement dans une approche adaptée aux populations les plus vulnérables. Afin de garantir un accompagnement social tout au long du parcours des patients en ayant besoin, l'AP-HP définira les conditions de recours le plus précoce possible à son service social. Elle associera le patient et ses aidants à la construction et au suivi du projet, en collaboration avec les acteurs de ville référents du patient. Pour mieux comprendre les besoins et attentes des usagers, l'institution structurera la mise à disposition de dispositifs spécifiques (interprétariat, médiation-pair et professionnel, etc.).

L'AP-HP renforcera les dispositifs existants, notamment les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), en les inscrivant totalement dans l'ensemble de l'offre de soins, et assurera une large diffusion de ces dispositifs, afin qu'ils soient mieux connus des associations, des structures partenaires et des usagers.

Au cours des prochaines années, l'AP-HP établira des coopérations avec des acteurs du champ social et médico-social, afin de faire venir sur les sites des compétences jusque-là absentes, qui participeront à mieux prendre en charge les personnes vulnérables, en inscrivant leur parcours santé dans leur projet de vie. Ces professionnels du social et du médico-social pourront aussi former, par un transfert de compétences, les professionnels de l'institution aux spécificités de l'accompagnement et de la prise en charge de ces populations fragiles.

2. Adapter notre offre de soins pour décliner le Plan cancer 3

L'AP-HP prend en charge chaque année plus de 50 000 patients atteints de cancers, soit 40% de la file active d'Île-de-France. Le Plan cancer 3 est une incitation à affirmer le rôle essentiel de l'AP-HP en cancérologie, en poursuivant la restructuration engagée de labellisation des centres intégrés et centres experts en oncologie, par une amélioration de leur lisibilité, et en renforçant par ailleurs l'axe recherche – innovation.

L'AP-HP a présenté le 5 mai 2014 sa déclinaison du Plan cancer 3. Elle se propose de créer une fédération des centres intégrés et experts actuels au sein de grands centres (de type «*Comprehensive Cancer Centers*» ou *Clusters*), disposant d'activités et de moyens comparables, avec une répartition géographique et territoriale équilibrée. Ces grands centres disposeront d'une capacité de réactivité, de responsabilité et d'organisation des soins.

Elle se propose aussi de créer un label « Cancer AP-HP », répondant aux exigences du Plan cancer 3 en termes de qualité des soins et de filières. Cette labellisation se traduira par la mise en place d'engagements précis et concrets concernant les soins, la recherche et l'enseignement. Ils engageront l'AP-HP et seront évaluables sur des indicateurs et des objectifs préétablis dans une charte qualité spécifique.

Ces engagements intégreront la participation de l'AP-HP à la prévention et au dépistage, en adhérant aux campagnes de prévention mais aussi en créant des centres d'identification et de prévention du risque de cancer au sein des clusters. Il s'agira aussi d'engager les équipes à une prise en charge accélérée dès le diagnostic de cancer (rendez-vous en moins de sept jours en cas de présomption de cancer pour limiter les pertes de chances), et à la construction d'un parcours patient global et personnalisé, construit avec lui jusqu'à l'après-cancer.

L'AP-HP assurera son rôle d'animateur territorial et renforcera ses relations avec les autres structures de soins du territoire. La lutte contre les inégalités et la relation avec la ville seront déclinées dans chacune des mesures développées par l'AP-HP. Des pages dédiées sur le site internet de l'AP-HP concourront à l'amélioration de la visibilité, de la lisibilité et par conséquent de l'attractivité de l'AP-HP en cancérologie.

L'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques, grâce au développement croissant des techniques de séquençage à haut débit des génomes constitutionnel et tumoral et à l'importance de la recherche clinique et translationnelle, sera élargi au bénéfice des patients.

Pour incarner la nouvelle phase de la démocratie sanitaire, les usagers seront impliqués au sein de la gouvernance de chaque *cluster*.

L'AP-HP étudiera l'opportunité d'étendre ce modèle à la prise en charge de l'ensemble des maladies chroniques.

3. S'organiser pour adapter l'offre de soins aux évolutions épidémiologiques et démographiques

Si toutes les spécialités cliniques et médico-techniques vont devoir s'adapter – et le projet médical de l'institution l'expose de manière raisonnée –, certaines évolutions apparaissent particulièrement stratégiques et complexes et sont présentées ci-dessous.

a) Eviter et contenir les épidémies de bactéries multirésistantes (BMR) et hautement résistantes émergentes (BHRe)

La résistance des bactéries aux antibiotiques prend une place de plus en plus grande en France, et plus encore dans les pays voisins. L'AP-HP s'engage à maîtriser l'utilisation des antibiotiques, et à lutter efficacement contre les infections nosocomiales et contre la transmission croisée des bactéries résistantes. Les hôpitaux s'appuieront sur les référents en anti-infectieux et les équipes opérationnelles d'hygiène présents dans chaque site, ainsi que sur les correspondants en hygiène des services cliniques. L'AP-HP s'efforcera de moderniser ses secteurs d'hospitalisation en développant les chambres individuelles.

L'AP-HP renforcera son rôle de référence au niveau régional et national dans la prévention des épidémies à BHRe et dans la prise en charge des patients porteurs. Elle poursuivra sa dynamique de recherche dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.

b) Rendre plus lisible notre offre en périnatalité

Au cours des plans stratégiques précédents, le secteur de la périnatalité a concentré un grand nombre d'opérations architecturales, permettant de moderniser les conditions d'accueil et de prise en charge. Aujourd'hui, les enjeux évoluent : si l'AP-HP est reconnue pour ses prises en charge complexes, elle se doit de faire largement connaître son offre de soins dans toute sa diversité, de

continuer à la rendre plus accessible, en particulier en poursuivant la dynamique engagée à l'aide du bureau central des inscriptions en maternité.

L'AP-HP se doit aussi de mieux structurer le parcours de soins des patientes, notamment celles ayant des grossesses à bas risque, représentant la majorité des femmes, en construisant des circuits spécifiques pour les grossesses physiologiques. L'insertion de nos maternités dans leurs territoires et leur dynamisme dans l'animation des réseaux de périnatalité seront poursuivis et généralisés, parce qu'ils permettent de prendre en charge les femmes en coordination avec les autres acteurs. C'est notamment par ce biais que les patientes en situation de précarité ont une prise en charge sécurisée.

Comme pour les autres programmes visant à accompagner le retour à domicile (PRADO) lancés par l'assurance maladie, les maternités de l'AP-HP participent au déploiement de celui sur la sortie accompagnée.

Pour la mise en œuvre de ces objectifs, l'AP-HP s'attachera à conforter, en concertation avec les gynécologues-obstétriciens, le rôle des sages-femmes. Elle entend être exemplaire pour assurer la reconnaissance de l'apport de cette profession au service public hospitalier, anticipant autant que faire se peut sur les textes nationaux.

Enfin, l'AP-HP s'attachera à renouveler les conventions avec les départements de Paris et de la petite couronne, pour permettre une meilleure organisation des activités de PMI réalisées par les maternités de l'AP-HP au profit des populations des territoires.

c) Adapter notre offre de soins en pédiatrie

Compte tenu de la démographie médicale en pédiatrie générale et spécialisée, et des besoins insatisfaits sur la région, en particulier dans le nord et l'est, et en grande couronne, la pédiatrie dans son ensemble fera l'objet d'une réflexion organisationnelle, en construisant des parcours de soins, en particulier sur les maladies chroniques, telles que la drépanocytose, l'asthme, les troubles de l'apprentissage.

Pour asseoir l'offre de soins en pédiatrie générale sur l'ensemble de la région, l'AP-HP expérimentera la création de postes médicaux partagés, avec les centres hospitaliers, voire avec les centres de santé.

De même, avec l'ARS, elle travaillera à redéfinir les conditions architecturales et organisationnelles des unités de soins continus (USC), permettant d'adapter les contraintes réglementaires pour permettre de mieux répondre aux besoins de la région lors des épidémies hivernales.

d) Réorganiser nos structures de soins de suite et réadaptation (SSR) pour s'adapter aux nouveaux besoins

La réduction des capacités d'hospitalisation complète en MCO nécessite une simplification d'accès aux structures d'aval, en redimensionnant ses capacités et en redéfinissant les parcours. Quatre cents lits de SSR sont aujourd'hui disponibles à l'AP-HP, mais pas dans les disciplines et les territoires qui en ont le plus besoin. Pour les réorganiser, plusieurs leviers pourront être activés : adapter les capacités de SSR aux besoins de SSR spécialisés pour les patients MCO non gériatriques, notamment en neurologie pour les patients lourdement handicapés (sclérose en plaque, blessés médullaires), en pneumologie, cardiologie, orthopédie, obésité, etc. ; spécialiser en partie les SSR gériatriques (en orthopédie ou en oncologie par exemple).

Concernant l'organisation, l'utilisation du logiciel *Trajectoire*, portail inter-régional d'orientation des patients en SSR sera systématisée afin d'améliorer le circuit des admissions vers ces unités.

Parallèlement, l'AP-HP s'engage à promouvoir, auprès des tutelles, la création et le financement de structures type soins de longue durée (SLD) non gériatriques, permettant de développer l'aval de l'aval pour diminuer la durée de séjour en SSR et améliorer la prise en charge au long cours des patients le nécessitant.

e) [Adapter la prise en charge des personnes âgées](#)

Le plan stratégique 2010-2014 mettait au rang de ses priorités la prise en charge des personnes âgées et avait, en autres, fixé pour objectifs la labellisation de filières gériatriques complètes dans chaque GH et le développement d'unités cognitivo-comportementales (UCC) et d'unités d'hébergement renforcé (UHR) pour améliorer la prise en charge des patients atteints de démence profonde (maladie d'Alzheimer et apparentées).

Le plan stratégique 2015-2019 poursuivra la mise en œuvre du plan SLD de l'AP-HP par l'humanisation des sites, une nouvelle répartition des lits SLD sur la région permettant la prise en charge des personnes âgées au plus près de chez elles. A ce titre, l'extension de l'hôpital Sainte-Périne sera réalisée, et les autres projets d'humanisation prévus au CPOM (Paul-Brousse et Emile-Roux) seront préparés pour mise en œuvre sur le plan stratégique suivant. Enfin, les spécificités de la prise en charge de la personne âgée devront être intégrées dans toutes les disciplines, au-delà des unités gériatriques. Par ailleurs, le désengagement de l'AP-HP sur les unités d'hospitalisation pour les personnes âgées dépendantes (UHPAD), déjà planifié, est confirmé.

Une expérimentation PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), prévue à l'article 48 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2013 et visant à promouvoir un parcours de santé répondant aux besoins des personnes âgées, a été lancée en 2012 sur le nord-est parisien (9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements). En fonction de l'évaluation du bénéfice de cette expérimentation pour les patients, les partenaires du réseau et l'institution, l'AP-HP envisagera, en lien avec l'ARS, d'élargir le dispositif à l'ensemble de la région.

Ces cinq prochaines années permettront aussi d'installer et de développer le gérontopôle d'Île-de-France, Gérodon'IF. Ce pôle régional fédératif de promotion de l'excellence, construit avec les autres acteurs de la région, a pour but de développer la recherche et l'innovation ainsi que leur valorisation industrielle et la formation. Il concerne tous les domaines ayant trait à la santé et à l'accompagnement des personnes âgées, à la prévention des conséquences du vieillissement et au maintien de l'autonomie.

f) [Structurer et valoriser notre expertise sur le handicap](#)

L'AP-HP a un long passé de qualité de prise en charge du handicap, à tous ses stades. Au-delà de nos services et sites franciliens spécialisés dans le handicap et le polyhandicap, l'institution dispose de trois centres héliomarins spécialisés.

La stratégie en matière de prise en charge du handicap sera plurielle :

- rendre plus lisible l'offre diversifiée au sein des différents sites,
- valoriser les expertises AP-HP en matière d'innovation et de prise en charge du handicap, par la poursuite des journées d'études nationales ouvertes sur l'extérieur (exemple : journée « innovation handicap » à compter de 2016) ;

- améliorer l'accueil et la prise en charge des patients handicapés, par l'augmentation du nombre de professionnels formés à la communication avec les handicapés, par la diffusion d'outils pour patients en situation de handicap et enfin, par l'amélioration de l'accessibilité de nos services pour la prise en charge en santé des personnes handicapées.

Enfin, au cours des prochaines années, pourront être développés, au sein d'une plateforme du handicap, fédérant les ressources en recherche et innovation, un centre de recommandations de bonnes pratiques ainsi qu'un centre d'essais et de préconisations des aides techniques du handicap neurologique.

g) Consolider l'AP-HP comme acteur important de l'offre de soins en psychiatrie

Acteur de la psychiatrie francilienne et nationale, l'AP-HP est sur ce segment trop peu connue dans la qualité de ses prises en charge. L'objectif stratégique est ainsi de renforcer et valoriser la lisibilité et la reconnaissance des activités propres à l'AP-HP : centres d'expertise, activités de recours, synergie avec les expertises somatiques, activités universitaires de recherche et d'enseignement, accueil et prise en charge des urgences. Sur ce dernier point, l'AP-HP créera des centres renforcés, au sein de six SAU volontaires, disposant de lits post-urgence dédiés qui permettront une observation, une stabilisation puis une réorientation du patient dans les 72 heures.

Compte tenu de la réorganisation régionale de la psychiatrie, une formalisation des relations avec les établissements hors AP-HP, notamment la communauté hospitalière de territoire (CHT) 75, sera proposée à travers une convention cadre, tant sur la prise en charge dans les SAU que sur le principe d'un partenariat sur des thèmes de formation et de recherche.

Pour renforcer la coordination entre l'ensemble des acteurs (sanitaires, psycho-sociaux et médico-sociaux) et promouvoir les filières et les parcours de soins, un parcours de soins pourra être expérimenté sur un ou des territoires, en lien avec les partenaires, y compris associatifs.

En outre, il faudra conforter les réponses en matière d'offre de soins pédopsychiatriques de l'AP-HP en Île-de-France, en particulier dans le domaine de la prise en charge en urgence des jeunes adolescents.

h) Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires

L'AP-HP dispose de centres bucco-dentaires implantés sur six sites, situés à Paris et en banlieue, dépendant de deux universités (Paris 5 et Paris 7). Certains dysfonctionnements ont été mis en avant dans l'organisation de ces centres, dont le rôle est pourtant essentiel en termes de santé publique.

Le plan odontologie en cours de finalisation, en lien avec les facultés, agira tant sur le nombre de structures hospitalières (fusion des sites de Mondor et Chenevier à Mondor, par exemple), que sur l'offre de soins à destination des populations sensibles (patients handicapés, précaires, enfants, personnes âgées, séquelles de radiothérapie des patients atteints de cancer), en envisageant la mise en place d'unités mobiles et de consultations de dépistage systématique.

Enfin, le développement d'outils de pilotage, comprenant des indicateurs d'activité et d'efficience, permettra de mettre en valeur cette activité.

Axe 2 – Faire de l’AP-HP un acteur des révolutions médicales et numériques, partenaire des universités

L’AP-HP a le privilège de compter en son sein un nombre particulièrement élevé de médecins-chercheurs et enseignants de premier plan, et de collaborer avec tous les organismes de recherche, et notamment l’INSERM et AVIESAN, et les universités intervenant dans le domaine de la santé, en Île-de-France mais également au-delà.

Elle a ainsi le devoir de contribuer à la définition des axes de recherche de demain, de valoriser au mieux la ressource allouée à la recherche et de promouvoir l’innovation à tous les niveaux. Le plan stratégique 2015-2019 est également l’occasion de conforter la vocation hospitalo-universitaire de l’institution, en tenant compte des évolutions récentes de gouvernance à l’Université.

A. Améliorer l’utilisation des moyens dédiés à la recherche

1. Affirmer nos priorités de recherche

a) Poursuivre la structuration de la recherche à l’AP-HP autour des instituts hospitalo-universitaires (IHU) et des départements hospitalo-universitaires (DHU)

Les pôles d’excellence apparaissent fondamentaux dans l’organisation de la recherche biomédicale et en santé, au sein du périmètre hospitalo-universitaire d’Île-de-France. L’AP-HP envisage d’orienter prioritairement les moyens consacrés à la recherche vers ces pôles d’excellence, ce qui suppose qu’ils couvrent effectivement le périmètre de la recherche à l’AP-HP et qu’ils démontrent dans la durée leur efficacité. Cela passe aussi par le maillage en réseau de l’ensemble des structures de l’institution autour des IHU et DHU.

Les trois IHU, les seize DHU labellisés en Île-de-France ainsi que le Pôle hospitalo-universitaire en cancérologie PACRI (*Paris alliance of cancer research institutes*) constituent des pôles d’excellence, donnant une visibilité forte à des axes thématiques de recherche (notamment en matière de recherche translationnelle) qu’il convient de conforter au sein du périmètre hospitalo-universitaire francilien.

S’agissant des IHU, l’AP-HP doit pleinement jouer son rôle de membre fondateur, qui lui donne des droits et des devoirs. Elle doit éviter une coupure entre l’activité de l’IHU et sa propre activité, ou des stratégies dissociées.

Depuis 2010, des appels à projets annuels sont communiqués par la DGOS pour des financements propres à des recherches en soins infirmiers et paramédicaux, permettant d’améliorer les connaissances sur des questions importantes pour les soins ou les pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux. Un programme hospitalier de recherche en soins infirmiers et paramédicales soutient cet effort de recherche dans toutes les dimensions du soin, tant en ce qui concerne les pratiques professionnelles que leur organisation dans les établissements de santé, y compris au domicile des patients. La notion de « soins » est comprise dans une acception large, dépassant les soins à visée curative pour intégrer la prévention primaire et secondaire, la rééducation, la

réadaptation ainsi que les soins à visée palliative. À ce titre, la recherche gagnera en perspective à inclure toutes les dimensions du soin, et notamment le savoir du patient issu de son expérience.

Enfin, l'AP-HP soutiendra fortement les projets de recherche dans le domaine des sciences humaines et sociales.

b) [Installer un institut médico-économique d'économie de la santé pour appuyer nos décisions](#)

L'innovation médicale et la pratique de soins de haute technicité sont des éléments essentiels à un très grand CHU. Mais pour pouvoir s'adapter, maintenir ces atouts, être compétitifs parmi les plus grands acteurs de santé mondiaux, il faut aussi être actif sur deux terrains complémentaires : le management et l'organisation, d'une part ; l'économie de la santé, d'autre part. L'AP-HP fait de ces deux sujets une priorité de son plan stratégique en les intégrant dans l'ensemble de ses dimensions de soins, de recherche et de formation.

L'Hôtel-Dieu pourra ainsi accueillir un grand centre fédératif de recherche et de formation sur les enjeux publics de la santé, ce qu'on appelle parfois la « dimension médico-économique » des activités hospitalo-universitaires.

À cet effet, il faudra fédérer différentes disciplines comme l'économie, l'épidémiologie, le management, la santé publique, la science des données, les sciences sociales, etc. Ce grand centre aura vocation à nourrir la recherche universitaire française dans ces domaines mais également à lier leurs travaux à la prise de décision pour encourager l'innovation technique et organisationnelle dans les systèmes de santé, à l'image de la recherche translationnelle (qui rapproche la paillasse de laboratoire du lit du malade).

Ainsi, la création d'une structure à l'interface entre hôpital, innovation et économie tournée sur la valeur de l'innovation, est une première pierre de ce projet.

Elle aura vocation à faire de la recherche économique sur des thématiques hospitalières comme les parcours entre ville, hôpital et médico-social ou les inégalités d'information dans les systèmes de soins tout en apportant une aide à la décision hospitalière, par exemple sur le calcul socio-économique des investissements ou l'évaluation des politiques publiques dans le secteur de la santé.

L'AP-HP pourra associer ses partenaires, du champ sanitaire comme du champ médico-social, aux recherches menées sur des innovations organisationnelles de prise en charge des patients.

c) [Développer les outils de traitement de l'information et structurer les mégadonnées \(« big data »\)](#)

L'avancement fulgurant des techniques et le développement de nos systèmes d'informations nous imposent de revoir nos approches pour « prendre la main » sur les données : cela vaut aussi bien pour leur collecte, leur stockage, leur traitement que pour leur utilisation, alors que la masse constituée par ces données explose (données qui existent déjà comme les données issues du PMSI, du système ORBIS, de nos biobanques, données actuellement éparses qui pourront être rassemblées au sein « d'entrepôts de données »).

Mieux corrélér entre elles les données hospitalières (cliniques, biologiques, administratives, etc.) en exploitant nos bases de données permet potentiellement :

- d'ouvrir un champ d'opportunités pour la recherche (par exemple en découvrant ou en vérifiant de nouvelles indications médicamenteuses) ;

- d'évaluer la pertinence diagnostique et/ou thérapeutique (marqueurs théranostiques) des nouveaux biomarqueurs développés ;
- de donner des chances supplémentaires au patient grâce à un soin personnalisé (par exemple avec l'orientation précoce du diagnostic ou l'optimisation du type ou du dosage des traitements) ;
- de simplifier le quotidien des professionnels en réduisant le temps dévolu à la saisie (par exemple en allant vers un codage automatisé de données à partir de compte rendus médicaux).

Par ailleurs, de manière très encadrée et réglementaire, cette activité devrait pouvoir donner lieu à des ressources nouvelles à travers la valorisation externe de certaines bio-banques de données.

De multiples initiatives sont déjà à l'œuvre dans certains hôpitaux : il s'agit désormais de les organiser au niveau de l'AP-HP et de fédérer les forces vives intéressées par ces thématiques pour faire un état des besoins et pour proposer des projets innovants, en partenariat avec les universités et établissements en pointe dans ce domaine. L'AP-HP devra également utiliser pleinement les politiques volontaristes du gouvernement français et de la Commission européenne.

Dans toutes ses démarches, l'AP-HP sera très vigilante sur les enjeux légaux et éthiques liées à ces sujets, à mettre en regard avec le risque de perte de chances pour les patients si elle ne s'investissait pas dans cette voie.

Cette « révolution technologique » devra prendre en compte l'impact des nouveaux métiers. L'AP-HP devra ainsi développer de nouvelles compétences comme celles de bio-informaticien et de bio-statisticien, ou s'associer à d'autres pour en disposer.

2. Clarifier le cadre de nos relations avec les partenaires industriels

L'AP-HP n'a pas aujourd'hui de cadre systématique dans la relation à des partenaires privés, qu'il s'agisse de la valorisation des données – qui peuvent parfois être appropriées par des industriels, sans intéressement pour l'AP-HP –, des produits innovants, ou des projets de financement conditionnés à la réussite clinique d'une thérapeutique.

Il est proposé d'expérimenter des contrats-cadres de partenariat avec les industriels, notamment avec ceux du médicament et des dispositifs médicaux les plus importants. Les enjeux du partage équitable de la valeur générée ainsi que la notion de partage des risques devront être au cœur des logiques juridiques à explorer. Ces contrats pourraient ainsi définir, de manière transparente et évaluable, les thématiques scientifiques de collaboration, les modalités de partenariat en recherche clinique et en recherche et développement, les modalités de valorisation de données et matériels, le financement des projets. Un bilan annuel serait établi de ces collaborations.

Pour stimuler ces collaborations, il convient que l'AP-HP augmente son attractivité en réduisant les lourdeurs administratives pour les partenaires mais également en leur proposant une cartographie lisible des compétences, expertises et ressources disponibles en interne.

En particulier, le développement de partenariats industriels avec l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP (AGEPS) sera accentué pour renforcer le transfert industriel de produits de l'AGEPS.

L'AP-HP devra aussi s'efforcer d'offrir aux petites et moyennes entreprises, acteurs indispensables de l'écosystème d'innovation et de valorisation, les moyens d'accéder plus aisément aux ressources et à l'expertise de l'AP-HP.

Enfin, il est également indispensable de promouvoir la « signature AP-HP » dans tous les projets de recherche qui associent ses équipes, afin de valoriser l'attractivité de ses projets de recherche au plan international : ceci doit devenir une condition systématique de participation, avec les partenaires publics comme privés.

3. [Simplifier les procédures et optimiser les sources externes de financement de la recherche](#)

L'AP-HP s'engage dans une démarche de simplification de son organisation et des circuits de décision à tous les échelons de l'institution, et élargira cette dynamique positive simplificatrice dans ses relations avec les équipes investigatrices.

Si le financement de la recherche sur fonds publics nécessite des garde-fous, la direction générale de l'AP-HP s'engage à aider les équipes de chercheurs dans l'accomplissement de ces démarches.

a) [Améliorer l'agilité de l'AP-HP dans l'utilisation et le redéploiement de la ressource](#)

L'organisation des structures de pilotage de la recherche clinique, constituées par le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) et les unités de recherche clinique (URC), ne peut être confortée qu'à condition de mieux répondre aux demandes des chercheurs à l'aide de quatre leviers : accélérer la mise en œuvre des projets de recherche et améliorer leur gestion administrative ; renforcer la communication et les actions pédagogiques à destination des cliniciens investigateurs concernant le rôle du DRCD ; achever le processus de certification ISO 9001 du DRCD ; clarifier et faciliter l'utilisation des fonds issus de partenaires privés, dans un cadre transparent (faciliter la gestion de ces crédits au sein de l'AP-HP, en assouplissant les modalités d'utilisation de ces crédits, notamment ceux faisant l'objet d'une gestion en recettes affectées).

Ainsi, alors que les perspectives offertes par le programme européen « Horizon 2020 » et le lancement du 8^{ème} programme cadre de recherche et de développement (PCRD) fin 2013 permettent de tabler sur un financement croissant de la recherche en santé sur fonds européens, il apparaît indispensable de professionnaliser l'instruction de ces dossiers réputés particulièrement lourds. Au sein du DCRD, l'AP-HP met ainsi en place un « guichet unique Europe » permettant une aide au montage et à la gestion des projets, en lien avec les plateformes nationales concernées par le développement des projets européens (à l'image de la plateforme F-CRIN – *French clinical research infrastructure network*).

L'aide au montage de projets passera par l'avance de fonds d'amorçage, remboursables sur les crédits obtenus, conformément aux règles européennes.

Enfin, le redéploiement des moyens alloués à la recherche doit être plus rapide. La clôture des projets incluant insuffisamment de patients doit être plus systématique, de manière à retrouver des marges de manœuvre.

b) [Créer ou intégrer une fondation hospitalière pour la recherche](#)

Pour soutenir la recherche, dans un contexte de raréfaction des financements, il sera créé une fondation AP-HP pour la recherche, articulée avec la fondation pour la recherche lancée par la Fédération hospitalière de France (FHF), utile pour poursuivre les projets, en particulier sur la phase de démarrage. Lancée dès la première année du plan stratégique, avec un large plan de communication grand public, elle pourrait financer jusqu'à 10 % de la recherche en 2019. Elle

s'appuiera sur un réseau thématique qui permettra de capitaliser sur l'expérience développée par certains GH.

B. Renforcer nos relations à l'université

1. Organiser la stratégie hospitalière au sein des territoires universitaires

Pour faire coïncider les stratégies hospitalières et les stratégies universitaires, il apparaît important de s'organiser de manière plus systématique avec les facultés, et renouveler ainsi nos modes de gouvernance, pour compléter la vice-présidence du directoire confiée au président de la conférence des doyens d'Île de France. Il est proposé d'organiser deux fois par an une rencontre hospitalo-universitaire, permettant une réflexion collective avec toutes les facultés et la définition d'objectifs hospitalo-universitaires communs. La représentation de l'AP-HP au sein des conseils de gestion des UFR sera également rendue plus homogène.

Les nouveaux ensembles confédératifs permettent de simplifier le paysage universitaire en Île-de-France, aujourd'hui trop fragmenté. Ces ensembles (PRES devenus COMUE, Collégium) constituent par ailleurs des masses critiques avec lesquelles l'AP-HP doit pouvoir définir des axes de coopération (négociation des conventions hospitalo-universitaires) et des orientations de recherche. Pour poursuivre le travail engagé avec les universités dans le cadre des pôles de recherche et d'enseignement supérieur, et mieux structurer le territoire d'Île-de-France, l'institution mettra en place des conventions d'objectifs stratégiques avec les communautés.

Au sein des territoires hospitalo-universitaires définis sur la région, des services hospitaliers hors AP-HP pourraient être labellisés, afin de les associer aux programmes de recherche et de formation. Conjointement avec les communautés d'université, l'institution formera des professionnels de santé aux besoins du territoire en s'attachant par la suite à garder un lien avec eux, tout au long de la vie professionnelle, quels que soient leur mode et leur lieu d'exercice.

2. Participer activement aux trois campus hospitalo-universitaires du Grand Paris

Le projet du Grand Paris a pour objectif d'aménager la région capitale. Il est possible, pour l'AP-HP ainsi que ses partenaires universitaires et de recherche, d'annoncer la création de trois campus hospitalo-universitaires du Grand Paris. Cette stratégie délibérément ouverte sur l'extra-muros, fruit de la réflexion de ces dernières années, est un atout considérable pour l'AP-HP vis-à-vis des pouvoirs publics.

- Le projet Campus Mondor souhaite capitaliser sur l'arrivée de la future gare de la ligne 15 pour accroître l'attractivité de l'hôpital Mondor en tant que plateforme intégrée de soins, d'enseignement et de recherche ;
- Le projet Campus Sciences et Santé, pilier du contrat de développement territorial de la Vallée scientifique de la Bièvre, et qui regroupe Gustave Roussy-Cancer Campus, le GH Paris Sud et l'université Paris-Sud, s'appuie également sur l'arrivée de deux gares à proximité de Gustave Roussy et de Paul Brousse d'une part, et au sein de Bicêtre d'autre part, pour accroître l'attractivité des sites hospitaliers et créer un campus universitaire à forte visibilité autour du cancer, de la santé publique et de l'innovation thérapeutique ;

- Le projet du nouvel Hôpital Nord consiste à construire un nouvel hôpital, regroupant les hôpitaux Bichat et Beaujon et adossé à un campus d'enseignement et de recherche.

Enfin, l'AP-HP concentrera l'enseignement sur le site de Rothschild, en y regroupant le dispositif de formation continue et certaines écoles, et en y créant un centre informatique.

3. [Dynamiser la formation initiale et continue pour maintenir une formation de haut niveau](#)

Face à l'augmentation du *numerus clausus* des études médicales, l'institution va devoir s'investir dans les domaines de la formation par simulation, le développement de terrains de stage et l'accueil pour optimiser l'acquisition, le maintien, le développement et la valorisation des compétences.

Pour s'adapter à l'évolution des prises en charge et à la multiplicité des métiers, l'institution construira des parcours qualifiants intégrant, dès la formation initiale, des ouvertures sur les nouveaux métiers.

Enfin, l'universitarisation des professions de santé paramédicales se poursuivra dans le cadre du LMD (licence, master, doctorat), avec la création de masters spécifiques. L'AP-HP s'attachera à favoriser l'interdisciplinarité et à développer de nouvelles technologies de l'enseignement. Elle élaborera des partenariats avec l'Éducation nationale pour les filières post-bac.

C. Soutenir l'innovation

1. [Accompagner et structurer le développement de la médecine personnalisée](#)

Le concept de médecine personnalisée, déjà ancien, devrait probablement connaître des évolutions consécutives de la révolution technologique en cours, notamment dans le domaine de la génétique. Ce concept correspond à l'un des quatre « P » de la médecine de demain : prédictive, préventive, personnalisée et participative, même si la médecine personnalisée est présente dans ces quatre notions. Elle sous-tend la notion de thérapeutique adaptée au patient.

Cette évolution va s'appuyer tout particulièrement sur les plateformes de biologie de l'AP-HP, qui représentent 20% de l'activité des plateformes labellisées en France notamment pour caractériser les cancers. Cependant, il conviendra d'opérer rapidement le passage d'une activité artisanale à une activité industrielle, et donc de structurer l'activité. Des réflexions sont à mener sur la création de centres lourds dédiés, regroupant les activités de séquençage, ou sur la dissémination de l'activité dans tous les GH permise par la réduction rapide du coût des technologies, ou encore sur des alliances avec des partenaires privés qui se sont massivement investis dans le séquençage haut débit. Le développement accéléré des techniques à haut débit a un coût et une telle masse de données qu'il nécessite un mode de gestion adapté.

De même le développement de la médecine personnalisée va entraîner le développement de traitements ciblés.

L'AP-HP devra démontrer enfin ses compétences en matière de gestion des problématiques éthiques liées au développement des nouvelles technologies : le séquençage d'un génome amène à détecter des maladies inattendues, affectant le patient et dont sa famille peut également être porteuse. Le développement de la médecine personnalisée devra conduire à généraliser les réunions multidisciplinaires visant à identifier les patients pour lesquels un séquençage est indiqué. Cette

nouvelle approche doit conduire à la mise en place de conseils génétiques destinés à obtenir le consentement éclairé des patients et à favoriser leur compréhension, quant à l'incidence de découvertes fortuites, pour eux-mêmes et leur famille. L'institution devra être porteuse de la poursuite de la réflexion éthique, en développant la sensibilisation des personnels à ces questions.

2. [Encourager l'innovation en biologie](#)

L'AP-HP poursuivra son appui au développement de la recherche translationnelle, qui permet au malade de bénéficier plus rapidement des progrès médicaux en créant une passerelle directe et bidirectionnelle entre recherche fondamentale et recherche clinique. Ce développement, qui concourt notamment à l'avènement de la médecine de demain (médecine prédictive, médecine personnalisée), concerne tout particulièrement les laboratoires de biologie.

Le soutien à la recherche translationnelle au sein des pôles de biologie devra :

- permettre une meilleure valorisation de nos innovations (brevets), notamment dans des domaines où la concurrence des laboratoires privés est en pleine expansion (exemple des tests diagnostiques relatifs à des prédispositions génétiques), de façon à protéger et à valoriser l'intelligence scientifique exceptionnelle, souvent collective, présente dans les travaux de nos chercheurs ;
- conduire à une meilleure traçabilité des activités de recherche et d'innovation réalisées aujourd'hui au sein des laboratoires ;
- prendre en compte l'impact, sur nos structures et sur notre équilibre financier, des modifications attendues liées à la refonte ministérielle du référentiel hors nomenclature.

3. [Soutenir les initiatives innovantes permettant la création d'entreprises](#)

L'AP-HP se situe désormais en tête des CHU européens pour la protection et la valorisation des innovations. La dynamique de création d'entreprises innovantes dans le domaine de la santé, manifestée par la signature d'accords de partenariats avec les incubateurs et pépinières parisiennes, peut être soutenue : en effet, réunir les expertises académiques et industrielles est désormais une nécessité pour les porteurs de projets créateurs en prise à des problématiques entrepreneuriales.

De même, à l'image de ce qui se passe dans d'autres régions, une initiative « FABLAB », laboratoire d'innovation publique, devra être élaborée, permettant de rendre possible l'invention en ouvrant à toute personne l'accès à des outils de fabrication numérique.

Enfin, et plus largement, l'institution encouragera les innovations dans tous les domaines auprès des équipes soignantes, pour promouvoir par exemple des applications téléphones portables (WAPS) et les valoriser par l'intermédiaire d'un concours annuel médiatisé.

4. [Participer à la mise en place d'une plateforme SI multi-territoriale en île de France](#)

Au cours du prochain plan stratégique, l'AP-HP accompagnera et soutiendra l'expérimentation des Hôpitaux Universitaires Paris-Sud, retenus par l'ARS pour la région Île-de-France, à la suite de l'appel d'offres du programme national « Territoires de soins numériques ». L'objectif est de permettre, sur le plan organisationnel, des parcours de soins entre les professionnels de santé du territoire en numérisant les processus de coopération et, sur le plan technologique, de faciliter le partage

d'informations et l'interprétation automatique de données patient (domotique, dispositifs communicants).

Cette expérimentation constitue le premier pas vers la mise en place d'une véritable plate-forme territoriale sur le territoire francilien au développement duquel l'AP-HP participe, pour rendre effectifs puis efficaces les parcours de soins ouverts sur la ville.

5. [Adopter une stratégie en matière d'équipement innovant](#)

L'innovation en matière biomédicale est importante et constante, et l'AP-HP ne peut prendre de retard, sans risquer de perdre en bénéfice pour le patient et en attractivité, pour ces derniers comme pour les personnels médicaux. Pour autant, l'AP-HP doit être moteur dans la phase d'évaluation des innovations, comme par exemple celle des robots. Cette évaluation devra être systématisée, permettant ainsi de construire un positionnement clair de l'institution.

Axe 3 - Améliorer la performance sociale et managériale

La performance sociale et managériale, que l'on peut définir simplement comme la qualité de la prise en compte du facteur humain dans la performance globale de l'établissement, constitue une orientation stratégique forte, qui doit trouver des effets concrets dans l'amélioration des conditions d'exercice professionnel des personnels. L'AP-HP s'appuiera sur l'encadrement médical, paramédical, administratif, logistique et technique pour mobiliser autour d'un projet commun, accompagner les évolutions internes et, in fine, améliorer la performance de l'AP-HP au service des patients.

L'ambition de l'AP-HP est en particulier de faire vivre un véritable projet managérial et social pour praticiens (médecins, pharmaciens, odontologues et maïeuticiens), prenant en compte les spécificités et les attentes des praticiens, et déclinable au sein des GH. L'ambition sera aussi, par le développement de l'offre de formation, de renforcer la professionnalisation en management des chefs de pôle et des responsables de structures, pour améliorer l'information et le dialogue, la participation des équipes à la définition du projet de service et des organisations ; cette ambition permettra ainsi d'améliorer les conditions de travail et, plus largement la reconnaissance au travail, des praticiens.

A. Promouvoir un management par la confiance

Un management par la confiance est probablement une des clés de la performance sociale et organisationnelle et une condition pour favoriser le bien-être au travail et prévenir la maltraitance.

1. Améliorer le dialogue social

Comme annoncé dès décembre 2013, l'AP-HP définit un nouveau cadre général du dialogue social qui sera décliné au niveau local (formation-information, concertation et négociation) par la négociation d'un accord-cadre sur le dialogue social. Donner plus de vitalité au dialogue social constitue une orientation forte du plan stratégique. Sans un dialogue social de qualité, il ne peut y avoir de vision partagée des changements ou adaptations nécessaires de l'offre de soins.

Avant de se traduire par des outils et des méthodes, le dialogue social est avant tout un état d'esprit qui implique de bâtir des relations de confiance et de respect mutuel.

Le dialogue social, les activités syndicales et de représentation du personnel, constituent des composantes essentielles de la vie de l'hôpital, participant de son fonctionnement normal et de sa responsabilité sociale. Le dialogue devrait constituer un levier de transformation en profondeur des relations sociales.

Un dispositif d'appui au dialogue social (ADS) sera mis en place et pourra être mobilisé afin de permettre aux acteurs concernés de renouer le fil du dialogue social lorsque cela s'avèrera nécessaire.

2. [Redonner du sens à la fonction managériale, pour favoriser l'attractivité et les parcours](#)

L'AP-HP affichera ses valeurs managériales à travers une charte institutionnelle du management, laquelle contribuera à rendre lisible les schémas d'organisation de l'encadrement. Pour la décliner, des accompagnements et des missions d'appui type atelier de co-développement, coaching individuel et d'équipe seront largement proposées à l'encadrement, y compris médical.

L'encadrement de proximité devra bénéficier d'une formation initiale et continue qui lui permette de développer les compétences nécessaires pour faire face aux évolutions des organisations. Les périmètres d'activité et les responsabilités confiés devront être clarifiés dans la déclinaison des chartes d'encadrement. L'accès à la fonction de cadre, qui peut donner lieu à une période de « faisant-fonction », devra faire l'objet d'une contractualisation afin de ne pas pérenniser des discordances entre le grade et la structure de l'emploi.

Par ailleurs, à partir des évolutions démographiques et des besoins définis par les schémas d'organisation, une politique de communication, interne et externe, et de détection des praticiens investis dans la vie hospitalière permettra de mieux répondre aux besoins de l'institution. ~~L'accès à la fonction de cadre, qui peut donner lieu à une période de « faisant-fonction », devra faire l'objet d'une contractualisation afin de ne pas pérenniser des discordances entre le grade et la structure de l'emploi.~~

Pour permettre une bonne adaptation aux nouveaux enjeux, une attention particulière sera portée à la gestion des carrières et des mobilités, et à l'intégration des nouveaux arrivants. L'AP-HP s'engage à déployer une démarche d'accueil pour tous les nouveaux professionnels mais aussi pour les nouveaux médecins, intégrant des rencontres régulières avec le responsable de la structure médicale, voire le chef de pôle, afin d'être informé des projets du service et du pôle, mais aussi plus largement du GH et de l'Institution.

La mise en œuvre de ces objectifs sera favorisée par la mise en place d'une plateforme ressources, permettant de mutualiser les compétences managériales et d'échanger sur les pratiques. Il facilitera la structuration de réseaux (conseillers en organisation, conseillers en prévention des risques professionnels, etc.).

3. [Rechercher une meilleure régulation entre le siège et les directions des GH](#)

Un management par la confiance implique aussi de repenser notre gouvernance. À cet égard, une réflexion sera engagée afin d'améliorer la régulation des relations entre le siège et les GH, et au sein de chaque structure locale. Elle conduira à mettre l'accent sur la nécessité de développer des outils de pilotage performants au niveau central en soutien d'une éventuelle déconcentration de certaines fonctions, en vue de les rapprocher du terrain à l'échelon le plus pertinent de l'organisation. Le management des pôles fera partie intégrante de cette réflexion.

B. [Accompagner et sécuriser les parcours professionnels](#)

1. [S'inscrire dans une démarche « Projet professionnel »](#)

Les entretiens annuels d'évaluation et de formation – qui doivent d'abord être généralisés – sont, pour tous, le moment privilégié pour favoriser l'émergence des projets professionnels et permettre aux agents de s'engager dans un parcours de développement professionnel.

Conformément aux dispositions du décret relatif à la formation tout au long de la vie, les entretiens carrière seront mis en place, afin de donner plus de lisibilité aux projets et aux parcours. Une attention particulière sera portée aux métiers affectés par l'allongement de la carrière et dont la pénibilité est reconnue.

Au-delà des formations d'adaptation à l'emploi, l'AP-HP doit, en s'inspirant des dispositions prévues dans le code du travail pour les salariés du secteur privé, favoriser la progression d'au moins un niveau de qualification au cours de la vie professionnelle. Ce droit à la qualification concernera notamment les professionnels de catégorie C.

2. Faire de la formation un outil d'évolution professionnelle

Par la formation, l'AP-HP entend accompagner les professionnels dans l'adaptation à l'évolution de leur métier, l'enrichissement de leurs compétences et dans leur évolution de carrière. En lien avec les directions fonctionnelles et les GH, la direction des ressources humaines (DRH) arrêtera les grands axes de formation destinés à accompagner la mise en œuvre du Plan Stratégique.

Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC : pour les professions de santé, dispositif alliant la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles participant à l'amélioration de la qualité du service rendu au patient), l'AP-HP s'organise de façon à ce que tous les professionnels de santé puissent respecter leurs obligations. Parallèlement, l'AP-HP se positionnera comme fournisseur de programmes de DPC pour les professionnels de santé salariés et libéraux, construits en associant leurs représentants pour mieux correspondre aux besoins.

Afin de décliner le plan stratégique, les centres de formation organiseront les dispositifs d'adaptation à l'emploi et aux nouveaux métiers que requièrent les besoins de l'AP-HP, et interviendront pour accompagner les agents dans leur souhait d'évolution de carrière. L'AP-HP poursuivra la formation au management et au pilotage des exécutifs de pôle. Elle construira une politique de promotion interne afin d'accompagner les professionnels dans leur souhait de mobilité verticale ou horizontale et de développement d'une expertise. A titre d'illustration, une formation d'accompagnement des professionnels reçus en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) sera mise en place pour leur permettre d'aborder avec succès les enseignements dispensés.

3. Accompagner l'émergence des nouveaux métiers

Compte tenu du virage ambulatoire, de la volonté de l'institution de promouvoir les parcours patient, de l'importance de collecter, stocker et traiter les données des différents types d'activités de soins, mais aussi de l'évolution naturelle des compétences attendues, l'AP-HP accompagnera la formation des professionnels aux nouveaux métiers de planification/programmation, de coordination, de régulation, et de logistique qui en découleront (à titre d'exemple, ingénieur en imagerie médicale, manipulateur en électroradiologie médicale PACS (*picture archiving and communication system*), ingénieur biostatisticien, ingénieur bio maintenance, pilote GMAO (gestion de la maintenance assistée par ordinateur), technicien en transport pneumatique, IDE clinicienne spécialisée, IDE de coordination et de liaison, gestionnaire de séjour, coordinatrice de parcours patient, etc.).

4. [Repositionner les professionnels soignants sur leur cœur de métier](#)

Pour rendre l'activité de soins toujours plus humaine, et permettre au personnel soignant d'optimiser le temps auprès du patient, un travail de révision des processus de travail sera organisé dans les unités de soins. Ce travail s'appuiera sur l'expérimentation, puis la généralisation après évaluation, de nouveaux métiers spécialisés sur la gestion des lits et des séjours, la coordination des parcours des patients, l'organisation logistique, permettant ainsi de recentrer les soignants sur le soin. Cette dynamique sera aussi permise par la simplification et la dématérialisation des procédures, qui permettra également de recentrer l'encadrement soignant sur ses missions de proximité et de management des soins.

L'évolution des pratiques de soins et des technologies médicales (télémédecine, plateaux techniques interventionnels) ont par ailleurs un impact majeur sur l'évolution des compétences métier : ainsi, les compétences métier traditionnelles soignantes devront s'enrichir de compétences complémentaires, liées aux évolutions technologiques, à l'évolution des modes de communication et à la gestion de l'information.

5. [Promouvoir les coopérations entre professionnels](#)

Les coopérations entre les professionnels de santé permettent une prise en charge directe par un personnel paramédical de certains actes ou certaines affections chroniques dans le cadre d'un parcours de soins prédéfini, et ainsi permettent à chaque professionnel de se centrer sur des activités où leur plus-value est la plus grande et apporte une meilleure adaptation aux besoins des malades.

Dans un contexte de simplification du cadre juridique, l'AP-HP continuera à promouvoir les coopérations entre professionnels de santé pour des thématiques transversales ou par spécialité, en accompagnant les équipes médicales et soignantes sur le terrain et en proposant des journées de sensibilisation et des formations spécifiques.

6. [Mettre en place une cellule de gestion des talents](#)

L'AP-HP, promoteur de talents, mettra en place une cellule pour détecter, valoriser et encourager les talents dans un parcours professionnel diversifié, à partir de la généralisation de l'entretien annuel. Cette cellule sera destinée aux cadres soignants, administratifs et techniques, qui pourront bénéficier, en complément de revues annuelles des cadres, d'outils spécifiques de détection. Elle pourra concerner des médecins investis dans la vie hospitalière au plan clinique, au niveau de l'enseignement ou dans les organisations collectives. Il leur sera proposé des parcours carrière, intégrant notamment des mobilités à l'intérieur et à l'extérieur de l'AP-HP, afin d'éviter à terme leur départ de l'institution.

7. [Guider les mobilités et sécuriser les parcours professionnels](#)

L'AP-HP devra poursuivre l'accompagnement des évolutions institutionnelles et des projets individuels avec pour objectif de garantir l'employabilité tout au long de la vie.

A l'instar de la formation des techniciens d'information médicale (TIM) organisée en interne pour reconverter et professionnaliser des personnels à ces nouvelles fonctions, l'AP-HP devra développer des formations qualifiantes, garantes du développement professionnel et répondant à l'émergence

de besoins nouveaux : gestionnaire de lit, gestionnaire de risques, gestionnaire de parcours patient, coordonnateur de bloc, etc.

La réflexion spécifique engagée sur la biologie sera poursuivie, en fonction des évolutions organisationnelles retenues et des nouvelles qualifications attendues.

8. [Accompagner les personnels dans la seconde partie de carrière](#)

Les réformes successives des régimes de retraites entraînent un allongement de la vie professionnelle. Il devient donc important pour l'institution de s'adapter, de faire évoluer certains profils de postes ou d'affecter les professionnels sur de nouvelles fonctions et de sensibiliser l'ensemble des professionnels sur ces évolutions.

L'AP-HP souhaite entreprendre une démarche de fond sur la seconde partie de carrière, en concertation avec les référents RH des GH, les services de santé au travail et les organisations syndicales : les axes de travail aborderont les sujets des compétences acquises, des perspectives d'emploi et du contenu possible des postes, des besoins en formation et de la prévention des risques professionnels. Plus largement, la gestion des fins de carrière devra intégrer la valorisation des expertises, le transfert de compétences et la recherche de postes adaptés. L'institution lancera parallèlement une réflexion concertée sur les conditions d'exercice des médecins en fin de carrière.

C. [Améliorer la santé et la qualité de vie au travail](#)

1. [Renforcer le service de santé au travail](#)

La démographie médicale défavorable dans ce secteur a tendu les conditions de réalisation des missions des services de santé au travail, même si l'AP-HP a d'une part développé la pluridisciplinarité des équipes et favorisé dernièrement le recrutement de médecins.

Lors du prochain plan stratégique, l'AP-HP poursuivra son effort de recrutement des médecins du travail et de diversification des équipes, veillera à améliorer les conditions de suivi de la santé au travail des personnels médicaux (y compris des internes et des universitaires), à développer le volet prévention, en particulier des risques psycho-sociaux des professionnels, y compris médicaux.

La santé au travail des professionnels du plus grand CHU doit pouvoir bénéficier des recherches et études universitaires dans le domaine. En ce sens, elle pourra accueillir, si l'université le propose, un PUPH de médecine du travail.

2. [Réduire la pénibilité au travail](#)

La dynamique de modernisation de l'AP-HP se doit d'intégrer dans chacun des projets, la mise en œuvre de facteurs favorables aux conditions d'exercice de ses professionnels. Cette approche globale doit tout autant concerner la gestion du temps de travail des personnels médicaux et non médicaux dans les unités, avec l'objectif de stabiliser les plannings et assurer la prévisibilité des congés, que la qualité de l'aménagement des lieux de travail, la prise en compte de l'axe sécurité et prévention dans le choix des équipements de travail et de leur maintenance, mais aussi la mise en œuvre d'organisations de travail propres à favoriser la santé et la qualité de vie au travail. Une attention particulière sera faite à la réduction de la pénibilité des postes de travail postés, en particulier au bloc

opératoire, comme une attention sera portée aux conditions de garde (chambre, repas) pour les professionnels assurant la permanence des soins.

3. [Prévenir les risques psychosociaux](#)

La démarche de prévention des risques psychosociaux sera poursuivie en priorisant les actions visant la prévention dans l'unité de travail avec l'ensemble des professionnels, médicaux et non médicaux.

L'institution s'engage à veiller à assurer, dans la mise en œuvre de ses projets, une information régulière des équipes, à organiser le dialogue et la concertation et à accompagner l'ensemble des professionnels concernés par ces évolutions.

Au-delà du rôle des équipes de santé au travail, l'AP-HP incitera tant les CHSCT que les commissions de vie hospitalière (CVH) à se saisir de cette thématique. À ce titre, elle incitera chaque GH à veiller au bon fonctionnement des CVH locales.

4. [Privilégier les démarches participatives autour de la qualité de vie au travail](#)

À la suite du bilan positif de l'expérimentation du projet prioritaire « conditions de travail », et conformément aux recommandations de la HAS, l'AP-HP s'attachera à mettre en œuvre des espaces de discussions collectives, médicales et non médicales, autour du travail, visant à la recherche de solutions organisationnelles concrètes d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins.

Les restitutions issues des espaces de dialogue peuvent fournir à l'encadrement des éléments de réflexion sur d'une part, d'éventuelles évolutions de l'organisation du travail tournée vers une meilleure prise en charge des patients et d'autre part, sur le rôle et les moyens des équipes médico-soignantes. Ces espaces de discussion ne doivent pas faire obstacle aux attributions des institutions représentatives du personnel ni au pouvoir hiérarchique de l'encadrement.

L'AP-HP travaillera à la prévention des conflits au sein des structures internes, en construisant, avec la CME pour le corps médical, des dispositifs structurés et validés.

5. [Intensifier l'effort de reclassement en cas d'inaptitude](#)

Sur les sites hospitaliers, nombreux sont les personnels faisant l'objet d'une restriction d'aptitude, impliquant une limitation importante de leur métier (ex : suppression du port de charges pour les soignants), rendant leur exercice professionnel compliqué. L'institution s'investira dans ce domaine des limitations d'aptitude, par une meilleure coordination des médecins du travail avec les directions des ressources humaines.

L'AP-HP renforcera sa politique visant au maintien dans l'emploi de ses professionnels sur la base de l'adaptation des postes de travail et l'organisation de formations qualifiantes, intégrant les nouveaux métiers. Parallèlement, l'AP-HP développera des formations qualifiantes pour adapter ses ressources humaines en réduisant globalement les inaptitudes : ainsi, des formations de gestionnaire de lits, gestionnaire de risques, gestionnaire de parcours patient, coordinateur des blocs pourraient être organisés tout au long des 5 prochaines années.

Pour les personnels médicaux, l'AP-HP facilitera l'information des professionnels sur les possibilités de reconversion professionnelle, et développera l'accompagnement individualisé des professionnels concernés, en lien avec le Centre national de gestion (CNG).

6. [Mobiliser les acteurs de prévention](#)

La richesse de l'activité hospitalière a pour conséquence une diversité de risques professionnels qui justifie une attention soutenue. La vigilance vis-à-vis des risques émergents doit être une priorité, la modernisation doit intégrer les objectifs de sécurité et de santé au travail.

La qualité de la prévention suppose un travail pluridisciplinaire de professionnels spécialisés favorisant la mise en œuvre de démarches de prévention avec les professionnels de terrain. Pour atteindre cet objectif, le document unique d'évaluation des risques (DUER) sera actualisé régulièrement en renforçant l'implication des pôles et des services à la fois sur l'identification des risques et sur les actions de prévention à mettre en place.

7. [Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail](#)

Le baromètre interne a été conçu, dans sa version première, comme uniforme sur l'ensemble de l'institution. Il devra évoluer pour permettre de réaliser des enquêtes de satisfaction au travail, tant du personnel médical que non médical, et mesurer l'impact des plans d'actions mis en œuvre dans toutes les structures internes.

8. [Améliorer la gestion de l'absentéisme](#)

D'une manière générale, l'absentéisme, notamment l'absentéisme de courte durée, est souvent le symptôme d'une mal-être au travail. Dans cette optique, l'établissement s'attachera à en analyser les causes pour rechercher et mettre en œuvre les solutions visant à le réduire.

D. Conforter la responsabilité sociale de l'AP-HP

L'AP-HP se positionne comme un employeur de référence par une application rigoureuse du statut de la fonction publique hospitalière. L'AP-HP poursuivra sa politique de renforcement des emplois permanents occupés par des personnels stagiaires et titulaires. Pour autant, lorsque la nature des fonctions l'impose ou n'est pas susceptible d'être remplie par un corps de fonctionnaires, certains emplois –ont vocation à être sous contrat, de préférence à durée indéterminée – sachant que, ~~Cependant,~~ les emplois de missions et ceux liés à des crédits non pérennes ont vocation à être occupés par des personnels sous contrats à durée déterminée.

1. [L'AP-HP, employeur exemplaire](#)

L'AP-HP, premier employeur hospitalier, premier employeur d'Île-de-France, possède un devoir d'exemplarité pour assurer sa responsabilité sociale : L'AP-HP se doit non seulement d'assurer à ses agents une application au statut de la fonction publique hospitalière mais aussi d'être vigilante sur les politiques d'accès à l'emploi de personnes en situation de handicap, sur la lutte contre les discriminations. L'AP-HP se doit également de veiller à des règles internes, simples et connues de tous, sur l'obligation de consacrer l'intégralité de son activité à son employeur, sauf exceptions justifiées et accordées.

Enfin, l'institution s'attachera à vérifier que ses prestataires de service aient le même engagement qu'elle à l'égard de leurs salariés.

a) La gestion de l'emploi des personnels contractuels de remplacement

Selon les textes de la fonction publique hospitalière, le recours aux personnels contractuels de remplacement a vocation à assurer le remplacement de personnels stagiaires et titulaires absents de leur poste de travail. L'AP-HP s'engage à limiter le recours aux personnels contractuels de remplacement à ces seuls motifs et l'AP-HP s'attachera, à l'avenir, à prévenir la reconstitution de situations de précarité.

b) Mettre en œuvre de manière concertée le dispositif de résorption de l'emploi précaire

L'AP-HP se positionne comme un employeur de référence dans sa gestion des agents contractuels. À cet égard, la résorption de l'emploi précaire constituera bien une orientation stratégique.

c) L'insertion des jeunes par l'apprentissage, les contrats aidés et le service civique

L'AP-HP s'engage dans le développement de l'apprentissage pour faciliter l'accès à la formation et à l'emploi des jeunes. Forte de son expérience en matière d'accueil et d'encadrement des jeunes, l'AP-HP, entreprise citoyenne et socialement responsable, poursuivra son engagement en faveur de l'insertion professionnelle des jeunes et plus spécifiquement dans le cadre du dispositif des emplois d'avenir pour lequel une convention avec l'État a été signée.

2. En termes de prestations crèches et logements

Soucieuse de l'équilibre vie personnelle – vie professionnelle de ses agents, l'AP-HP a toujours veillé à développer une politique sociale forte, soit directement, comme en matière de crèches et de logements, soit en confiant les prestations à l'Association pour la gestion des œuvres sociales de personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP).

L'AP-HP s'engage à adapter sa politique sociale aux besoins et aux attentes de ses personnels (difficultés financières, familles monoparentales, etc.), à garantir l'accès aux droits sociaux de l'ensemble de ses agents, en rendant plus lisible le partenariat avec l'AGOSPAP, et en développant d'autres partenariats institutionnels (Caisses d'allocations familiales, service social départemental polyvalent, etc.). En matière de petite enfance, elle aura comme objectif de maintenir une offre de qualité : pour pouvoir offrir d'avantage de places de crèche à ses personnels, l'AP-HP devra trouver d'autres sources de financement, notamment auprès des caisses d'allocations familiales (CAF), afin de pouvoir bénéficier de subventions de fonctionnement comme la prestation de service unique (PSU).

La politique de logement des personnels de l'AP-HP comporte des logements par nécessité absolue et utilité de service en contrepartie de gardes, et des logements pour les personnels en activité dans le cadre de conventions d'occupation ou de contrats avec clause de fonction. Cette politique se donne comme objectifs principaux d'attirer et de fidéliser les personnels concernés. Elle s'adresse pour cela aux jeunes diplômés infirmiers ou paramédicaux en cours de recrutement sur des emplois sensibles et aux agents titulaires ou en contrats à durée indéterminée à titre de soutien social et professionnel. Elle repose sur un potentiel supérieur à 10 000 logements, dont la gestion est soit déconcentrée, soit concentrée.

Pour maintenir le stock de logements et les flux des attributions, il conviendra d'agir sur la gestion des logements de soutien social et professionnel, en favorisant l'attractivité de certains emplois, en améliorant la communication et l'information sur le dispositif de logement, en créant de nouveaux logements et mobilisant des budgets d'investissement, tout en maintenant le niveau des attributions.

Axe 4 : Construire un projet financièrement responsable

Assise sur un financement public, l'AP-HP, acteur majeur du service public hospitalier, est appelée à contribuer pour le redressement des comptes publics. L'enjeu est de faire de cette contrainte un atout pour poursuivre notre stratégie en termes d'activité là où les besoins sont avérés, engager les transformations organisationnelles nécessaires, investir pour préparer l'avenir et innover en termes de tarifications, de ressources et de modèles de financement.

A. Garantir le retour à l'équilibre du compte principal en 2016 et l'indépendance financière de l'AP-HP, pour préserver l'investissement

Les comptes de l'AP-HP poursuivent une trajectoire d'amélioration régulière, malgré chaque année des baisses tarifaires et la réduction des subventions publiques, preuve d'une mobilisation collective dans la recherche de l'efficacité de notre organisation. Le plan stratégique confirme l'objectif du retour à l'équilibre du compte principal en 2016 et la préservation de l'équilibre financier de l'institution.

L'équilibre de nos comptes passe par divers leviers. Le premier repose sur la croissance de l'activité en réponse aux besoins des territoires couverts ; toutefois, celle-ci n'a de sens qu'orchestrée et régulée, au vu de l'offre de soins présente dans nos territoires, tant en ville qu'en établissements d'une part ; au vu de la stratégie médicale et de la pertinence des actes d'autre part. Dans les territoires de la première couronne où les besoins sont importants et croissants, la recherche d'activité sera poursuivie en association avec les autres établissements et l'offre de ville. Les établissements du centre de Paris devront articuler leur stratégie d'activité les uns avec les autres, et ainsi tisser des coopérations permettant de privilégier l'AP-HP, au détriment des transferts à l'extérieur de l'AP-HP, que ce soit sur les activités cliniques ou médicotechniques, en programmé comme en non programmé. La stratégie d'activité sera également pensée en tenant compte de nos ambitions médicales : outre notre activité de proximité pour le voisinage de chaque site, position forte sur les activités de recours, le cancer, la pédiatrie et la chirurgie ; stratégie d'adressage ciblé pour la médecine en lien avec la médecine de ville notamment.

Cette stratégie d'activité n'a de sens que si elle s'accompagne partout d'une professionnalisation du codage des diagnostics et d'une facturation exhaustive et en temps réel de l'activité, ce qui passe par une organisation et des procédures homogènes et contrôlées. L'adaptation aux demandes réglementaires (FIDES) et l'évolution du moteur de facturation sont des priorités. Parallèlement, les moyens de paiement seront profondément modernisés et remis à niveau : paiement en ligne, dématérialisation des factures, évolution des méthodes de recouvrement seront une réalité des prochaines années.

Deuxième levier, les années 2015-2019 seront mises à profit pour faire valoir les missions de service public portées par l'AP-HP : les pertes régulières de financements sur la période du précédent plan stratégique (consécutives à l'existence de dotations historiques) n'ont pas à se poursuivre au vu des missions de service public aujourd'hui assumées par les sites hospitaliers. Il s'agira donc d'exiger la

juste rémunération de ces dernières sur quelques segments forts : recherche, maladies rares et recours, dotations relatives à la psychiatrie et au SSR, permanence des soins, précarité, prise en charge des bactéries multi-résistantes, nutrition parentérale à domicile, compensation des missions de service public assurées par l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP.

Par ailleurs, l'AP-HP poursuivra son travail de transparence dans la réallocation des dotations entre les différents sites ; en particulier, les dotations annuelles de fonctionnement (DAF) relatives au SSR et à la psychiatrie seront chaque année allouées en fonction de critères partagés avec les collégiales et la CME, afin de s'assurer que les DAF soient bien dédiées à leur destination. Elle s'engagera aussi résolument dans la préparation du passage au nouveau mode de tarification à l'activité des SSR en participant notamment à l'échelle nationale de coûts (ENC) afin d'assoir les tarifs sur des bases solides et fiables et mettre en avant l'expertise de ses activités de rééducation.

Le troisième levier de mobilisation concerne la recherche d'économies par l'adaptation de l'offre aux besoins sanitaires et l'évolution médicale, avec notamment le développement accéléré de l'ambulatoire, qui induira partiellement une diminution des lits et des surfaces. Des marges de manœuvre sur la consommation médicale (juste prescription, politique de stock), et les charges hôtelières et générales seront recherchées. Enfin, la performance achat de nos centrales d'achat internes professionnelles et reconnues, continuera à être un objectif, dans la droite ligne du programme ministériel PHARE. La massification de nos achats est d'ores et déjà un levier de gains important ; la stratégie d'allotissements, la promotion de techniques d'achat innovantes et la rationalisation dans l'exécution des marchés de l'AP-HP constituent des leviers réels d'amélioration de la performance de l'institution.

La mobilisation de ces leviers sera enfin orchestrée dans un dialogue de gestion performant et responsable avec les GH et les pôles. Le calendrier annuel de négociation sera anticipé en lien avec les évolutions nationales, le *reporting* consolidé et le suivi opposable, assurant la transparence sur les réalisations et la tenue des contrats d'activité et d'efficience.

Le retour à l'équilibre des comptes aura enfin pour corolaire le maintien de la capacité d'autofinancement de l'AP-HP et son indépendance financière. Les besoins de financement sont majeurs : ils doivent s'effectuer par la mobilisation des capacités internes de financement, la valorisation de notre patrimoine, la stabilisation de nos fonds propres et un endettement maîtrisé. Ce juste équilibre garantit l'indépendance financière de l'institution, une trésorerie quotidienne mobilisable ainsi qu'un accès garanti et à moindre coût aux marchés financiers et obligataires.

B. Accélérer la transformation de nos organisations

Les progrès en organisation, dont le projet médical et le projet de soins soulignent la nécessité, doivent être la principale source d'efficience des prochaines années. Ils doivent être étroitement liés à l'investissement de telle sorte que les investissements soient conçus avec un impératif d'amélioration et de transformation des organisations. Les gains obtenus par l'optimisation des organisations pourront être réinvestis dans l'innovation thérapeutique et le bien-être au travail des professionnels.

1. [Rechercher la taille critique pour nos activités](#)

Si le plan stratégique précédent a permis, par la création des GH, de restructurer l'offre de soins pour tendre à la suppression des doublons au sein des GH, l'AP-HP doit aujourd'hui s'engager à rechercher, au-delà du périmètre des GH, la taille critique pour les spécialités de recours et les soins critiques. À ce titre, elle définira progressivement, pour chaque spécialité, la taille appropriée, et accompagnera les restructurations qui en découleront.

La recherche de la taille critique est par ailleurs nécessaire pour préserver des activités dans un contexte de creux de la démographie médicale (anesthésie, radiologie et interventionnel vasculaire et neurologique, anatomie pathologique, etc.) que pour concentrer les compétences et les équipements de haut niveau technique et scientifique (génétique moléculaire et constitutionnelle ; transplantations).

La recherche de la taille critique peut enfin être vue sous l'angle de la spécialisation de l'offre, et l'AP-HP mènera à ce propos une réflexion sur la possible création de structures spécialisées de prise en charge, permettant, par un volume important d'activité, la définition et la mise en place de chemins cliniques et de protocoles thérapeutiques standardisés, source de qualité de soins et d'efficacité organisationnelle, et attractif pour le grand public. L'expérimentation de telles structures pourrait permettre d'en évaluer la pertinence et, au-delà, pourrait répondre à un double objectif : améliorer la qualité et combler une partie de l'écart avec les établissements privés qui, pour les grandes spécialités (chirurgie de la prothèse, diabète, thyroïde, par exemple) sont de fait organisées en « centres de maladies fréquentes ».

2. [Mutualiser les capacités d'hospitalisation](#)

À la lumière des travaux des collégiales, il apparaît que certaines disciplines médicales ont fortement converti leur prise en charge en hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour ou la consultation, diminuant fortement les besoins capacitaires en lits de certaines spécialités. L'obtention de gains d'efficacité suppose la fermeture de « groupes de lits » de taille significative : demi-unité de soins, unité de soins, étage, bâtiment, site.... La fermeture de deux tiers des lits dans une unité de 25 lits ne permet pas de réduire les moyens en personnels, alors qu'en comparaison, la fermeture d'une unité de 25 à 30 lits mobilisant deux agents par lit permet une économie de 2,5 à 3 M€.

Dès lors, la priorité est de mutualiser les capacités d'hospitalisation à une maille qui permette de concilier gains d'efficacité et maintien d'une bi ou tri-compétence des personnels soignants. Telle sera l'adaptation capacitaire du prochain plan stratégique.

3. [Faire bouger nos schémas organisationnels interventionnels](#)

Concernant les activités interventionnelles et pour privilégier le parcours du patient, il l'AP-HP cherchera à développer des « plateaux interventionnels mutualisés », regroupant au sein d'un même lieu géographique et modulaire, toutes les activités interventionnelles (chirurgie, radiologie interventionnelle, cardiologie, etc.) qui nécessitent un plateau technique, des ressources humaines spécialisées, des besoins logistiques communs et un accès à l'expertise des anesthésistes. Si ce concept pourra être mis en œuvre lors de création de structures neuves, les plateaux techniques existants devront être regroupés pour mutualiser les compétences et les investissements dans les

équipements innovants au profit d'une taille critique d'activité. Les gains induits pourront permettre, par exemple, l'acquisition d'équipements plus innovants.

4. [Poursuivre la réorganisation de la biologie à l'AP-HP](#)

La création des groupes hospitaliers et la période 2010-2014 a été l'occasion de rationaliser certains plateaux de biologie, en réorganisant l'activité au sein des GH.

Parce que le regroupement au sein des GH s'est révélé efficient économiquement et performant pour la recherche, l'objectif sera de privilégier une réorganisation de la biologie et de l'anatomo-cytopathologie dans le périmètre du GH autour de plateaux, tout en proposant des organisations mutualisées pour plusieurs GH pour certaines disciplines à démographie médicale difficile ou à volume d'activité restreint.

Le plan 2015-2019 devra donc permettre de finaliser les regroupements des laboratoires au sein des GH pour améliorer les rendus de résultats. Certains regroupements devront être préparés et envisagés en supra GH, en tenant compte des évolutions technologiques en matière de logistique, d'analytique, d'informatique et de transmissions des résultats.

Pour proposer aux patients un parcours de soins cohérent, et réaliser en interne les examens complémentaires prescrits en consultation, les GH seront incités à mettre en place un centre de prélèvements, adossé à chaque plateau de consultation de taille suffisante. Ces centres de prélèvements seront à même de développer des recettes. De même, notre investissement dans la certification des laboratoires de l'AP-HP pourra être valorisé, et permettre le développement de partenariats externes (centres de santé, établissements hospitaliers...), la mise en place de coopérations renforcées à l'échelle du territoire sera poursuivie.

Les commissions de juste prescription devraient permettre de rendre les prélèvements les plus pertinents possibles, les moins redondants et devraient ainsi en baisser les volumes. L'objectif pourra être de changer la répartition de l'activité de biologie en réduisant l'activité liée aux hospitalisations, ~~(réduction annuelle de 2% des examens par séjour)~~, en augmentant parallèlement l'activité liée aux consultations ~~(passer de 25% à 30%)~~ en lien avec la création de centre de prélèvements et en ~~doublant~~ augmentant très significativement l'activité externe, ~~(passer de 10% à 20%)~~, en facilitant la logistique (pour l'acheminement des prélèvements) et le rendu dématérialisé des résultats.

Pour atteindre cet objectif d'efficience, il pourra être expérimenté un mécanisme d'intéressement intégrant les efforts de développement d'activité des pôles de biologie et de juste prescription des pôles prescripteurs.

5. [Améliorer la logistique pharmaceutique](#)

La rationalisation et surtout l'homogénéisation du circuit de nos médicaments et dispositifs médicaux devront constituer un axe de mobilisation de notre feuille de route 2015-2019.

La sécurité dans l'administration du médicament et les chaînes de vigilances ont fait l'objet d'un important travail dans le cadre de la certification V2010. Il s'agira d'aller au-delà par la mise en œuvre d'une logistique pharmaceutique mieux intégrée (AGEPS- PUI) ainsi que l'homogénéité des procédures et méthodes, par l'intermédiaire de la prescription informatisée. Sources d'efficience et de gains logistiques, la refonte de notre logistique pharmaceutique doit également permettre l'innovation et l'amélioration de la juste prescription.

6. [Optimiser les fonctions support administratives et logistiques](#)

Le plan stratégique 2010-2014 a entamé une réflexion sur les fonctions support, en particulier administratives et logistiques, permettant une concentration et une externalisation de certains projets.

Il est nécessaire d'accélérer la réflexion pour améliorer l'organisation interne vers plus de qualité et d'efficacité : une comparaison des pratiques doit permettre un alignement progressif sur les meilleures, tout comme l'utilisation de méthodes participatives, intégrant le patient, doit permettre d'améliorer nos organisations.

De même, il pourra être utile de concentrer/mutualiser certaines fonctions support au niveau supra GH/AP-HP voire en intégrant d'autres établissements afin d'atteindre des masses critiques et faire des économies d'échelle. Il sera nécessaire de mener des études pour faire le choix de réinternaliser ou d'externaliser les fonctions support selon un bilan qualité de la prestation/coût.

C. [Une politique d'investissement remédiant aux poches de vétusté](#)

L'AP-HP a une organisation en sites héritée de l'histoire. Nos trente-sept sites ne sont plus toujours répartis en fonction des besoins de santé sur le territoire, des surfaces totales et bâtimentaires très élevées ont engendré des poches de vétusté. Le taux d'occupation des lits de médecine, chirurgie et obstétrique, actuellement au-dessous de la cible nationale de 85 %, doit être amélioré. Cela entraîne des surcoûts objectifs de fonctionnement, une moindre qualité de service pour les patients (notamment en matière hôtelière), une complexité plus grande pour s'adapter et évoluer.

1. [Reconfigurer la cartographie des sites](#)

Cela impose des reconfigurations de site dont la logique première est de pouvoir mieux répondre aux besoins des patients, à la qualité et à la sécurité des soins. Cela peut avoir des implications pour les personnels, qui peuvent être à la fois pénalisés par de mauvaises conditions de travail, si l'on maintient le statu quo, et inquiets de changements parfois vécus comme un désinvestissement du service public. Il existe par ailleurs un débat légitime sur les effets de taille et les bons équilibres à trouver, en particulier sur les maternités et les services d'urgence pour atteindre un optimum et non pas le dépasser, au détriment de la qualité et de l'organisation des soins.

Les principales transformations récentes de site ont concerné l'HEGP, puis Rothschild, Cochin, Necker et une partie de Tenon, de Bicêtre et de Pitié-Salpêtrière, lesquels ont connu les évolutions les plus notables en matière d'investissement dans les plans précédents.

L'enjeu de renforcement de sites se situe désormais davantage au nord et en première couronne. Il est donc prévu que, dans les dix prochaines années, la plus grande partie des investissements de l'AP-HP concernera le nord de Paris avec le projet « Hôpital Nord » qui concerne deux grands GH, celui de Paris-Nord-Val-de-Seine ainsi que Saint-Louis-Lariboisière. Par ailleurs, des investissements réguliers devront accompagner la restructuration de l'hôpital de Mondor.

L'autre enjeu, en matière d'investissement, est constitué par la nécessaire mise aux normes techniques des sites au sein desquels certains bâtiments peuvent être frappés d'interdiction d'exploitation, mais aussi la mise en place d'une maintenance régulière des sites plus récents pour

éviter un vieillissement accéléré qui peut risquer de conduire à une interdiction d'exploitation. Cette garantie de sécurité fera l'objet d'une organisation humaine, favorisée par le réseau des responsables sécurité incendie qui permet échange de connaissances et de compétences techniques, et financière adaptée.

Au centre de Paris, deux projets revêtent une importance particulière :

- Celui de l'Hôtel-Dieu ;
- Indirectement celui du Val-de-Grâce, établissement du service de santé des armées dont l'orientation nouvelle (si des orientations partagées sont trouvées avec le service de santé des armées et l'agence régionale de santé) aura des répercussions importantes et positives sur d'autres sites de l'AP-HP.

C'est aussi à la lumière de l'utilisation optimale des moyens pouvant conduire à une humanisation et à une mise aux normes que doit être travaillée l'évolution d'un certain nombre de sites dont :

- l'hôpital Raymond-Poincaré dont l'offre de soins est unique ;
- nos hôpitaux assurant des soins de suite et réadaptation, en articulation avec les sites limitrophes (hôpital Charles-Richet en lien avec les hôpitaux de Gonesse et d'Aulnay, l'hôpital Paul-Doumer avec le territoire picard) ;
- nos sites disposant de lits de soins de longue durée dont l'humanisation est organisée avec des financements dédiés.

2. Diminuer nos surfaces exploitées

Plus généralement, il est frappant de constater que, malgré des restructurations de sites considérées souvent comme difficiles, voire douloureuses, les surfaces de l'AP-HP n'aient pas diminué au cours des deux précédents plans stratégiques. Elles ont au contraire augmenté régulièrement. Cela conduit à plusieurs constats :

- une difficulté à réduire significativement les « poches de vétusté » ;
- des coûts de fonctionnement qui restent élevés ;
- un impact sur la qualité des soins.

L'évolution des sites pour les projets menés à bien pendant ce plan stratégique et préparés pour le suivant (2020-2024) doit privilégier une approche qui conduit à réduire les surfaces tant pour tenir compte de la diminution de la durée moyenne de séjour, l'augmentation de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, la possibilité de résorber plus rapidement les poches de vétusté et réaliser les mises aux normes et la nécessité de pouvoir dégager des marges de manœuvre pour l'innovation médicale. Cela signifie que l'AP-HP doit être vigilante sur son taux moyen d'occupation des lits, aujourd'hui sensiblement inférieur à la moyenne des CHU.

Par ailleurs, l'AP-HP développera un programme : « petits travaux, grands effets », garantissant un niveau d'investissements de petits équipements et de travaux satisfaisant, avec un suivi approfondi des niveaux de vétusté par bâtiment. Un accent sera mis, compte tenu de l'impact du virage numérique, sur la modernisation du parc informatique.

3. [Valoriser notre patrimoine](#)

Pour permettre de trouver des marges de manœuvre financières, l'institution poursuivra son programme de valorisation des surfaces, d'une part en identifiant une dizaine de surfaces au sein des GH pouvant faire l'objet d'une opération de libération, d'autre part en valorisant le patrimoine du domaine public (mise à disposition) pour permettre de développer les recettes (qu'il s'agisse de charges ou de loyers). Enfin, sera mis en place un pilotage pour limiter l'extension des surfaces à périmètre d'activité constant, sur la base du suivi annuel des surfaces disponibles uniquement dédiées aux activités hospitalières (« S.HOSP »).

4. [Améliorer la maîtrise énergétique de nos installations](#)

Afin d'accompagner les orientations de la politique énergétique nationale et d'aborder la transition énergétique avec les objectifs de réduction des consommations à l'horizon 2020 et 2050, l'AP-HP mettra progressivement en place une stratégie et une politique d'actions afin de contenir, puis de réduire, la facture énergétique, actuellement en forte hausse.

L'énergie la moins chère est celle qui n'est pas consommée. Au-delà de l'optimisation des surfaces exploitées, la mise en réseau des compétences existantes dans le domaine énergétique au sein des groupes hospitaliers permettra la convergence des bonnes pratiques d'exploitation des bâtiments et des installations techniques.

D. [L'innovation dans nos ressources](#)

L'AP-HP doit enfin constituer le creuset de l'innovation, de l'excellence et de la prise en charge et appuyer en cela les évolutions des modèles de financement nationaux ainsi que la mobilisation de financements innovants.

1. [Participer à l'évolution des modèles de financement](#)

Pour promouvoir une évolution des modèles de financement, il est important de passer par une phase d'expérimentation de nouvelles modalités de tarification : compte tenu de l'impact des maladies chroniques, il s'agira de préciser le modèle économique de prises en charge nouvelles comme les consultations longues et complexes, les « demi-HdJ », les expertises médicales à distance... De la même façon, il est important de faire émerger un (des) modèle(s) économique(s) qui assure la pérennité des activités de télémedecine. L'institut médico-économique, par la définition de modèles, sera à même d'être force de conviction des pouvoirs publics.

2. [Permettre l'assise juridique du mécénat et des fondations](#)

L'hôpital public remplit une mission forte et reconnue de tous. Les structures juridiques permettant la diversification des financements et notamment les contributions particulières ou industrielles ne sont pas aujourd'hui en place faute de bases réglementaires. L'AP-HP portera donc dans la période un projet institutionnel vis-à-vis des ministères afin d'organiser ces nouveaux leviers de financement et d'associations de particuliers et des tiers à la vie hospitalière.

3. Moderniser nos équipements en diversifiant les modalités de financement

Pour permettre à l'institution d'être toujours compétitive, acquérir des équipements innovants dans un contexte de raréfaction des ressources, l'AP-HP diversifiera ses modes de financement et développera le recours aux alternatives à l'achat, en choisissant les modalités (location, mise à disposition, etc.) les plus adaptées aux équipements potentiellement concernés, du fait de leur mode d'exploitation, de leur obsolescence rapide, de leur tarification.

Par ailleurs, l'AP-HP réduira le taux de vétusté de ses équipements, qui apparaissent, sur certains sites, comme un facteur bloquant à l'attractivité pour les équipes médicales et de l'activité.

4. Exporter notre excellence en nous développant à l'international

Les équipes de l'AP-HP ont, de longue date, mené des projets de coopération Nord/Sud, le plus souvent centrés sur la formation de médecins dans leur spécialité. Pour poursuivre cette dynamique de coopération et mieux valoriser l'ensemble des savoir-faire et le rayonnement de la médecine française, l'AP-HP développera des projets financés par les partenaires qui nous sollicitent ou par différents bailleurs de fonds, comme elle le fait pour le projet de construction d'un CHU à Constantine en Algérie. Par ailleurs, l'AP-HP poursuivra sa politique institutionnelle pour le développement de l'accueil de patients non-résidents, non assurés sociaux, dans le respect de l'égalité d'accès aux soins.

En outre, l'AP-HP poursuivra le développement de programmes de formation des professionnels de santé étrangers et de jumelages hospitaliers. Elle soutiendra des collaborations internationales, notamment dans le domaine de la santé publique et de l'économie de la santé.

Cette politique à l'international, qui implique donc des choix stratégiques, sera réalisée en relation avec la politique internationale de la France dans le domaine de la santé et de la coopération, les axes de développement de notre commerce extérieur, la construction européenne, la collaboration médicale et scientifique avec les pays émergents. Cela suppose une articulation avec les universités et les établissements publics à caractère scientifique et technologique pour ce qui concerne l'offre de formation et de recherche.

E. Repenser notre action, en la coordonnant mieux avec le comptable public

Depuis plusieurs années, l'AP-HP s'est engagée dans un partenariat constructif avec les services de la Direction spécialisée des Finances publiques (DSFP) permettant d'œuvrer à la simplification des procédures et à la mise en commun des données. Le logiciel commun NSI gestion est le témoin de ces avancées. Il s'agit aujourd'hui de poursuivre la rénovation des méthodes et des circuits, dans un souci commun de simplification et de confiance. Le plan 2015-2019 sera à ce titre l'occasion de créer un véritable « infocentre », construit en partageant les bases de données de l'ordonnateur et du comptable, permettant ainsi d'éclairer la gestion.

1. Simplifier les démarches des usagers tout en sécurisant le financement de l'AP-HP

Il s'agira d'adapter l'organisation aux besoins des patients, en décentralisant et en allégeant les procédures pour permettre le paiement simplifié des patients : expérimentation des encaissements

par bornes libre-service, regroupement des relances, paiement par internet, échanges simplifiés par mail et sms.

Il s'agira aussi d'adapter l'organisation pour accélérer et sécuriser la facturation des soins à l'Assurance maladie et aux complémentaires santé, en particulier en dématérialisant de bout en bout la chaîne de facturation et de paiement.

2. [Poursuivre l'optimisation du traitement des dépenses](#)

Il s'agira de déployer une démarche conjointe de contrôle allégé, y compris sur la paie, et de l'étendre progressivement, au regard des audits conjoints des chaînes de traitement, sur toutes les catégories de dépenses. Par ailleurs, pour les dépenses courantes, l'expérimentation de l'usage de carte d'achat par les gestionnaires, permettant souplesse à l'acte d'achat et réduction des procédures annexes, permettra de simplifier les procédures.

Annexe 1 : Objectifs qui feront l'objet d'indicateurs de suivi

A. Territoire

Développement des parcours de soins structurés

Évolution des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales, médecine de ville

B. Offre de soins

Urgences : délai de prise en charge adulte et pédiatrique et évolution du taux de transfert hors AP-HP

Chirurgie ambulatoire : taux de chirurgie ambulatoire (gestes marqueurs et autres)

C. Qualité/Gestion des risques

Satisfaction des patients : enquête annuelle I.SATIS

Infections nosocomiales : incidence des infections nosocomiales BHRé épidémiques

Déclaration et analyse des EIG : évolution des déclarations, mise en œuvre des recommandations qui en découleront

EPP : évolution et qualité des EPP actives

Certification : indicateur de résultat V2014

Délai d'envoi du CRH

D. Recherche :

Nombre de malades inclus dans les essais cliniques

Publications : évolution de points SIGAPS

Publications médico-économiques : évolution des publications

Évolution de la valorisation de la recherche

E. Performance de l'organisation

Blocs opératoires : taux d'occupation et taux d'ouverture

Taux d'occupation des lits en médecine, chirurgie et SSR

Durée moyenne de séjour : indice de performance MCO

Consultation : taux de primo-consultants reçus dans le délai de moins de 15 jours

Utilisation des équipements lourds (IRM et scanner) : évolution du nombre d'actes par par machine

HAD : évolution de l'activité

PASS : taux de récupération des droits (protection sociale de base et complémentaire)

Codage : évolution du gisement potentiel de recettes

AP-HP numérique : évolution du nombre de visites sur le site internet

Impayés : réduction du taux de créances non imputées

Surfaces : évolution des surfaces disponibles uniquement dédiées aux activités hospitalières

Coopération internationale : Nombre d'actions institutionnelles à l'international réalisées, dont nombre d'actions ayant donné lieu à une valorisation financière

F. Ressources humaines

Notation annuelles des personnels : taux d'exhaustivité au 1^{er} décembre

Logement social et professionnel : attributions annuelles, hors attributions domaine public

Absentéisme : évolution du taux global hors maternité et du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire

Conditions de travail : proportion d'agents en horaire dérogatoire de 12 heures

Promotion professionnelle : évolution du nombre d'agents dans le dispositif

Apprentissage : nombre d'agents dans le dispositif

Attractivité : évolution du taux départs hors AP-HP des métiers en tension (IDE, IADE, IBODE, Cadre de santé, Masseur Kinésithérapeute) et des médecins

Encadrement : évolution de la résorption des faisant-fonction

Handicap : taux de travailleurs handicapés

Annexe 2 : Liste des contributions institutionnelles

Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France

Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint-Georges

Centre hospitalier intercommunal de Créteil

Centre hospitalier du Sud-Francilien

Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France

Conférence des directeurs généraux de CHU

Délégation Île-de-France de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Délégation Île-de-France de la Fédération hospitalière de France (FHF)

Délégation Île-de-France de l'Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (URHIOPS)

Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Mission interministérielle d'éducation et de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

Syndicat MG-France section Paris

Annexe 3 : Liste des auditions institutionnelles

Claude EVIN, directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF)

Guillaume WASMER, délégué Île-de-France de la Fédération hospitalière de France (FHF)

Sophie LANDRÉ, chargée de mission auprès du délégué Île-de-France de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Maryse LEPÉE, présidente, et Bruno COSTES, directeur, de l'Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (URHIOPS) Île-de-France

Dr Richard LOPEZ, président de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS)

Emmanuel d'ABOVILLE, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

Bruno de la SOUDIERE, président régional de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)