

# **Rapport de synthèse**

## **Bilan 2010-2012 du plan stratégique de l'AP-HP**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION : POURQUOI UN BILAN ?</b> .....	<b>1</b>
<b>1. UNE GOUVERNANCE RENOVEE A TRAVERS LA CONSTITUTION DE DOUZE GROUPES HOSPITALIERS</b> .....	<b>3</b>
1.1. L'optimisation et la mutualisation des moyens.....	3
1.2. La déconcentration de gestion.....	5
1.3. La territorialisation de l'offre de soins à l'AP-HP.....	5
1.4. La formation d'un « écosystème GH ».....	6
1.5. Perspectives 2013-2014 .....	7
<b>2. UNE MODERNISATION CONTINUE DE L'OFFRE DE SOINS, A TRAVERS LES RESTRUCTURATIONS MEDICALES, L'AMELIORATION DES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE, LA POURSUITE DES DEMARCHES QUALITE ET LE SERVICE AU PATIENT</b> .....	<b>9</b>
2.1. De nombreuses réorganisations médicales au service d'une meilleure lisibilité et graduation de l'offre de soins.....	9
2.1.1. <i>La mise en place d'une offre graduée de soins</i> .....	9
2.1.2. <i>Les transferts de services cliniques</i> .....	11
2.1.3. <i>Perspectives 2013-2014</i> .....	13
2.2. L'optimisation des organisations et des modes de prise en charge : une priorité, des premiers résultats tangibles, et des efforts à poursuivre.....	14
2.2.1. <i>La dynamique créée depuis 2010</i> .....	15
2.2.2. <i>Perspectives 2013-2014</i> .....	17
2.3. L'informatisation des organisations de soins et le développement du système d'information patient .....	18
2.3.1. <i>Le Système d'information clinique (SIC) et sa trajectoire</i> .....	18
2.3.2. <i>Le système de gestion des laboratoires</i> .....	18
2.3.3. <i>Les images radiologiques (PACS, picture archiving and communicating system)</i> .....	18
2.3.4. <i>Perspectives 2013-2014</i> .....	19
2.4. Qualité et sécurité des soins : un défi persistant malgré des résultats satisfaisants .....	20
2.4.1. <i>Une performance globale satisfaisante en matière de qualité et de sécurité des soins</i> .....	20
2.4.2. <i>Les actions conduites depuis 2010</i> .....	22
2.4.3. <i>Perspectives 2013-2014</i> .....	23
2.5. Le développement du service aux patients et de l'écoute des usagers.....	24
2.5.1. <i>Les projets prioritaires relatifs à l'accessibilité des consultations et l'amélioration de la sortie des patients</i> .....	24
2.5.2. <i>Une écoute et une représentation plus importantes des patients</i> .....	25
2.5.3. <i>Perspectives 2013-2014</i> .....	26

<b>3. UNE INCONTESTABLE DYNAMIQUE EN MATIERE DE RECHERCHE MEDICALE .....</b>	<b>27</b>
3.1. Conforter l'excellence de l'AP-HP dans le domaine de la recherche médicale .....	27
3.2. La recherche d'une convergence plus forte des stratégies en matière d'offre de soins et de recherche .....	28
3.3. Le développement de la recherche paramédicale.....	29
3.4. Perspectives 2013-2014 .....	30
<b>4. UNE POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES VISANT A ACCROITRE L'ATTRACTIVITE DE L'INSTITUTION ET A ACCOMPAGNER SES REORGANISATIONS .....</b>	<b>31</b>
4.1. Politique relative au personnel non médical.....	31
4.2. Politique relative au personnel médical.....	32
4.3. Perspectives 2013-2014 .....	33
<b>5. UN NET REDRESSEMENT DE LA SITUATION FINANCIERE DE L'AP-HP.....</b>	<b>35</b>
5.1. Un cycle d'exploitation consolidé.....	35
5.1.1. <i>Une évolution favorable du résultat d'exploitation.....</i>	<i>35</i>
5.1.2. <i>Divers leviers ont été activés afin d'améliorer la performance de l'AP-HP, tant en recettes qu'en dépenses .....</i>	<i>36</i>
5.2. Une politique d'investissement ciblée sur la modernisation de l'offre de soins et la mise en sécurité du parc immobilier de l'AP-HP.....	38
5.3. Perspectives 2013-2014 .....	38

## Introduction : Pourquoi un bilan ?

**En septembre 2010, l'AP-HP adoptait son plan stratégique pour la période courant jusqu'en 2014.** Ce rite quinquennal, qui scande le rythme des réformes de l'institution et mobilise une grande partie de la communauté hospitalière dans le cadre de longs travaux préparatoires, adoptait une démarche faite à la fois de continuité et de rupture.

La **continuité** se manifestait essentiellement à travers les thématiques de santé publique identifiées comme prioritaires (cancer, gériatrie), la reprise de projets prévus mais non réalisés dans le cadre des précédents plans stratégiques (Nouvel Hôtel Dieu, par exemple), ou encore la poursuite de projets dont le temps de maturation s'étend sur plusieurs plans stratégiques (modernisation des systèmes d'information, valorisation de la propriété intellectuelle et des partenariats industriels).

Les **éléments de rupture** étaient également nombreux. En premier lieu, plusieurs réformes de la gouvernance hospitalière et universitaire avaient été adoptées, telles que la loi « hôpital, patients, sécurité, territoires », la mise en place des agences régionales de santé, ou encore l'autonomie des universités : l'AP-HP devait en tirer les conséquences sur son fonctionnement interne comme dans ses relations avec les tutelles et les partenaires de recherche. Parallèlement à ces mouvements de réorganisation impulsés de l'extérieur, le plan 2010-2014 engageait une refonte profonde de la gouvernance à travers la constitution de 12 groupes hospitaliers (GH) et la disparition des groupes hospitalo-universitaires (GHU) issus du précédent plan stratégique. En outre, il structurait l'offre hospitalière dans le sens d'une meilleure graduation des soins et d'une concentration plus forte des moyens dans un nombre limité de centres lourds, ce qui supposait la conduite d'opérations ambitieuses de restructurations. Enfin, la recherche permanente de l'efficacité irriguait l'ensemble de la stratégie de l'AP-HP, comme en témoignent la création d'une « mission Efficacité » pendant la phase préparatoire au plan stratégique, puis la déclinaison de ce dernier en « projets prioritaires » consacrés à l'optimisation des organisations et des modes de prise en charge.

### Encadré 1 : Les « projets prioritaires » de l'AP-HP

La déclinaison du plan stratégique 2010-2014 a engagé une dynamique nouvelle en sélectionnant une dizaine de projets prioritaires répondant à trois enjeux étroitement liés les uns à l'autre :

- **améliorer le parcours de soins** : aval des urgences, gestion des séjours, hospitalisation à domicile, filière gériatrique ;
- **optimiser les capacités et les modes de prise en charge** : organisation des blocs opératoires, organisation de la chirurgie ambulatoire, centre d'hémodialyse, utilisation des équipements lourds ;
- **améliorer le service aux patients** : accessibilité des consultations, amélioration de la sortie ; optimiser les ressources financières : amélioration du codage et de la facturation, libération de surfaces.

L'objectif vise à élever l'ensemble des établissements au niveau des meilleurs standards :

- en ciblant les projets en fonction des marges de progression identifiées ;
- en réduisant l'hétérogénéité entre GH/ sites.

**Plus de 70 chantiers pilotes ont été lancés** dans l'ensemble des groupes hospitaliers depuis 2011 (année des expérimentations) et 2012 (année des déploiements). L'année 2013 sera consacrée à la transformation des organisations à l'échelle de l'AP.

En résumé, le plan stratégique s'inscrivait - pour l'essentiel- dans la continuité des précédents exercices en ce qui concerne les thématiques prioritaires. En revanche, il se voulait très innovant sur l'architecture générale de l'AP-HP et sur ses organisations.

**A mi-parcours de la mise en œuvre du plan 2010-2014, il apparaît souhaitable d'apprécier le chemin parcouru par l'AP-HP au regard des objectifs qu'elle s'est fixée.**

Le principe est double :

- dépasser le suivi du plan stratégique dans le cadre du rapport annuel d'activité, afin de dresser un bilan pluriannuel des réalisations de l'AP-HP ;
- évoquer, à l'occasion de ce point d'étape, les principales perspectives pour les deux dernières années du plan stratégique.

**L'exercice a cherché à éviter, autant que faire se peut, l'écueil du « bilan-liste ».** Il aurait certes été tentant d'égrener, au fil des pages, l'ensemble des actions menées par l'AP-HP depuis trois ans. Il en aurait résulté un document volumineux, source facile de satisfaction pour ceux qui jugent l'efficacité d'une institution à l'aune de la « masse » des actions entreprises plutôt qu'à l'aune de leur qualité. Le bilan a retenu une approche plus sélective, privilégiant l'éclairage des principales réalisations ou évolutions intervenues sur la période 2010-2012, qui sont les plus susceptibles de refléter les défis auxquels est confrontée l'AP-HP.

**Ce bilan ne peut pas tout.** S'il recense les actions et les résultats de l'AP-HP depuis 2010, et les analyse lorsque le recul le permet, il n'en fait pas nécessairement l'évaluation médico-économique : une telle entreprise nécessiterait, en toute rigueur, un arsenal méthodologique beaucoup plus lourd. Par conséquent, le bilan permet de juger *l'effectivité* des actions engagées ou abouties, plutôt que leur *impact* sur l'efficacité de l'AP-HP et plus globalement sur la santé de la population.

Les principales conclusions de ce bilan sont développées, selon un schéma de présentation assez classique, dans les cinq chapitres du présent rapport :

- le premier chapitre est consacré aux évolutions de la **gouvernance** de l'AP-HP, et en particulier à la mise en place des groupes hospitaliers ;
- le second chapitre traite des évolutions en matière **d'offre de soins**, qui sont essentiellement appréhendées sous l'angle des restructurations médicales, mais aussi des filières et des parcours de soins, enfin de l'optimisation des organisations et des modes de prise en charge et du service aux usagers ;
- la troisième partie dresse le bilan de la **politique scientifique** de l'AP-HP (enseignement, recherche) ;
- les deux derniers volets présentent les actions menées dans la gestion des hommes (politique des ressources humaines, partie 4) et des moyens (stratégie patrimoniale et financière, partie 5).

## 1. Une gouvernance rénovée à travers la constitution de douze groupes hospitaliers

La **réorganisation de l'AP-HP en 12 groupes hospitaliers (GH) constitue la pierre angulaire du plan stratégique**, et la principale réforme de gouvernance qui n'est pas issue de la loi HPST. Elle a été complétée par la création d'une fédération du polyhandicap, structure plus souple et informelle que le GH, regroupant quatre hôpitaux de soins de suite et de réadaptation -Berck, Hendaye, la Roche-Guyon, San Salvadour- dans l'objectif de coordonner et d'améliorer l'offre de soins relative au polyhandicap aggravé.

La présente partie traite exclusivement des groupes hospitaliers, le bilan de la fédération étant principalement évoqué dans les parties 2 (offre de soins) et 3 (recherche).

Loin de se limiter à l'unification des directions administratives de plusieurs sites, les groupes hospitaliers ont acquis une identité médicale et économique à travers les nombreux projets qu'ils ont impulsés, dans le domaine hospitalo-universitaire comme dans la gestion des ressources et des hommes. Ils ont également été les relais des projets pilotés par le siège de l'AP-HP ou par ses tutelles.

**À son lancement, la réforme semblait relever de la gageure** : les douze groupes hospitaliers allaient-ils trouver le bon positionnement entre l'échelon du site et celui du siège, qui bénéficient tous les deux d'un enracinement historique dans la gouvernance de l'AP-HP – et par là d'une plus grande légitimité ? N'était-ce qu'une réforme cosmétique, un « écran de fumée » destinée à cacher l'absence de réforme pour réaliser les efforts d'efficience demandés à l'AP-HP ? N'allait-on pas vers la création d'un millefeuille administratif en instaurant une nouvelle strate de gestion ? Comment pouvait-on piloter des ensembles aussi divers dans leur nature et dans leur forme : nombre de sites plus ou moins important, distances entre les sites plus ou moins grandes, présence d'un ou de plusieurs hôpitaux aigus (médecine-chirurgie-obstétrique), implantation intra- ou extra-muros, projets plus ou moins lourds de restructuration, etc. ?

Si le pari des GH était tout sauf gagné d'avance, force est de constater qu'après trois ans – à peine – d'existence, cette nouvelle gouvernance est une réalité qui imprègne l'ensemble du fonctionnement de l'AP-HP. La constitution des GH dans le cadre d'un calendrier resserré (un an de préfiguration, puis deux ans de mise en place du cadre juridique et des instances) a permis d'amorcer trois mouvements, qui répondent aux objectifs de modernisation de la gestion de l'AP-HP.

### 1.1. L'optimisation et la mutualisation des moyens

Le premier mouvement est celui **de l'optimisation et de la mutualisation des moyens**. Les enjeux sont au moins triples :

- réaliser des gains d'efficience et des économies d'échelle, sur le plan de l'organisation administrative et logistique mais également de celle des soins ;
- améliorer la performance de gestion des hôpitaux en constituant des équipes administratives de taille critique suffisante pour développer les expertises et les spécialisations ;

- créer un niveau de pré-arbitrage des priorités stratégiques et de l'allocation des moyens, afin d'éviter que l'ensemble des demandes des sites (en équipements, en ressources humaines, en financement de nouveaux projets) ne remonte au siège pour instruction et validation.

De fait, les GH ont été à l'initiative de 70 restructurations – qu'elles soient médicales, administratives ou logistiques – sur les 80 recensées en 2010 et 2011 par la direction des ressources humaines de l'AP-HP au titre de l'accompagnement RH des mobilités.

Ces opérations ont permis des économies substantielles sur les coûts de structure, qui vont au-delà de la diminution des postes de direction induite par la création des groupes hospitaliers (près de 40 postes de directeurs d'hôpital ont été supprimés): fusion des services administratifs, optimisation des filières hôtelières et logistiques, regroupement des services de brancardage, centralisation des archives, de la gestion de la paie, etc.<sup>1</sup>

Les activités médicales ont également été mutualisées, selon deux approches.

Une première approche consiste à regrouper les **services ou des plateaux médico-techniques auparavant dispersés**. Une illustration de cette tendance peut être donnée par le regroupement de la biologie non urgente sur un site du GH (la biologie du site Charles Foix est réalisée à Pitié-Salpêtrière, par exemple; celle des sites gériatriques du groupe Henri Mondor est centralisée à Henri Mondor ; celle de l'Hôtel-Dieu à Cochin, etc.)

Une autre tendance  **vise à fusionner - autant que faire se peut- les services cliniques en « doublon »**<sup>2</sup>. Elle est particulièrement présente dans les projets médicaux des groupes hospitaliers disposant de plusieurs sites MCO. À titre d'illustration, on peut mentionner les initiatives suivantes :

- près de six regroupements de services de réanimation médicale et/ou chirurgicale sont intervenus depuis 2010 ;
- les hôpitaux universitaires de l'Est-Parisien ont développé leurs centres lourds à travers le regroupement partiel de leurs services de gynéco-obstétrique à Trousseau, et de leurs services de pneumologie adulte à Tenon ; en 2014 ils ont prévu de rapatrier l'ensemble des activités de neurologie à Saint-Antoine, afin d'y développer un axe neuro-cardiologique ;
- le GH Paris Sud a regroupé les services de pneumologie, d'immunologie, d'infectiologie et de médecine interne sur Bicêtre, tandis qu'il transférait l'activité de SSR de Bicêtre à Paul Brousse et réorientait l'offre de soins d'Antoine Béclère ;
- le GH Saint Louis-Lariboisière-Fernand Widal a transféré l'hématologie de Lariboisière à Saint-Louis, et l'endocrinologie de Saint-Louis à Lariboisière ;
- le groupe Paris Nord Seine-Saint-Denis prépare le regroupement de l'ensemble de l'activité chirurgicale du GH à Avicenne, à l'issue de son programme d'investissement.

---

<sup>1</sup> Les plans d'efficience des GH visant à réduire les effectifs n'ont pas seulement privilégié la mutualisation des équipes : ils ont parfois opté pour d'autres solutions, comme par exemple l'externalisation de certaines fonctions (bio-nettoyage, transport de la restauration, etc.).

<sup>2</sup> La suppression des doublons n'est pas entière. Certains services de spécialité subsistent sur plusieurs sites au sein d'un même GH : cela est tout particulièrement le cas des disciplines dont le recrutement est très local (urgences et structures d'aval des urgences, gériatrie aigue, orthopédie, digestif, maternité), dont la présence sur plusieurs sites peut être justifiée.

## 1.2. La déconcentration de gestion

Parallèlement à ces mouvements de concentration et de rationalisation des moyens, la mise en place des GH a enclenché une **dynamique de déconcentration de gestion et de délégation des responsabilités**, notamment dans la gestion des ressources humaines :

- la gestion des attachés d'administration hospitalière et des ingénieurs a été déconcentrée; celle des agents contractuels a été assouplie par l'allongement de la durée des contrats de remplacement et l'abandon du visa préalable de la DRH sur certaines embauches ;
- la place des GH dans le dialogue social a été consolidée par la mise en place des commissions techniques locaux d'établissement (CTLE) et le renvoi à ce niveau des sujets de discussion ayant une composante locale déterminante.

## 1.3. La territorialisation de l'offre de soins à l'AP-HP

Un troisième mouvement impulsé par la réforme des GH est celui **d'une territorialisation accrue de l'offre de soins à l'AP-HP**. Certes, le périmètre de chaque GH n'épouse pas celui, départemental, des territoires de santé définis par l'ARS - sept groupes ont des implantations sur au moins deux territoires de santé. Mais la découpe des GH a été en grande partie réalisée selon des critères géographiques<sup>3</sup>, à savoir le regroupement d'hôpitaux situés à relative proximité les uns des autres, afin de constituer des « têtes de pont territoriales » proposant une filière de soins intégrée (MCO, SSR et SLD). Nul étonnement, dès lors, que la patientèle des groupes hospitaliers, notamment extra-muros, soit pour l'essentiel recrutée dans leur bassin naturel de population : 80% des patients du GH Henri Mondor proviennent du Val-de-Marne, de l'Essonne ou de la Seine-et-Marne.

En outre, l'ancrage territorial s'est traduit, notamment au sein des GH situés en petite et grande couronne, par le **développement des coopérations hospitalières** avec des acteurs extérieurs de l'AP-HP.

À titre d'illustration, le groupe hospitalier Paris-Sud (Bicêtre, Antoine Béclère, Paul Brousse) a, depuis 2010, formalisé ou développé des partenariats avec plusieurs établissements, dans des secteurs très variés : centre chirurgical Marie Lannelongue pour les activités de cardiologie, fondation Vallée pour la périnatalité, hôpital d'instruction des armées de Percy pour la permanence des soins, centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud, centre hospitalier Sud-Francilien, etc.

De même, le groupe hospitalier Paris-Seine-Saint-Denis (Avicenne, Jean Verdier, René Muret) joue un rôle important dans la structuration de l'offre de cancérologie dans le département 93, à travers l'animation d'un comité de coordination en cancérologie (3C) pluri-établissements, ainsi qu'un projet de coopération sur la radiothérapie avec la Générale de santé<sup>4</sup>. Il travaille également à la mise en place de parcours-patient et de filières de soins partagés avec les acteurs de soins de son territoire. C'est le cas du centre hospitalier intercommunal (CHI) du Raincy-Montfermeil dans les secteurs de la cardiologie interventionnelle (réalisation par le CHI des coronarographies et angioplasties) et l'ORL. C'est également le cas du CHI de Montreuil, dans l'objectif de ré-internaliser une partie de la patientèle qui se fait soigner hors du département.

<sup>3</sup> L'autre critère déterminant a été celui du rattachement des sites d'un GH à une même université.

<sup>4</sup> L'AP-HP et la Générale de santé prévoient la mise en place d'un Groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé, conformément aux articles L6133-7 et R6133-12 et suivants du code de la santé publique, qui aura vocation à porter l'autorisation d'activité de traitement du cancer pour la modalité radiothérapie externe.

D'autres partenariats, plus vastes dans leur ambition car conduisant à de potentielles restructurations entre des hôpitaux de l'AP-HP et des établissements extérieurs, sont en cours de réalisation ou de discussion sous l'égide de l'ARS. Leur mise en œuvre s'avère moins consensuelle à court terme en raison des réorganisations profondes qu'elle implique. Il en va ainsi de deux projets de coopération évoqués dans le plan stratégique :

- la coopération, qui existe de longue date, entre **l'hôpital Henri Mondor et le CHI de Créteil**, a fait l'objet d'un groupement de coopération sanitaire signé en juillet 2012. Des transferts d'activité – sur la chirurgie ambulatoire notamment – ainsi que l'organisation de parcours-patient en cancérologie sont déjà mis en œuvre. Une option envisagée mais non tranchée à ce stade consisterait à regrouper les plateaux de radiothérapie des deux hôpitaux, dans le cadre d'un projet commun d'organisation de la cancérologie ;
- le rapprochement de **l'hôpital Louis Mourier**, situé à Colombe, **et du Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH)** de Nanterre, qui collaborent également depuis plusieurs années, a été acté par un protocole d'accord en mars 2011. L'élaboration d'un projet médical commun au cours du premier semestre 2012 se structurerait autour d'un renforcement des activités lourdes MCO sur Louis Mourier, site retenu par l'ARS pour la permanence des soins, et vers un développement de l'activité chirurgicale à fort potentiel ambulatoire sur le site de Max Fourestier, lequel accueillerait par ailleurs l'ensemble des structures SSR et gériatriques des deux établissements. Les oppositions à un tel projet pensé dans une logique de graduation des soins<sup>5</sup>, ont bloqué jusqu'à ce jour sa mise en œuvre. Un autre scénario, consistant en un nombre plus limité de transferts de services et d'activités entre les deux hôpitaux, couplé à l'organisation de parcours-patient, est en cours de réflexion.

#### 1.4. La formation d'un « écosystème GH »

La période de préfiguration des groupes hospitaliers a été l'occasion, pour les communautés locales, d'élaborer un projet stratégique partagé, comportant un volet médical, soignant, gestion des ressources humaines, systèmes d'information, investissements et travaux. Cet exercice a permis l'émergence d'une **identité commune** à l'ensemble des sites d'un même groupe hospitalier.

La formation de ce que l'on pourrait appeler « l'écosystème des GH » ne s'est pas faite sans heurt, soit en raison de la relative indifférence dans laquelle les communautés hospitalières vivaient les unes par rapport aux autres dans la période précédant la constitution des GH, soit en raison des rivalités et des concurrences des équipes.

Il convient toutefois de souligner les effets déjà tangibles de l'écosystème GH :

- **meilleure lisibilité de l'offre de soins**, à travers une plus grande spécialisation des sites et la diminution des services en doublon ;
- **meilleure articulation avec la politique universitaire** — la constitution de groupes homogènes du point de vue du rattachement universitaire, qui prévoient la participation du doyen à leur gouvernance (le doyen ou son représentant assiste aux comités exécutifs locaux), facilite l'émergence d'axes communs pour les stratégies médicales et universitaires ;

---

<sup>5</sup> Cette démarche de graduation des soins, consistant à spécialiser un site sur l'accueil des urgences et des prises en charge lourdes, tandis que l'autre site joue davantage un rôle de proximité (plateforme de consultations, d'hôpital de jour et de chirurgie ambulatoire, filière de soins de suite), prévaut dans de nombreux projets de coopérations ou de fusion hospitalières, comme en témoigne le projet d'établissement du centre intercommunal Poissy – Saint Germain.

- **constitution de filières intégrées de soins**, dans lesquelles les services de soins de suite s'organisent en miroir des activités MCO présentes dans le GH, et tendent à une certaine spécialisation. Par exemple, le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière – Charles Foix développe, sur le site de Charles Foix, des filières gériatriques en SSR neurologique et cardiologique ;
- **harmonisation des pratiques et des modes de gestion** (suivi médico-économique de l'activité, pilotage des pôles, instruction des dossiers...);
- **réorganisation des pôles en 2011**, qui s'est inscrite dans la double démarche de mutualisation et de déconcentration provoquée par la réforme des GH. Ainsi, le nombre de pôles est-il passé de 189 à 128 (soit une diminution de 30%) et les deux tiers d'entre eux ont une implantation multi-sites. En ce qui concerne le volet managérial, les chefs de pôles, qui bénéficient de l'appui d'un cadre paramédical et d'un cadre administratif, disposent d'une délégation de responsabilité (notamment dans l'affectation interne au pôle des ressources humaines, médicales et non médicales). Lors du séminaire des pôles de novembre 2012, il a été décidé de mettre en place un dispositif d'intéressement des pôles à leur gestion.

**Ce nouvel écosystème GH a eu des répercussions** plus globales au niveau de l'institution, notamment **sur le fonctionnement du siège, qui s'est mis à « l'heure GH » :**

- les directions fonctionnelles ont désigné des interlocuteurs privilégiés pour les GH – « référents GH » à la direction médico-administrative ; contrôleurs budgétaires à la direction économique et financière, des investissements et du patrimoine ; chargés de portefeuille à la direction du pilotage de la transformation, etc. ;
- la déclinaison des projets institutionnels de l'AP-HP s'effectue de plus en plus à travers le prisme des GH ; par exemple, en matière d'organisation de l'activité de cancérologie, c'est le périmètre des groupes hospitaliers qui a été retenu pour la création de centres intégrés et de centres experts labellisés ; de même, la mise en œuvre des « projets prioritaires » s'est appuyée sur des expérimentations conduites par des GH-pilotes, avant une phase de généralisation à l'ensemble de l'institution.

## 1.5. Perspectives 2013-2014

Les groupes hospitaliers apparaissent aujourd'hui comme un échelon pertinent et légitime de gestion au sein de l'AP-HP. Ils produisent des gains d'efficience grâce à la dynamique de mutualisation qu'ils ont suscitée, tout en permettant une déconcentration des compétences et des responsabilités.

Trois ans après la mise en œuvre de cette réforme ambitieuse, le temps n'est plus à la proclamation d'un nouveau « grand soir » de la gouvernance à l'AP-HP, mais davantage à la **stabilisation des organisations actuelles**. Cela n'empêche pas qu'un processus continu d'amélioration des organisations ait lieu, afin de réduire les risques liés à la multiplication des strates administratives : surproduction de règles et de normes, injonctions parfois contradictoires, ralentissement de la prise de décision, développement de « petits sièges » au détriment de la gestion de proximité...

À cet effet, **plusieurs groupes de travail** ont été constitués pour identifier, d'ici l'été ou l'automne 2013, les améliorations possibles dans la **répartition des rôles et les interactions** entre le siège et les GH - et ce dans plusieurs domaines : pilotage du cycle budgétaire, gestion des ressources humaines, gestion des structures médicales, etc. La commission médicale d'établissement a d'ores et déjà engagé une réflexion de même nature sur la révision des effectifs hospitaliers.

Par ailleurs, l'AP-HP a lancé un **audit sur la mise en place des pôles**, qui permettra de tirer quelques enseignements de cette réforme en matière de gestion et de management. L'initiative fait écho à l'annonce, par la ministre de la santé, de la réalisation d'un bilan des pôles en 2013.

Enfin, dans le domaine des ressources humaines, l'année 2013 est consacrée au renforcement de **l'encadrement de proximité**, dans l'objectif de rapprocher la gestion des équipes opérationnelles et du « terrain ».

En tout état de cause, l'écosystème GH, qui a été un véritable facilitateur des réformes au cours des trois dernières années, ne doit pas pour autant supplanter à terme l'écosystème historique de l'AP-HP, qui ne saurait se limiter à la conjugaison des intérêts particuliers des groupes. Les organisations et la gouvernance doivent rester suffisamment « plastiques » pour s'adapter aux nouveaux enjeux, dont une grande partie dépasse le périmètre d'un GH et concerne l'ensemble de l'institution. Ainsi, l'organisation de la cancérologie, qui dans une première phase épousait les contours des groupes hospitaliers, évolue vers la constitution de structures et des filières bi-GH (cf. *infra*). De même, les restructurations hospitalières, au sens du transfert d'activité d'un hôpital vers un autre, sont le plus souvent inter-GH, notamment lorsque la dimension universitaire de ces activités est très forte.

## 2. Une modernisation continue de l'offre de soins, à travers les restructurations médicales, l'amélioration des processus de prise en charge, la poursuite des démarches qualité et le service au patient

Le projet médical du plan stratégique 2010-2014, associé au projet de soins, traduit deux préoccupations :

- d'une part, repenser l'architecture de l'offre de soins consécutivement à la mise en place des GH (cf. *infra* 2.1.)
- d'autre part, améliorer le service aux patients, à travers l'optimisation des organisations de prise en charge (cf. 2.2. et 2.3), les actions en faveur de la qualité et de la sécurité de soins (cf. 2.4.), ou encore l'association plus étroite des représentants des usagers à la gouvernance de l'AP-HP (cf. 2.5).

### 2.1. De nombreuses réorganisations médicales au service d'une meilleure lisibilité et graduation de l'offre de soins

Dresser le bilan de la mise en œuvre du projet médical de l'AP-HP n'est pas chose aisée, tant le champ est vaste et les modes d'entrée sont variés. Plutôt qu'une présentation classique par thématique transversale ou grand domaine de spécialités (médecine, chirurgie, obstétrique ; psychiatrie ; soins de suite ; soins de longue durée ; pédiatrie ; cancer ; handicap ; etc.), le propos est volontairement ramassé autour d'une question fondamentale, qui prolonge la réflexion sur la gouvernance: **la mise en place des groupes hospitaliers a-t-elle contribué à la graduation de l'offre de soins**, dans une logique d'amélioration du service médical rendu et de meilleure allocation des ressources<sup>6</sup> ?

#### 2.1.1. La mise en place d'une offre graduée de soins

La création des GH a bien conduit à préciser, lors des travaux préparatoires au plan stratégique 2010-2014, la doctrine relative à l'organisation des soins à l'AP-HP.

Celle-ci prévoit trois niveaux de soins.

- Un premier niveau concerne les activités « socle », qui doivent être présentes dans chaque groupe hospitalier. Elles permettent de répondre à la mission de proximité du service public hospitalier.
- À l'opposé, on retrouve les activités très spécialisées, dont la logique d'implantation est « supra-GH ». Il s'agit notamment des soins de recours, ou des segments d'activité à forte dimension universitaire, qui sont généralement organisés au sein d'un nombre limité de « centres lourds » articulant plateau technique de pointe, équipes médico-chirurgicales et unités de recherche.

---

<sup>6</sup> Cette présentation, volontairement synthétique, a bien naturellement des limites. Elle ne rend pas justice à l'ensemble des actions menées depuis 2010 dans les différentes spécialités ou thématiques. Cf. par exemple le plan relatif aux médecines complémentaires, décliné dans son volet gouvernance médicale (mise en place d'un comité hospitalo-universitaire des médecines complémentaires, formulation de recommandations et de bonnes pratiques) et recherche (ouverture d'un centre intégré en médecine chinoise, signature d'un protocole avec l'administration d'Etat de la médecine traditionnelle chinoise), etc.

- Entre ces deux niveaux se situent les activités « intermédiaires », comme par exemple celles de cancérologie, dont certaines relèvent d'une offre de proximité tandis que d'autres répondent à des logiques supra-GH (chirurgie spécialisée, radiothérapie, etc.).

A titre de bilan, la structuration de ces niveaux de soins appelle plusieurs remarques.

A) **L'organisation des activités « socle »** a suivi trois directions principales :

- **L'organisation de la permanence des soins**, autour d'un SAU et de son aval médico-chirurgical – plateforme de médecines spécialisées (avec le rôle crucial de la médecine interne et de la gériatrie aiguë), services de chirurgie orthopédique, viscérale et obstétrique. La constitution des GH n'a cependant pas conduit au regroupement de l'accueil des urgences sur un seul site, selon une logique de spécialisation des sites (activité programmée/ non programmée) esquissée dans le plan stratégique. Les projets de regroupement des urgences, à l'instar de celui du groupe hospitalier Paris-Nord-Val-de-Seine (rapatriement des urgences de Beaujon sur Bichat) n'ont pas abouti. Le maintien de plusieurs SAU au sein d'un même GH est souvent justifié par l'importance des urgences dans le recrutement des patients<sup>7</sup>, et par l'implantation des GH sur plusieurs territoires de santé; lorsque ces critères sont remplis, un hôpital MCO polyvalent peut difficilement se priver d'un SAU;
- la **prise en charge de la précarité**, à travers un dispositif de permanence d'accès aux soins (PASS) par GH – il existe aujourd'hui 20 unités généralistes, 4 unités bucco-dentaires, 2 unités psychiatriques et une unité mobile (bus); deux PASS ont été créés depuis 2010; Necker est le seul GH à ne pas disposer de PASS;
- la **distinction des activités urgentes**, qui doivent généralement être présentes sur chaque site, **et des activités non urgentes** qui peuvent être organisées sur une plateforme mutualisée pour l'ensemble du groupe hospitalier; ainsi, dans le domaine de la biologie, la permanence des soins a été fortement concentrée (diminution de 40% des lignes de garde).

B) Quant à l'organisation **des activités intermédiaires et des activités supra-GH**, elle a privilégié deux approches.

La plus structurante a pris la forme de **regroupement - ou de transfert- de services** ou d'unités fonctionnelles de services (cf. partie 2.2.2. *infra*).

Une approche plus souple, fondée sur la diffusion de bonnes pratiques, de référentiels communs et l'aménagement de parcours-patient, a consisté à **organiser des réseaux ou des filières labellisées**. C'est le cas de plusieurs activités intermédiaires comme la cancérologie, l'obésité, ou encore la filière gériatrique, qui se caractérisent par des prises en charge multidisciplinaires et nécessitent une coordination de la médecine de ville et de l'hôpital.

---

<sup>7</sup> Le recours aux urgences est plus élevé en Île-de-France (30 passages pour 100 habitants) que la moyenne nationale (27 passages). *Sources 2010*.

**En cancérologie**, deux vagues de labellisation (en 2011 et 2012) ont permis la création, au sein des groupes hospitaliers, de huit **centres intégrés** (CIN) et de 41 **centres experts** (CEX) en oncologie. Alors que les premiers ont pour objectif, à l'image des centres anticancéreux, de garantir un parcours-patient de qualité (prise en charge précoce, globale et sécurisée) sur au moins trois thématiques, les centres experts assurent une mission de recours et de recherche. Loin de se cantonner à formaliser et à donner plus de visibilité à l'offre de soins existante, le processus de labellisation a engagé des réorganisations des structures et des prises en charge (mutualisation des hôpitaux de jour, par exemple). La deuxième étape de la labellisation, lancée en 2013, consiste à organiser des centres intégrés et des centres experts couvrant plusieurs GH, et pourrait former la rampe de lancement de futures réorganisations. Elle est complétée par des réflexions en cours sur l'amélioration du positionnement de l'AP-HP sur les segments les plus concurrentiels (sein/gynécologie ; radiothérapie).

**Dans le domaine de l'obésité-nutrition**, l'AP-HP a été précurseur en labellisant dès les années 2000, selon une procédure interne, des centres lourds médico-chirurgicaux pour la prise en charge de l'obésité grave. Cette initiative a été reprise au niveau national par la DGOS. C'est ainsi que l'AP-HP a obtenu la labellisation d'un **centre spécialisé** de l'obésité et de **deux centres intégrés**. Les trois centres ont une dimension inter-GH. Ils exercent une fonction de recours régional et sont chargés de l'animation de la filière de prise en charge de l'obésité. À la différence des centres spécialisés, les centres intégrés ont une activité importante de recherche.

Enfin, à l'exception naturelle de Necker et de Robert Debré, chaque groupe hospitalier a dû constituer une **filière gériatrique** complète (comprenant une unité de court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, des capacités de soins de suite et de long séjour, un hôpital de jour et un dispositif de liaison avec la médecine de ville). Par ailleurs, l'AP-HP participe aux 16 filières de soins labellisées par l'ARS. Certaines filières (Bretonneau, Broca et HEGP) ont développé depuis 2008 des équipes mobiles gériatriques externes intervenant dans les 55 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) parisiens pour apporter une expertise gériatrique hospitalière et faciliter l'orientation des résidents. Dans le prolongement de cette logique de filières ville/hôpital/médico-social, des expérimentations relatives au parcours des patients âgés ont été récemment développées par les filières de Lariboisière-Fernand Widal (dans le cadre d'un partenariat avec l'ARS et l'Agence nationale d'appui à la performance) et de Bretonneau-Bichat-Charles Richet (au titre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012).

### 2.1.2. Les transferts de services cliniques

Entre 2010 et 2012, les restructurations ont été très importantes, traduisant à la fois une mise en œuvre accélérée des projets médicaux des GH et une recomposition hospitalo-universitaire touchant tous les aspects du soin.

Une trentaine de services cliniques (ou d'unités fonctionnelles) ont été transférés d'un hôpital vers un autre hôpital dans les trois dernières années.

Ces mouvements, d'ampleur bien plus importante que dans la période du précédent stratégique, appellent plusieurs remarques :

- plus du tiers d'entre eux concernent la **pédiatrie et la périnatalité**, thématiques structurantes du plan stratégique 2010-2014; c'est principalement le résultat de la fermeture de Saint-Vincent-de-Paul ;

- **deux tiers d'entre eux font intervenir plusieurs GH**, et plus du tiers impliquent différentes facultés de médecine; l'idée selon laquelle la multiplicité des GH serait un facteur de blocage des restructurations doit donc être fortement nuancée; en revanche, il semble que le territoire universitaire soit le plus naturel pour opérer des restructurations ;
- **deux transferts consistent en l'accueil de services ou structures venues de l'extérieur de l'AP-HP**: accueil à Beaujon d'une équipe de neuroradiologie interventionnelle de la fondation Rothschild et fusion de l'institut parisien de puériculture et de l'hôpital Necker ;
- **plusieurs transferts ont permis la consolidation de certains pôles lourds, témoignant de l'attractivité de ces derniers** (arrivée de nouveaux services dans les pôles de cardiologie médico-chirurgicale de Bichat et de la Pitié-Salpêtrière ; arrivée de nouveaux services dans le pôle neurosciences de la Pitié-Salpêtrière ; regroupement du traitement des grands brûlés sur Saint Louis, etc.)

**Cette analyse, restreinte aux transferts de service ou d'unité fonctionnelle, ne rend pas compte de l'ensemble des opérations de réorganisation médicale, qui peuvent prendre une voie différente de celle d'un transfert de service** : par exemple, la modification de structures (création d'une unité de surveillance continue par transformation de lits de réanimation ; création d'unités porte pour fluidifier l'aval des urgences, etc.); le regroupement, sur un même site, de services ou de plateaux techniques auparavant dispersés (on décompte six regroupements de services de réanimation médicale et/ou chirurgicale depuis 2010) ; ou encore la concentration des sites assurant la permanence des soins.

Le nombre important de transferts de service ne doit pas occulter **l'abandon ou le report, partiel ou total, de certaines restructurations.**

La pédiatrie, malgré l'ampleur de ses restructurations, a connu l'abandon de l'opération visant à transférer la pédiatrie spécialisée de l'hôpital Trousseau vers les sites de Necker et Robert Debré. À la suite de l'arrêt du projet, une autre option s'est fait jour et a aboutit à un transfert limité à quelques services de chirurgie pédiatrique de Trousseau vers le nouveau bâtiment Laennec à Necker en 2013. Le site d'Armand Trousseau a élaboré un nouveau projet médical depuis l'automne 2012.

D'autres secteurs, comme la cancérologie ou encore certaines activités supra-GH, ont été les témoins :

- de projets de restructurations non aboutis; on pense notamment au regroupement des neurosciences sur un nombre limité de centres lourds (3 ou 4, contre 5 centres actuellement) ;
- ou de restructurations incomplètes; ainsi le transfert envisagé de l'ensemble des services de cancérologie digestive d'Ambroise Paré vers HEGP s'est limité à la cancérologie médicale ; de même, le projet de regroupement de la transplantation hépatique intra-muros de trois sites en un site n'est que partiellement réalisé : il persiste encore aujourd'hui deux centres de transplantation du foie dans Paris intra-muros.

Diverses raisons à l'abandon de certains projets peuvent être invoquées :

- la mésentente entre équipes hospitalières et universitaires ;
- la volonté des facultés de conserver, à des fins académiques (enseignement et recherche), certaines spécialités en leur sein;

- la résistance à une logique de regroupement qui peut déstabiliser le projet médical et l'équilibre économique des hôpitaux « perdants » ; d'où la nécessité, bien perçue par les GH, d'inscrire les restructurations dans des **projets médicaux de site**, visant à recentrer un site sur les axes forts de son offre de soins ;
- les difficultés de financement de l'ensemble des projets immobiliers nécessaires à l'accueil des équipes regroupées.

### 2.1.3. Perspectives 2013-2014

En matière de réorganisations médicales, les orientations pour les deux derniers exercices du plan stratégique peuvent être regroupées autour de deux thématiques essentielles : la poursuite et l'évaluation des restructurations médicales, d'une part, et la structuration des parcours-patient, d'autre part.

**A) L'importance des restructurations médicales au cours des trois dernières années ne signifie pas l'arrêt prochain du processus.** Depuis sa création, l'AP-HP n'a jamais cessé de se restructurer, et même de fermer et d'ouvrir des hôpitaux.

D'autres opérations sont en cours de réalisation, au niveau intra-GH ou supra-GH. En témoignent les transferts des services d'hospitalisation complète de **l'Hôtel-Dieu** vers Cochin, qui s'achèvent en 2013 (à l'exception de l'ophtalmologie), suivant le projet de transformer l'Hôtel-Dieu en un nouvel hôpital universitaire de santé publique, à forte dominante ambulatoire. La **gériatrie** est également concernée par de nombreux projets de réorganisation :

- le pôle gériatrique de l'Essonne, qui est rattaché au GH Henri Mondor, connaîtra une profonde refonte de son offre de soins ; il est prévu la fermeture et la cession du site de Joffre, le transfert des lits de SLD de Joffre vers Dupuytren et Georges Clemenceau ; parallèlement va être construit dans le cadre d'un appel à projet déjà publié, organisé par l'ARS et le Conseil général de l'Essonne un EHPAD de 152 places sur le site de Dupuytren ;
- par ailleurs, un schéma cible de l'organisation des soins de longue durée à l'AP-HP fait l'objet de réflexion au sein d'un groupe de travail ; elles seront présentées au cours du second semestre 2013 ; il s'agit d'élaborer plusieurs scénarios d'organisation territoriale de l'offre de soins, couplés à des investissements de réhabilitation du parc immobilier.

Dans la perspective de préparation du prochain plan stratégique, il a également été convenu de lancer une **évaluation médico-économique des restructurations médicales**. Il s'agira de comparer les coûts et les bénéfices de chaque opération, d'apprécier si elle a répondu aux objectifs qui lui étaient fixés, de porter un regard sur l'ensemble des transformations déclenchées par la restructuration (évolution des projets de recherche et des axes du projet médical, évolution de l'activité, etc.), enfin d'évaluer l'accompagnement de l'opération au niveau des ressources humaines.

**B) L'inscription de l'AP-HP dans la mise en œuvre d'une médecine de parcours** est appelé à devenir le fil conducteur de l'ensemble des actions menées en matière d'évolution des organisations et des prises en charge, ainsi qu'en matière de qualité et sécurité des soins pour la prise en charge des situations chroniques.

En raison de la complexité des sujets, l'AP-HP abordera la question du parcours selon trois axes complémentaires.

- Un **axe populationnel**, avec la poursuite et le déploiement des travaux menés sur le parcours des patients âgés à Bichat-Bretonneau ou à Lariboisière-Fernand Widal.

- Un **axe par maladie** : l'élaboration de parcours-patient est déjà avancée dans le domaine de la cancérologie à travers l'organisation des prises en charge pluridisciplinaires<sup>8</sup>, et progresse également dans certaines filières très spécialisées comme celle du polyhandicap<sup>9</sup>. A présent, l'enjeu majeur pour les personnes présentant une ou plusieurs maladies chroniques - dont le nombre ne cesse de croître et est estimé, pour la seule région d'Île de France, à 2,5 millions de patients<sup>10</sup> - est le **développement de parcours associant soins de proximité et hôpital**. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de mobiliser autour de cette problématique la communauté médicale et paramédicale, l'ensemble des collégiales de spécialité de l'AP-HP concernées par les pathologies chroniques, les partenaires extérieurs ainsi que des représentants des usagers. Il ne s'agit pas seulement de décrire finement les prises en charge, mais de traduire ces référentiels en de nouveaux modèles organisationnels et de les expérimenter, en intégrant la dimension médico-économique.
- Un **axe transversal**, enfin, qui complète les approches par population ou par maladie en développant la réflexion sur des thèmes, des outils ou des points critiques que l'on peut retrouver dans de nombreux parcours (l'éducation thérapeutique, la télémédecine, etc.).

## 2.2. L'optimisation des organisations et des modes de prise en charge : une priorité, des premiers résultats tangibles, et des efforts à poursuivre

La qualité technique de prise en charge des patients ne fait pas débat à l'AP-HP, centre hospitalo-universitaire de l'Île-de-France. En revanche, l'institution, pour répondre aux défis majeurs de demain, doit progresser sur :

- des sujets à la périphérie de l'acte de soins, qui visent à améliorer la performance des organisations et des processus des hôpitaux ;
- des sujets majeurs en matière de qualité de la prise en charge et de l'écoute des patients ;
- des sujets stratégiques pour l'avenir car ils contribuent à l'attractivité de l'institution auprès des patients, des professionnels, etc.

À titre illustratif mais non exhaustif, le diagnostic sur l'organisation des prises en charge à l'AP-HP présentait en 2010 plusieurs marges d'amélioration.

### En ce qui concerne les alternatives ou les compléments à l'hospitalisation :

- **Chirurgie ambulatoire** : alors que les taux de chirurgie ambulatoire des CHU français allaient de 13% à 33%, l'AP-HP, avec un taux de 22,2%, était 17ème sur 27 CHU en 2010. La mutation vers l'ambulatoire apparaît essentielle pour conserver l'activité chirurgicale (la progression de l'activité chirurgicale de l'AP-HP en 2010 était tirée à 82% par le développement de la chirurgie ambulatoire), pour préserver l'attractivité auprès des professionnels et étudiants en médecine et pour améliorer la qualité de prise en charge des patients.

<sup>8</sup> Un kit parcours a été élaboré, consistant à formaliser les parcours en quatre temps (entrée à l'hôpital, diagnostic, traitements, après-cancer) et à préciser la méthodologie de suivi et d'audit à partir d'indicateurs (délais, etc.).

<sup>9</sup> Création d'un réseau national de soins et de recherche pour l'harmonisation du parcours de santé de ces patients entre le domicile, le secteur libéral et médico-social et le système hospitalier (2013-2015) ; mise en place du système d'information *Chilrane* pour suivre les cohortes de patients présentant un handicap neurologique complexe et intégrer, à l'horizon 2014, le parcours de santé de ses patients.

<sup>10</sup> Source : Projet régional de santé d'Île de France - 2012

- **Hospitalisation à domicile** : la filière de l'AP-HP s'inscrit dans un cadre très concurrentiel sur le plan régional et fait face à une relative variabilité de prescriptions. Dans ce secteur en croissance, l'objectif est d'augmenter l'activité de l'AP-HP en lien avec les GH, notamment par une meilleure anticipation des prescriptions. Un second objectif, à moyen terme, est de diminuer la durée moyenne de séjour via un recours accru à la HAD.
- **Education thérapeutique** : elle participe de manière significative à l'offre de soins à destination des patients présentant une ou plusieurs maladies chroniques. La loi HPST soumet à autorisation les programmes d'éducation thérapeutique. Les équipes de l'AP-HP sont depuis longtemps mobilisées autour de cette problématique, avec une cohorte de près de 53 600 patients en 2009, suivis dans 291 programmes soumis à autorisation.

**En ce qui concerne le fonctionnement des blocs opératoires**, l'AP-HP compte 88 blocs, 350 salles et 41 salles d'urgences réparties sur 22 hôpitaux. En 2010, les taux d'ouverture étaient très éloignés de la cible nationale (55% en moyenne pour une cible de 90%) ; de même, la moitié des sites avaient un taux d'utilisation inférieur à 70%. Or le bloc opératoire est un centre d'activité et de coût majeur (10% voire plus du budget d'un hôpital) en raison de sa haute technicité, des ressources humaines déployées, de l'investissement financier qu'il représente et des enjeux en matière de sécurité. Par ailleurs, la problématique des blocs est fortement impactée par le manque actuel d'anesthésistes-réanimateurs, ce qui nécessite de profonds changements dans les organisations et la répartition des tâches et des compétences.

**En ce qui concerne les urgences**, l'AP-HP dispose de 21 SAU adultes et pédiatriques qui accueillent plus de 1,1 million de patients chaque année. En 2010, 22,4% des patients nécessitant une hospitalisation en aval des urgences étaient maintenus pour une durée trop longue en Unité d'hospitalisation de courte durée (>24H) et 13% d'entre eux étaient transférés dans des établissements en dehors de l'AP-HP faute de disponibilité de lits d'aval.

**Au sein de la filière gériatrique**, la question de la fluidité du parcours de prise en charge revêt une dimension : la durée moyenne de séjour en SSR gériatrique se situait en 2010 à 55,2 jours, loin de la moyenne des structures de soins, même si l'on peut mettre en avant une certaine complexité des patients pris en charge et une hétérogénéité des situations entre GH au regard des différentes capacités internes (UGA, SSR et SLD) permettant d'assurer la fluidité de la filière gériatrique.

**Dans le domaine de l'hémodialyse**, les centres d'hémodialyse chronique de l'AP-HP représentent 5% des centres d'Île-de-France mais 1/3 des mises en route de traitement (patients dits incidents); mais les nombreuses difficultés de fonctionnement - mise aux normes, problèmes de recrutement de personnel hautement qualifié, organisation hétérogène des temps de travail selon les équipes - conduisent en 2010 à un taux d'utilisation insuffisant des postes installés (74%).

### 2.2.1. La dynamique créée depuis 2010

Des **résultats significatifs** sont constatés depuis le lancement de plusieurs « projets prioritaires » sur ces thématiques.

- Le **taux de chirurgie ambulatoire** a progressé de 9% entre 2010 et 2012, passant de 22% à 24%. En volume, l'AP-HP a réalisé en trois ans 24 % de séjours supplémentaires en chirurgie ambulatoire alors que l'activité conventionnelle n'a progressé que de 10%. Cinq sites ont d'ores et déjà atteint l'objectif institutionnel de 33% en 2012; enfin, sur les 17 interventions mis sous accord préalable par l'assurance maladie de 2009 à 2012, le taux de prise en charge en ambulatoire est passé de 72% fin 2010 à 76,6% en octobre 2012, soit une augmentation relative de 6,4%.
- L'**organisation des blocs opératoires** a nettement progressé. Le taux d'ouverture est passé de 55,4% en 2010 à 62% en 2012. Il reste toutefois bien en deçà de la cible préconisée par l'ANAP (90%). Quant au taux effectif d'utilisation des blocs, il est passé de 72% en 2010 à 77% en 2012, ce qui le rapproche de la cible ANAP (80%).
- Les deux indicateurs de la **fluidité de la filière gériatrique** se sont améliorés : la DMS en SSR gériatrique tend à diminuer de façon régulière (55,2j en 2010, 52,8j en 2012), dans le prolongement des tendances constatées avant 2010. On constate néanmoins des résultats contrastés entre les différents sites de l'AP-HP. Le taux d'intervention des assistantes sociales lors de la première semaine du séjour en SSR gériatrique (facteur clé de l'amélioration de la sortie des patients) est passé de 22% fin 2010 à 33% fin 2012.
- Le **taux d'utilisation des postes de dialyse** installés a progressé de près de 15% avec un passage de 74% fin 2010 à 85% en 2011 – un résultat égalant déjà la valeur plancher fixée dans le cadre du projet prioritaire. Parallèlement, le nombre de séances a augmenté fortement (+3300 séances, soit +6,4%) à nombre de postes de dialyse inchangé.
- L'utilisation des **équipements lourds** en imagerie a progressé, indépendamment de la réforme des règles de codage de l'activité : entre 2011 et 2012, elle a crû de +3% pour les actes de scanner MCO et de +5,6% pour les actes d'IRM MCO (dont 7,1% pour les patients externes); les cinq sites pilotes (Necker, Bicêtre, Tenon, Saint-Antoine et Louis Mourier) ont, à eux seuls, pris une part capitale dans l'amélioration de l'utilisation des IRM en représentant plus de 55% des gains d'activité acquis sur toute l'AP-HP. Les gains financiers associés à la seule progression de l'activité externe des IRM des sites pilotes sont de 902 k€, ce qui est loin d'être négligeable.
- La **progression des admissions adultes (hors obstétrique) en hospitalisation à domicile (HAD)** s'est confirmée en 2012 (+8,85% au 31 décembre 2012); cette tendance diffuse pour la première fois dans tous les GH et sites de l'AP-HP. Les prescripteurs considèrent beaucoup plus fortement qu'avant l'HAD comme un maillon du parcours-patient.

**Des résultats positifs mais plus nuancés**, sont obtenus sur la **fluidité de l'aval des urgences**. L'amélioration au cours des deux dernières années porte sur la réduction de 10% en deux ans de la part des séjours trop longs (>24H) en UHCD (20,3% fin 2012 contre 22,4% fin 2010). En revanche, le taux de transferts hors AP-HP depuis les SAU est resté stable à 13%<sup>11</sup>. Ils témoignent de la difficulté à progresser sur cette thématique, éternelle « invitée » des plans stratégiques de l'AP-HP et des groupes de réflexion.

**L'éducation thérapeutique** n'a pas été incluse dans un projet prioritaire, mais fait l'objet d'un développement continu, comme en témoigne la **hausse de 4,7% de la file active** entre

<sup>11</sup> Les efforts engagés par la plupart des sites pour limiter les transferts hors AP-HP ont été contrebalancés en 2012 par la survenue d'un épisode inhabituel de grippe en début d'année (afflux plus important de patients vers les SAU et transferts plus nombreux), l'évolution de la réglementation sur les hospitalisations sous contraintes en psychiatrie (transferts plus nombreux vers les établissements psychiatriques) et la forte augmentation des transferts hors AP-HP sur quelques sites qui vont en 2013 bénéficier d'un appui spécifique.

2009 et 2011 – et ce malgré une diminution des programmes autorisés par l'ARS, passés de 291 à 265 en deux ans. 19 nouveaux programmes ont toutefois été introduits en 2012, et six autres sont en attente d'autorisation en 2013, ce qui laisse augurer d'une croissance de l'offre et, par là, des patients qui en bénéficient. Les principales pathologies concernées sont le diabète, les infections au VIH, les maladies cardio-vasculaires, neurologiques et rhumatologiques.

## 2.2.2. Perspectives 2013-2014

L'AP-HP maintient ses ambitions pour la deuxième phase du plan stratégique et les traduit en plusieurs plans d'actions.

- Le potentiel de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP (hors urgence) correspond à un taux cible de 42%, légèrement en-deçà du taux d'ambulatoire des grands hôpitaux universitaires américains. Il s'agit toutefois d'un plafond, toutes choses égales par ailleurs (hors innovation médicale); il est à adapter au cas par cas dans les GH, en fonction de l'éventail de cas traités, qui dépend de la gamme de soins et du profil de la patientèle. Il faudra encore lever de nombreux freins culturels par un travail de conviction et de conduite du changement des pratiques professionnelles, en lien étroit avec les collégiales et la CME. À cet effet, un réseau de pairs sera créé. Pour 2013, l'AP-HP vise une augmentation de près de 13% de son activité ambulatoire en chirurgie.
- Pour les blocs opératoires, un ou deux nouveaux pilotes seront lancés. Un réseau des présidents de conseil de blocs sera créé, et un bilan par GH de l'équilibre entre les ressources médicales et paramédicales affectées au bloc et l'activité sera effectué.
- Au sein de la filière gériatrique, les efforts de réduction de la DMS seront poursuivis, avec un travail ciblé sur les quatre sites présentant la DMS la plus élevée qui bénéficieront d'un appui méthodologique particulier.
- La dynamique enclenchée en matière de recours à l'HAD sera poursuivie et amplifiée. La focale portera sur le parcours-patient et l'amélioration de sa fluidité dans le respect des règles de sécurité, à travers la mise en place d'indicateurs partagés entre l'HAD et les GH (délais de réponse aux prescriptions des professionnels de l'AP-HP, délai entre l'accord et l'admission effective, taux et motifs de refus d'admission à l'HAD AP-HP, taux de ré-admissions en hospitalisation classique, nombre d'admissions de nouveaux patients).
- La **gestion des séjours** est le plus récent des projets prioritaires de l'AP-HP, lancé officiellement en septembre 2012. Un grand nombre d'établissements de santé publics et privés, CH et CHU, sont engagés dans cette démarche depuis le milieu des années 2000. À ce stade le projet porte sur les hospitalisations en MCO (l'AP-HP réalise 35% de l'activité MCO d'Île-de-France). L'AP-HP peut d'ores et déjà capitaliser sur les actions d'amélioration engagées par les groupes hospitaliers, en particulier sur la fluidité de l'aval des urgences, la sortie du patient, la réduction des durées moyennes de séjour, les filières de prise en charge plus intégrées, la mutualisation d'espaces d'hospitalisation. Un déploiement du projet se fera progressivement à l'ensemble des GH sur 2013 et au cours du premier semestre 2014.

## 2.3. L'informatisation des organisations de soins et le développement du système d'information patient

La politique informatique de l'AP-HP porte, depuis le précédent plan stratégique, des projets de déploiement de système d'information ambitieux.

Le premier, baptisé EIFEL/SAP, concerne la gestion économique et financière et a été déployé sur l'ensemble de l'AP-HP de 2009 à 2011<sup>12</sup>.

Le second, appelé **système d'information Patient (SI-Patient)**, a pour objectif de **mettre en place un outil informatique intégré à la pratique quotidienne de l'ensemble des personnels participant au soin du patient et permettant une aide à l'action médicale.**

Il s'appuie sur 3 composants majeurs de production : le système d'information clinique (dit « Orbis »), le système de gestion des plateaux médico-techniques (laboratoires, anatomopathologie, médecine nucléaire, radiothérapie) et le système de stockage et de diffusion de l'image (PACS).

### 2.3.1. Le Système d'information clinique (SIC) et sa trajectoire

Le déploiement d'un premier palier de solutions (dossier administratif « identité et mouvement », dossier patient unique, résultats d'examens, accès à l'image, circuit de la radiologie) a commencé sur le site pilote d'Ambroise Paré de mi-2011 jusqu'à mi-2012. En mars 2012, la CME s'est prononcée en faveur du programme Orbis et depuis, elle suit régulièrement son développement et son déploiement.

Les premiers résultats montrent une utilisation de la solution conduisant à l'abandon du dossier papier et un partage de l'information sous les règles strictes de confidentialité. Le déploiement de la solution a donc été élargi aux sites de Bicêtre et Tenon.

### 2.3.2. Le système de gestion des laboratoires

Le système d'information des laboratoires a permis de bâtir un référentiel commun basé sur la nomenclature internationale (LOINC) et un noyau commun intégrant les matériels, les procédures et les analyses.

Après une phase de validation sur 2 sites pilote, la généralisation à l'ensemble des groupes hospitaliers a été menée selon un modèle industriel. Ainsi, à ce jour, **trois quarts des laboratoires sont équipés de ce nouveau système de gestion.**

### 2.3.3. Les images radiologiques (PACS, *picture archiving and communicating system*)

Le système de stockage et diffusion de l'image (PACS) déployé sur les services de radiologie lors du précédent plan stratégique, se poursuit par le déploiement de l'outil au sein des services cliniques, le partage de l'image entre les hôpitaux de l'AP-HP mais également l'échange d'images avec l'extérieur.

---

<sup>12</sup> EIFEL/SAP irrigue désormais tous les sites ainsi que les centrales d'achat (ACHAT et AGEPS) mais également la Trésorerie générale pour l'APHP (devenue Direction Spécialisée des Finances Publiques pour l'AP-HP). Cette intégration réussie de l'ordonnateur et du comptable dans un système unique est une première dans l'Administration française et permet d'optimiser le circuit de gestion des recettes en intégrant les comptabilités de l'ordonnateur et du comptable.

L'intégration du PACS au système d'information clinique Orbis a également été réalisée, permettant à partir du dossier médical du patient, d'accéder à l'ensemble des images le concernant.

#### **2.3.4. Perspectives 2013-2014**

En ce qui concerne Orbis, la mise **en production de ce premier palier de solutions sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP**, selon un modèle de déploiement industriel, **prendra 4 ans**. Parallèlement, un **deuxième palier** intégrant le circuit du médicament, le dossier de soins infirmiers, la gestion des rendez-vous **doit être déployé sur le site pilote d'Ambroise Paré** au 4<sup>ème</sup> trimestre 2013.

Dans l'attente de la généralisation de ce projet à l'ensemble des groupes hospitaliers, l'AP-HP a poursuivi le déploiement des applications transitoires commencé en 2007 : gestion des blocs opératoires, dossier clinique partagé, outil de réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie, outil de prescription informatisée des médicaments.

Pour ce qui est du **système de gestion des laboratoires**, le déploiement complet sur l'ensemble de l'AP-HP est prévu à **fin 2014**, soit avant la fin du plan stratégique.

## 2.4. Qualité et sécurité des soins: un défi persistant malgré des résultats satisfaisants

La **qualité et la sécurité des soins** (QSS) sont la base même des pratiques soignantes. Depuis une vingtaine d'années, elles font l'objet d'une formalisation et surtout d'une évaluation, en réponse à une demande sociétale forte. Outre l'objectif immédiat relatif à la santé des patients, les enjeux de la QSS sont multiples :

- pérenniser ou renforcer une relation de confiance durable entre la population et l'AP-HP, mais aussi entre l'institution et l'ensemble des professionnels qui y travaillent ;
- mettre en œuvre une démarche QSS intégrée aux pratiques des acteurs ;
- obtenir, par la certification, une reconnaissance de la qualité des hôpitaux de l'AP-HP, et se servir de ce levier pour diffuser une culture de la qualité et pour progresser vers les meilleurs standards ;
- préparer l'évolution à venir du mode de financement des hôpitaux, qui intègrera très probablement des paramètres de qualité des soins.

### 2.4.1. Une performance globale satisfaisante en matière de qualité et de sécurité des soins

Au regard des indicateurs de qualité mis en place par la HAS, qu'ils traitent de problématiques transversales ou de problématiques spécifiques à certaines spécialités, **l'AP-HP obtient de bons résultats comparativement aux autres CHU - et ces résultats progressent dans le temps**. Des éléments de fragilité apparaissent toutefois, dans le secteur de l'HAD essentiellement. Par ailleurs, l'établissement d'un compte rendu d'hospitalisation dans les bonnes formes – élément essentiel à la bonne gestion du parcours de soins, ainsi qu'au juste codage des actes réalisés par l'hôpital - est défaillant dans plus de la moitié des cas – malgré une amélioration notable ces dernières années (cf. tableaux *infra*).

**Tableau 1 : Indicateurs transversaux de qualité**

	MCO			Psychiatrie		
	Évolution en 4 ans	Résultat AP-HP 2012	Résultat des CHU 2012	Évolution en 2 ans	Résultat AP-HP 2012	Résultat des CHU 2012
<b>Tenue du dossier</b>	+ 5	77	75	+ 4	78	74
<b>Compte rendu d'hospitalisation (CHR)</b>	+ 12	41	43	+12	41	42
<b>Douleur</b>	+ 12	67	61	-	-	-
<b>Dénutrition</b>	+ 12	85	82	+2	91	78

	SSR			HAD		
	Évolution en 3 ans	Résultat AP-HP 2012	Résultat des CHU 2012	Évolution en 2 ans	Résultat AP-HP 2012	Résultat des HAD 2012
<b>Tenue du dossier</b>	+ 4	84	81	+ 10	57	77
<b>Compte rendu d'hospitalisation</b>	+ 4	74	75	+ 8	8	49
<b>Douleur</b>	+ 20	67	65	+ 9	42	71
<b>Dénutrition</b>	+ 7	65	68	- 14	35	55
<b>Escarres</b>	+ 17	64	65	- 8	67	69

Source : DMA. Résultats exprimés sur 100 (plus la note est élevée, plus la conformité est bonne). En vert : résultats AP-HP supérieurs aux CHU (sauf pour l'HAD, qui est comparé à l'ensemble des HAD) En orange : résultats AP-HP inférieurs aux CHU (sauf pour l'HAD, qui est comparé à l'ensemble des HAD)

**Tableau 2 : Indicateurs de spécialité/pathologie<sup>13</sup>**

	Évolution depuis la 1 <sup>er</sup> mesure	Résultat AP-HP 2012	Résultat CHU 2012
<b>Dossier d'anesthésie</b>	+ 5 (en 4 ans)	82	80
<b>Réunions de concertation pluridisciplinaires (cancérologie)</b>	+ 18 (en 3 ans)	84	70
<b>Traitement de sortie (post IDM)</b>	+ 4 (en 2 ans)	93	91
<b>Éducation thérapeutique (post IDM)</b>	+ 25 (en 4 ans)	68	65

Source : DMA

<sup>13</sup> À noter qu'à partir de 2013, de nouveaux indicateurs de pathologie vont enrichir le suivi des démarches qualité: AVC, hémorragie du post-partum, hémodialyse, chirurgie de l'obésité, sevrage alcoolique. Enfin, un indicateur de mortalité hospitalière sera mis en place.

En sus des indicateurs de qualité de la HAS, l'AP-HP suit au travers d'une enquête annuelle l'évolution de ses résultats en matière de pratiques exigibles prioritaires, avec pour objectif (fixé par le plan stratégique) d'atteindre un score supérieur à 80% pour chacune d'entre elles. Les campagnes 2010 à 2012 mettent en évidence une dynamique très favorable sur l'ensemble des catégories de pratiques exigibles prioritaires (PEP), à l'exception de trois d'entre elles : la gestion du dossier patient, l'identification du patient dans les différentes étapes de prise en charge, et la prise en charge médicamenteuse.

**Tableau 3 : Résultats de l'enquête sur les 17 PEP : moyenne AP-HP**

PEP	2010	2011	2012	Tendance
Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles	65,51%	71,1%	84,3 %	↗↗
Programme d'amélioration de la QSS	-	73,3%	83,8 %	↗↗
Gestion des évènements indésirables	66,43%	74,2%	81,8 %	↗
Maîtrise du risque infectieux	93,88%	91,8%	97,6 %	↗
Système de gestion des plaintes et des réclamations	87,3%	87,9%	93,0 %	↗
Prise en charge de la douleur	75,90%	82,4%	84,6 %	↗
Prise en charge et droits des patients en fin de vie	68,71%	77,2%	86,4 %	↗↗
Gestion du dossier patient	73,31%	77,2%	76,3 %	↘
Accès du patient à son dossier	82,0 %	84,0%	84,2 %	=
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	65,55%	68,0%	76,1 %	↗
Management de la prise en charge médicamenteuse	76,38%	78,1%	82,3 %	↗
Prise en charge médicamenteuse		79,1%	75,3 %	↘
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	81,46%	84,4%	84,7 %	=
Organisation du bloc opératoire	76,97%	75,3%	82,5 %	↗
Radiothérapie	-	86,6%	86,6 %	=
Médecine nucléaire	-	76,7%	84,5 %	↗
Endoscopie	-	78,1%	80,0 %	↗

Source : DMA. PEP identifiées dans le manuel révisé par la HAS en avril 2011

L'AP-HP obtient également des résultats très satisfaisants en matière de lutte contre les infections nosocomiales, l'ensemble de ses hôpitaux se situant dans les deux catégories de performance les plus élevées en 2012.

#### 2.4.2. Les actions conduites depuis 2010

Les bons résultats en matière de qualité et de sécurité des soins n'ont pas empêché l'institution d'engager plusieurs initiatives pour s'attaquer aux fragilités persistantes.

À titre de synthèse, peuvent être mentionnées les thématiques suivantes.

- La **prise en charge médicamenteuse** et la **sécurisation du circuit du médicament** constituent une priorité de la politique qualité de l'AP-HP. Elle fait l'objet, depuis 2012, d'un programme d'actions prioritaires, prenant en compte la certification de la HAS, les résultats des inspections des pharmacies à usage intérieur (PUI) et les objectifs des contrats de bon usage du médicament. Il est décliné en plusieurs axes : structuration du système de management par la qualité ; identification des points critiques de la prise en charge médicamenteuse ; promotion de la déclaration des erreurs médicamenteuses ; communication et sensibilisation des professionnels à la qualité de la prise en charge ; formation ; informatisation du circuit du médicament.

- La **sécurisation des installations**, qu'il s'agisse des bâtiments ou des équipements à criticité élevée, passe par une politique de maintenance définie au niveau global de l'AP-HP, et qui fait l'objet d'un suivi rigoureux. 80% des crédits alloués à la mise en conformité du bâti (électricité, incendie, eau, chauffage) ont déjà été engagés dans le cadre d'opérations identifiées techniques (OIT). En ce qui concerne la sécurité incendie, le nombre de sites non conformes reste élevé en raison de l'ancienneté du parc immobilier de l'AP-HP ; il a néanmoins diminué de 20% (passage de 35 à 28 sites).
- **L'évaluation des pratiques** s'est développée, quoique des marges d'amélioration subsistent. L'AP-HP a introduit en 2010 une base de recensement des programmes d'amélioration des pratiques professionnelles, qui devrait être étendue à d'autres CHU. Les retours d'expériences sur les événements indésirables ont progressé (une enquête menée en 2011 indique que 63% des services à risque réalisent des revues de morbi-mortalité, contre 55% en 2009) mais l'engagement des équipes dans ce processus doit être encouragé et mieux formalisé, à travers notamment la mise en place des programmes de développement professionnel continu (DPC – cf. *infra*).
- La **gestion et le suivi des processus de certification et d'accréditation** ont été améliorés. Fin 2013, l'ensemble des GH auront passé la certification V2010 de la HAS<sup>14</sup>. L'accréditation des pôles de biologie a fait l'objet d'une préparation intense. Le premier pôle accrédité en France est celui des hôpitaux universitaires de l'Est parisien.

### 2.4.3. Perspectives 2013-2014

Fruit du travail de la cellule QSS & Capcu<sup>15</sup> dont elle s'est dotée en juin 2012, la CME a dressé un programme d'actions assorti d'indicateurs. Le président de la CME l'a présenté pour concertation au directoire, avant son passage devant les instances.

Le programme s'articule autour de cinq axes :

- l'organisation de la politique QSS & CAPCU (notamment dans la répartition des rôles entre l'échelon central et les GH)
- la mise en place du dispositif de gestion des événements indésirables graves ;
- la mise en place opérationnelle du DPC pour les personnels médicaux et paramédicaux ;
- le suivi des résultats de la certification et la mise en œuvre des recommandations ;
- le suivi « particulier » de quelques indicateurs par la CME : infections associées aux soins, prise en charge médicamenteuse, troubles nutritionnelles, douleur et soins palliatifs, satisfaction et participation des usagers.

La direction des soins et des activités paramédicales et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) sont pleinement associées à la détermination des objectifs et à la mise en œuvre du programme QSS & CAPCU<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> A ce jour un seul GH a fait l'objet de réserves majeures, qui entraînent un sursis à certification.

<sup>15</sup> Qualité et sécurité des soins (QSS) & conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPCU)

<sup>16</sup> On ne saurait trop insister sur le rôle des directions des soins et des équipes paramédicales dans la politique de qualité : conduite d'enquêtes annuelles par la direction des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP (sur la tenue du dossier de soins et la prévalence des escarres), préparation du DPC, participation à la préparation des certifications de la HAS, etc.

En matière de lutte contre les infections nosocomiales, le traitement des bactéries multi-résistantes incluant celui de leur prise en charge financière, doit également faire l'objet d'une attention particulière.

Trois autres facteurs-clés pour le succès de la politique de qualité et de sécurité des soins apparaissent à court et moyen termes :

- le projet de système d'information patient ;
- la préparation avec l'ARS du prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- l'intégration possible de critères de qualité dans le système de financement des hôpitaux. À cet égard, huit sites AP-HP participent à l'expérimentation, lancée par la HAS et la DGOS en 2012, relative à un dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (projet IFAQ).

## 2.5. Le développement du service aux patients et de l'écoute des usagers

Thématiques connexes à la qualité des soins, le **service au patient** et les conditions de prise en charge des usagers (CAPCU) constituent autant d'opportunités pour faire travailler ensemble les diverses professions de l'hôpital et pour s'ouvrir sur la parole des usagers.

Outre l'amélioration continue des outils d'enquête de satisfaction, ou encore la refonte du portail internet de l'AP-HP, la politique à l'égard des usagers s'est traduite concrètement par :

- deux projets prioritaires sur l'amélioration de l'accessibilité aux consultations et l'amélioration de la sortie des patients ;
- une plus grande intégration des représentants des usagers dans la gouvernance de l'AP-HP.

### 2.5.1. Les projets prioritaires relatifs à l'accessibilité des consultations et l'amélioration de la sortie des patients

Ces thèmes ont été sélectionnés en raison tant de la marge de progression possible de l'institution sur ce sujet que de l'existence de bonnes pratiques sur lesquelles il est nécessaire de capitaliser.

En ce qui concerne **l'accessibilité des consultations**, les enjeux sont importants :

- les consultations constituent une porte d'entrée pour les nouveaux patients – 12% des premières consultations donnent lieu à hospitalisations en MCO dans les trois mois ;
- les délais de rendez-vous à l'AP-HP sont souvent longs – près de 28% des patients ne sont pas satisfaits de la prise de rendez-vous, 20% des rendez-vous ne sont pas honorés, ce qui désorganise les consultations.

Pour améliorer la prise de rendez-vous, **plusieurs leviers ont été activés**, par exemple l'envoi de SMS (600 000 SMS envoyés aux patients en 2012 et vraisemblablement plus d'un million en 2013) pour réduire le taux de non-venus, ou encore la possibilité de prise de rendez-vous directement par internet, la mise en place de plages réservées aux primo-consultants, etc.

L'accessibilité des consultations s'est légèrement améliorée avec une diminution du taux de non-venus de **1%** sur l'ensemble de l'AP-HP (21,3 % en 2012, 22,4 % en 2011). Mais la dispersion reste forte entre GH (le taux de non-venus va de 6% à 26%), mettant en évidence de réelles marges d'amélioration.

Fin 2012, le périmètre du projet a été élargi à l'organisation, dans son ensemble, des consultations : amélioration de la qualité du parcours-patient et de sa prise en charge, optimisation des organisations médicales et soignantes et définition d'une stratégie de l'offre médicale).

**En ce qui concerne l'amélioration de la qualité de la sortie**, l'organisation du retour à domicile du patient est depuis longtemps un des points faibles des hôpitaux de l'AP-HP. Cette perception, liée à un déficit global d'information, est partagée par les patients, les médecins de ville et les professionnels paramédicaux de ville.

Fort de ce constat, l'institution s'est fixée trois objectifs prioritaires :

- améliorer le taux, le délai et la qualité des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) adressés aux médecins de ville et aux patients ;
- maximiser les sorties avant midi pour rendre plus fluide le parcours-patient et éviter ainsi qu'il reste hospitalisé inutilement ;
- mieux informer et sécuriser le patient à son retour à domicile.

L'objectif d'une sortie des patients avant midi ayant été intégré au projet dans le courant de l'année 2012, il n'est pas encore possible de constater des évolutions significatives à l'échelle de l'AP-HP, dont le taux moyen de patients sortis avant midi s'élève à 32,5%. Les GH les plus avancés dans le projet observent toutefois une amélioration de la satisfaction des professionnels de ville disposant ainsi des informations utiles pour une prise en charge ou un suivi de leurs patients à domicile.

### **2.5.2. Une écoute et une représentation plus importantes des patients**

Une attention particulière a été accordée à la collaboration avec les usagers, au sein de la gouvernance de l'AP-HP.

Elle est principalement marquée par l'installation en juin 2011 de la **commission centrale de concertation avec les usagers**. La commission a organisé son travail selon trois axes :

- bientraitance (élaboration de recommandations, notamment dans la prise en charge de la personne âgée ; élaboration d'un cahier des charges pour l'utilisation d'un nouveau modèle de blouses pour les patients) ;
- recueil de la parole de l'utilisateur (élaboration d'une nouvelle enquête en ligne et de nouveaux questionnaires de satisfaction) ;
- visibilité des commissions des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge (CRUQPC) et des représentants des usagers (formulation de recommandations pour améliorer cette visibilité dans les GH et dans les pôles).

D'autres initiatives peuvent être signalées, à titre illustratif et non exhaustif :

- la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques a travaillé, en lien avec les représentants des usagers et la collégiale de gériatrie, à l'amélioration de la prévention de l'incontinence ;
- les usagers ont été associés aux audits réalisés, dans le cadre du projet « marQue AP », sur la qualité des prestations hôtelières à l'AP-HP : 33 audits ont été menés sur la fonction « accueil » en 2011 et des audits sont en cours sur la fonction « restauration. Cette démarche est essentielle à la diffusion de bonnes pratiques et à la correction des

écarts constatés dans les organisations locales par rapport aux référentiels de prestations hôtelières (signalétique défailante, locaux inadaptés à l'accueil de personnes handicapées, difficultés pour joindre le standard, etc.).

### 2.5.3. Perspectives 2013-2014

L'amélioration du service au patient constitue un **objectif général de l'AP-HP**. Au-delà des projets prioritaires évoqués ci-dessus, ainsi que des dispositifs de mesure de la satisfaction des usagers, **c'est l'ensemble de la politique d'offre de soins de l'institution qui y contribue** en 2013 et 2014 : la structuration de filières de soins au sein de l'AP-HP, en lien avec les acteurs de la médecine de ville et du secteur médico-social ; l'organisation de parcours-patient pour les maladies chroniques ou pour les personnes âgées ; le développement des modes ambulatoires de prise en charge ; l'inclusion des patients dans un nombre croissant d'essais cliniques ; etc.

Quant à la représentation des usagers dans la gouvernance de l'AP-HP, sa visibilité doit être accrue et sa contribution aux actions de l'institution doit être rendue pleinement effective. A cet égard, il importera d'effectuer un **suivi régulier de la mise en œuvre des actions proposées** par la 3CU et les CRUQPC.

### 3. Une incontestable dynamique en matière de recherche médicale

L'AP-HP occupe une place privilégiée dans le domaine de la recherche médicale. En effet, si l'institution représente 10% du secteur hospitalier français, elle enregistre un impact quatre fois supérieur en matière de publications (43%). Elle héberge la moitié des centres experts français en maladies rares. Elle se classe au 4<sup>ème</sup> rang mondial (et au premier rang hors Etats-Unis) des institutions scientifiques dans le domaine de la santé, selon le classement Scimago 2011<sup>17</sup>.

Le plan stratégique a établi une feuille de route minutieusement réglée pour la politique de recherche de l'AP-HP : quatre axes, traduits en quatorze objectifs, eux-mêmes déclinés en quarante plans d'action. À mi-parcours, les **trois quarts ont été réalisés**.

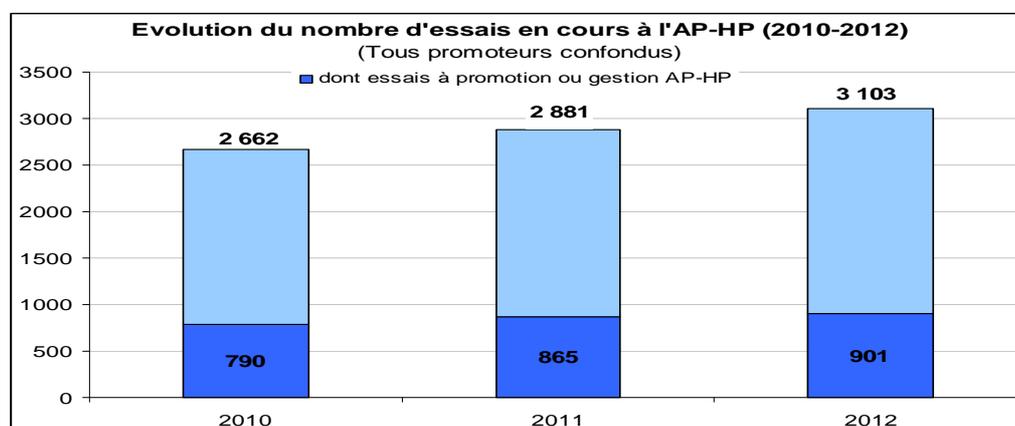
Outre l'articulation de la recherche médicale avec la nouvelle gouvernance des GH, trois enjeux principaux ont agi comme catalyseurs des démarches entreprises depuis trois ans.

#### 3.1. Conforter l'excellence de l'AP-HP dans le domaine de la recherche médicale

Les résultats attestent d'un dynamisme important du secteur de la recherche à l'AP-HP :

- Le **nombre de publications scientifiques a connu une hausse de 5%**, passant de 7 892 en 2009 à 8 282 en 2011. Ce dynamisme a permis d'améliorer la part de l'AP-HP dans les publications hospitalières françaises, qui augmente de deux points sur la période (de 39% à 41%). Non seulement le nombre de publications augmente mais également la qualité des revues signées par les auteurs de l'AP-HP, puisque la proportion des revues de rang A ou B évolue de 44 % en 2010 à 48,5 % en 2011.
- Le **nombre d'essais en cours à l'AP-HP, tous promoteurs confondus, a crû de 16%** entre 2010 et 2012 (cf. graphique *infra*). Parmi ceux-ci, le nombre d'essais dont l'AP-HP est promoteur ou gestionnaire de l'AP-HP a augmenté de 14%. Il convient de noter la mise en place d'un « guichet unique » pour les projets à promotion académique et institutionnelle au sein du département de la recherche clinique et du développement (DRCD) de la direction médico-administrative, afin de renforcer la visibilité et le suivi de l'ensemble des projets réalisés au sein de l'AP-HP.

Graphique 1 : Nombre d'essais en cours à l'AP-HP dans la période 2010-2012 (source : DMA)



<sup>17</sup> Scimago Institutions Rankings World Report 2011.

- Enfin, l'AP-HP est un acteur clé **des investissements d'avenir** dans le secteur de la santé, grâce à sa participation à trois des six instituts hospitalo-universitaires qui ont été créés: IMAGINE (maladies génétiques) à l'hôpital Necker ; ICM (neurosciences translationnelles) et ICAN (maladies cardiovasculaires et métaboliques, nutrition) à la Pitié-Salpêtrière. Ces trois projets bénéficient d'un soutien financier global de 164 M€ sur dix ans.

**Le bilan de la participation de l'AP-HP aux appels à projet du ministère de la santé<sup>18</sup> est plus nuancé.** Depuis deux ans, on observe un infléchissement du nombre de projets retenus et du montant de financement accordé. Ainsi, en 2012, 96 projets de recherche de l'AP-HP ont été sélectionnés (contre 149 en 2010), pour un montant global de 24,3 M€ (à comparer aux 40 M € obtenus en 2010). Ce constat doit être relativisé car il traduit pour l'essentiel la diminution des financements nationaux consacrés aux programmes hospitaliers de recherche clinique : 74,1 M € en 2012, soit une baisse de 21,6 M € par rapport à 2010. On observe néanmoins une diminution de la part relative de l'AP-HP dans le nombre total de projets (33% en 2012 contre 37% en 2010) et de financements (31% contre 38%) des PHRC.

Pour pallier la contraction des fonds ministériels, l'AP-HP a diversifié ses sources de financement.

- Une action déterminée a permis d'accroître la participation aux programmes de recherche européens, avec la mise en place d'un pôle « Affaires européennes » au sein du DRCD. Les projets européens en cours sont passés de 36 (dont quatre coordonnés par l'AP-HP) en 2010 à 58 en 2012 (dont 7 coordonnés par l'AP-HP), soit une augmentation de 61%.
- Par ailleurs, les partenariats industriels ont été développés. Le nombre d'essais industriels a crû de 11% (passage de 1 220 à 1 355 protocoles), avec la mise en place d'un pôle « promotion industrielle » au sein du DRCD. La politique de valorisation et de transferts de technologie a également été dynamique, permettant d'étoffer le portefeuille de brevets actifs et de licences<sup>19</sup> et de générer des revenus supérieurs à 10 M €.

### 3.2. La recherche d'une convergence plus forte des stratégies en matière d'offre de soins et de recherche

Le deuxième enjeu a trait à la nécessaire, quoique complexe, **priorisation des thématiques de recherche**, afin d'éviter l'écueil du saupoudrage des ressources d'une part, du désalignement des intérêts stratégiques de l'AP-HP et de ses partenaires (universités, INSERM, etc.) d'autre part. À cette fin, trois résultats encourageants peuvent être mentionnés.

- **Cinq domaines**, identifiés par le plan stratégique comme « prioritaires », **ont bénéficié d'un soutien institutionnel spécifique** à travers la création de nouvelles structures de recherche ou encore l'affectation de crédits et de personnels supplémentaires : la gériatrie, la pédiatrie et la prise en charge des adolescents, le handicap et le polyhandicap, l'Alzheimer, le cancer. En outre, le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) régional a mis l'accent sur certains axes comme les méta-analyses, l'initiation à la recherche clinique ou encore la recherche en soins courants.

<sup>18</sup> Il s'agit des programmes suivants : programmes hospitaliers de recherche clinique – PHRC – nationaux ou interrégionaux (certains étant identifiés « cancer ») ; programmes de soutien aux technologies innovantes et coûteuses – PSTIC – (certains étant là encore fléchés sur la thématique « cancer ») ; programmes de recherche en performance du système de soins – PREPS - ; programme hospitalier de recherche infirmière – PHRI

<sup>19</sup> Le nombre de brevets s'élève à 472 en 2012 contre 418 en 2010 ; l'AP-HP dispose également de 183 licences, contre 136 en 2010)

- La **labellisation de 16 départements hospitalo-universitaires**, sélectionnés par un jury international parmi 61 projets portant sur des thématiques d'excellence. Les DHU associent, sur un objectif partagé, un ou plusieurs pôles cliniques, ou une partie (service, laboratoire, unité fonctionnelle...) d'un pôle clinique, et une ou plusieurs unités mixtes de recherche d'une université et d'un organisme de recherche. Ils bénéficient d'un soutien financier de l'AP-HP, et de personnels fléchés par les institutions partenaires. Cette démarche semble promise à un bel avenir et pourrait devrait être mise en œuvre dans d'autres CHU<sup>20</sup>. Elle n'est pas structurante pour la seule recherche mais également pour l'offre de soins, comme en témoigne le projet médical d'Henri Mondor, dont la matrice est désormais les trois DHU qu'il a obtenus ; cette plus grande intrication des projets médicaux et universitaires permet de renforcer la spécialisation des sites sur leurs axes d'excellence.
- Enfin, l'AP-HP a signé des **contrats hospitalo-universitaires d'objectifs stratégiques** avec trois des sept universités partenaires (Paris Est Créteil, Paris Descartes, Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines). De tels contrats sont, à ce jour, à l'étude avec les universités Pierre et Marie Curie et Paris Sud. Ils permettent aux signataires de définir un nombre limité d'orientations communes<sup>21</sup>, et de faire ainsi converger leurs stratégies.

### 3.3. Le développement de la recherche paramédicale

Il convient également de mentionner les efforts de l'AP-HP pour **structurer la recherche infirmière et paramédicale**, dans un contexte de mise en œuvre de la réforme licence-master-doctorat pour les professionnels paramédicaux. La traduction concrète de ces efforts a été :

- la soumission de nombreux projets par les équipes paramédicale en réponse aux PHRI et PHRIIP de la DGOS (cf. tableau *infra*) ;
- le co-financement d'une chaire de recherche infirmière avec l'EHESP, permettant la formation de 8 infirmières entre 2010 et 2012 ;
- le financement de 7 infirmiers candidats au doctorat.

**Tableau 4 : projets AP-HP retenus au titre des PHRI et PHRIIP**

	2010	2011	2012
Nombre de PHRI et PHRIIP retenus au niveau national	15	21	19
Dont nombre de PHRI et PHRIIP de l'AP-HP retenus	5	5	4

Source : DSAP

<sup>20</sup> Le CHU de Nantes a été précurseur dans la labellisation de deux DHU.

<sup>21</sup> Ainsi, le dernier contrat signé (avec l'université de Versailles-Saint Quentin) prévoit neuf orientations stratégiques, qui irriguent le projet médical du groupe hospitalier Paris Île-de-France Ouest (Hôpitaux Ambroise Paré, Raymond Poincaré, Sainte Périne, Berck)

### 3.4. Perspectives 2013-2014

Après un vaste mouvement de réorganisation (développement de l'expertise dans la gestion des essais cliniques et des projets de recherche avec la constitution de guichets uniques au DRCD ; mise en place des IHU et des DHU), il convient de stabiliser les structures actuelles et de développer leurs projets.

L'institution doit redoubler d'efforts en matière de recherche de financements et de diversification des collaborations, afin de maintenir le niveau d'excellence de ses équipes. A cet égard, la valorisation des innovations et des savoir-faire de l'AP-HP – à travers les licences d'exploitation des brevets, par exemple – peut encore être améliorée. En outre, diverses initiatives ont été engagées ou sont en cours de réflexion :

- **l'amélioration du cadre juridique des collaborations avec les partenaires industriels** : un modèle unique de conventions de surcoûts hospitaliers a été élaboré et diffusé à l'ensemble de l'AP-HP ;
- **la création d'une fondation hospitalière** permettant de lever des fonds privés et de financer de nouveaux programmes de recherche via des appels à projets. Le décret d'application de la loi HPST permettant la mise en place de ce dispositif n'est à ce jour pas publié.

## 4. Une politique des ressources humaines visant à accroître l'attractivité de l'institution et à accompagner ses réorganisations

Le projet « Ressources Humaines » (RH) concerne l'ensemble des personnels de l'AP-HP, médicaux et non médicaux. Il s'articule avec le projet médical et le projet de soins. Il répond à trois objectifs principaux :

- le maintien, et même l'augmentation de **l'attractivité** de l'AP-HP, tout particulièrement dans les métiers médicaux et paramédicaux en tension ; participent à la réalisation d'un tel objectif des actions aussi variées que la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences, l'amélioration des conditions de travail, la formation et la définition de parcours professionnels ;
- **l'accompagnement des réorganisations** et des mesures d'efficience, à travers la politique de mobilité professionnelle et le renforcement des compétences managériales au sein de l'encadrement médical et paramédical ;
- Corollaire des deux objectifs précédents, **l'enseignement initial et la formation tout au long de la vie** est une mission fondatrice d'un CHU et contribue à sa valeur génétique.

### 4.1. Politique relative au personnel non médical

Le projet « Ressources Humaines » prévoit 8 thématiques transversales, déclinées en 26 orientations stratégiques.

En ce qui concerne **l'emploi**, l'action a porté prioritairement sur l'identification des « métiers sensibles » dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. L'AP-HP a poursuivi en 2012 une politique de résorption des vacances de postes d'infirmier(e)s (IDE) en 2012, ce qui s'est traduit par le recrutement de 429 IDE supplémentaires par rapport à 2011. Une attention spécifique est portée à la promotion de l'image de la gériatrie dans le CHU afin d'en développer l'attractivité pour le recrutement et la fidélisation des personnels. La **fidélisation** des personnels demeure l'un des axes prioritaires à mesurer par la diminution du taux de rotation. Cela implique de travailler sur les organisations dans les services qui sont encore, du point de vue des professionnels, perfectibles.

**Le développement des compétences** a été marqué par la mise en place du dispositif de formation « tout au long de la vie » pour les personnels non médicaux.

En matière de **formation initiale**, l'AP-HP procède à l'adaptation des capacités et à la mise aux normes sécuritaires de ses instituts de formation. La réforme LMD (licence, master, doctorat) a commencé à être mise en œuvre pour les études infirmières.

**L'accompagnement des mobilités professionnelles** liées aux restructurations de l'AP-HP est réalisé par des dispositifs dédiés, dans les groupes hospitaliers et à la DRH centrale. 80 opérations ont été accompagnées en 2010 et 2011, touchant 6 626 agents dont 4 309 ont été reçus par une cellule mobilité. Les opérations les plus lourdes ont fait l'objet d'un bilan, à l'instar des transferts de services de Saint-Vincent-de-Paul vers Necker en 2010. Ces dispositifs d'accompagnement ont été mobilisés pour la reprise de personnels extérieurs à l'AP-HP. C'est le cas, pour partie, de l'intégration des personnels de l'institut de puériculture de Paris, au sein du groupe hospitalier Necker-Enfants malades (83% ont accepté l'intégration à l'AP-HP).

La principale avancée en matière de **politique de management et d'encadrement** concerne l'encadrement paramédical et administratif des pôles, dont la structure est désormais généralisée et dotée d'outils de gestion. Des efforts importants sont à poursuivre pour attirer et fidéliser les cadres de santé, notamment les cadres de proximité.

La conduite **du dialogue social** s'est modifiée avec la création des GH. Des comités techniques locaux ont été mis en place à ce niveau et un protocole d'accord signé en mars 2012 a conforté les heures de préparation de ces instances, par un crédit temps équivalant à 80 ETP. La structuration d'un dialogue social, en central comme en local, se traduit par l'organisation régulière de concertations avec les organisations syndicales sur les sujets RH, les enjeux stratégiques de l'AP-HP et l'amélioration des conditions de travail. Depuis début 2013, une attention particulière est portée à la **gestion de proximité**, qui repose de manière déterminante sur les équipes de cadres. Un cycle de négociation a été ouvert début 2013 pour définir les modalités d'élaboration des schémas d'organisation de l'encadrement, et plus spécifiquement l'accompagnement et la résorption des faisant fonction de cadres – sujet où, là encore, des progrès restent à faire.

La **prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail** a été une préoccupation constante dans un contexte marqué par la pénurie de médecins de santé au travail (22 ETP vacants en 2012). L'attention a été plus particulièrement portée aux risques amiante, chimiques, psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques. Des résultats positifs sont enregistrés depuis 2010 sur les accidents de travail (-7,8% hors accidents de trajet) et les maladies professionnelles déclarées (-13,5%). La thématique des conditions de travail est portée, dans chaque groupe hospitalier, par un « projet prioritaire », qui a enclenché une démarche participative au niveau des pôles afin de limiter la rotation des personnels et réduire l'absentéisme, en s'attaquant aux préoccupations du quotidien : valorisation des métiers, organisation collective du travail et des plannings, relations managériales, environnement de travail, conditions matérielles<sup>22</sup>.

La **politique sociale**, élément-clé de la politique d'attractivité et de fidélisation du personnel, s'est concentrée sur : 1) le logement, dont l'offre est recentrée sur des critères sociaux et professionnels – c'est le dispositif dit « infirmier(e)s capitales » ; 2) l'accueil de la petite enfance, grâce à une extension des capacités de places en crèche (4 100 places) et en centre de loisirs (1 260 places).

Hormis ces huit thématiques transversales, d'autres axes RH ont été développés pour les personnels non médicaux, notamment sur la base du projet de soins. Ainsi, **18 protocoles de coopérations entre professionnels de santé** ont été lancés depuis 2010.

## 4.2. Politique relative au personnel médical

En ce qui concerne le personnel médical, la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences renvoie à deux défis structurels :

- **anticiper la démographie médicale** (notamment les départs en retraite, mais également les évolutions historiquement heurtées du *numerus clausus*) à travers la politique de recrutements (qui commence dès la formation initiale et l'organisation des stages pour les internes) ainsi que la gestion du temps médical ;

---

<sup>22</sup> La démarche conduite repose sur le choix, par les équipes des pôles volontaires, des actions à mettre en œuvre, qui sont donc adaptées au contexte local. Dans les faits, on constate que les différentes équipes ont fait le choix de leviers identiques, ce qui semble indiquer que les préoccupations sont similaires, quel que soit le lieu d'exercice : meilleure collaboration entre le corps médical et les personnels paramédicaux, répartition de la charge de travail entre les équipes, valorisation du rôle de cadre de proximité, etc.

- **individualiser**, autant que faire se peut, **la gestion des carrières** – promotion des talents, gestion des reclassements et des reconversions professionnelles, formation aux fonctions managériales pour les chefs de pôle, etc.

À ces objectifs classiques des RH médicales se sont ajoutées d'autres orientations stratégiques: le maintien et l'enrichissement des compétences à travers le développement professionnel continu ; l'amélioration des conditions de travail (notamment de la santé au travail) ; le développement d'une politique sociale à destination de l'ensemble du personnel médical.

A mi-parcours du plan stratégique, plusieurs initiatives ou progrès peuvent être mis en avant :

- un **abondement significatif des postes de praticiens hospitaliers**, (+205 équivalents plein-temps), par autofinancement sur la masse salariale, apport des crédits MIGAC et des plans nationaux de santé publique ;
- la conduite d'une **veille démographique**, associant divers groupes de travail de la CME, et plus particulièrement ciblée sur quelques spécialités (comme l'anesthésie-réanimation) ou sites dits « sensibles », en raison des tensions qu'ils connaissent sur les effectifs médicaux ; cette veille démographique a été complétée par un travail méthodologique sur l'analyse de la **productivité médicale**, afin de mieux appareiller les ressources médicales disponibles à l'activité des services ;
- la mise en place d'outils et de processus pour **individualiser la gestion des parcours des praticiens impactés par une restructuration hospitalière**. Un travail en réseau s'est structuré impliquant les collégiales de spécialités, les sous-commissions concernées de la CME, le DRHM et les Groupes Hospitaliers ;
- une **réflexion sur les conditions de travail et la prévention des risques psycho-sociaux** à travers la création d'une sous-commission « Vie Hospitalière » de la CME. Un groupe de travail « situations individuelles » au sein de cette sous-commission permet d'aborder collégalement des situations individuelles de souffrance au travail ; toutefois, la situation reste insatisfaisante – aucune remontée d'information quantitative (par enquête) n'est organisée à ce stade sur les risques professionnels des personnels médicaux ;
- la nomination des chefs de pôles a donné lieu à un **effort de formation**, avec près de 110 inscriptions à l'enseignement dispensé par l'École de management des médecins hospitaliers (EMAMH) de l'AP-HP.

#### 4.3. Perspectives 2013-2014

En ce qui concerne le personnel non médical, diverses actions seront engagées dans le prolongement des initiatives RH conduites depuis 2010.

- **L'amélioration du dialogue social**, dont la qualité reste hétérogène au sein de l'institution, figure parmi les priorités de l'AP-HP. Le dialogue social est caractérisé par des pratiques qui ne distinguent pas suffisamment les temps d'information et les temps nécessaires à la concertation, voire à la négociation. Pour autant, il convient de souligner certaines initiatives intéressantes, comme par exemple les accords locaux – déjà signés ou en cours de signature- sur des sujets d'harmonisation de la prime de service par exemple.

- Le projet RH a retenu la réalisation d'un **baromètre interne** afin de connaître les attentes et les aspirations des professionnels. Ce dispositif d'écoute de tous les professionnels médicaux et non médicaux doit permettre d'améliorer les organisations et la qualité de vie au travail, et ainsi contribuer à la fidélisation des professionnels. Les résultats du baromètre interne lancé en mai 2013 ont vocation à nourrir des plans d'action construits collectivement et mis en place au plus près du terrain.
- Le renforcement de l'attractivité passe par la mise en place de **plans d'attractivité sur certains métiers en tension** (infirmières anesthésistes, infirmières de bloc, manipulateurs radio, etc.) et des parcours qualifiants dans les secteurs éprouvant des difficultés à recruter (gériatrie, par exemple).
- La préparation de l'**accompagnement RH des restructurations** et des mobilités passe par une meilleure visibilité des offres de postes dans les différents groupes hospitaliers.
- Dans un souci de rationalisation des structures, l'AP-HP prépare le regroupement de l'ensemble de ses instituts de formation dans le bâtiment Picpus (hôpital Rothschild).

Pour ce qui est des ressources humaines médicales, plusieurs chantiers pourraient s'ouvrir dans le prolongement des actions déjà engagées :

- compléter le dispositif de veille démographique à la fois par un volet « veille concurrentielle » et par une gestion plus dynamique des successions de chefferie de service ;
- améliorer les conditions d'accueil des internes – séminaire d'accueil, bilan systématique par la direction des ressources humaines médicales des stages non choisis, etc.;
- inclure les personnels médicaux dans les enquêtes conduites par les services centraux sur les risques identifiés comme « prioritaires ».

Enfin, des actions transversales continueront à irriguer l'ensemble des politiques de gestion des personnels :

- en ce qui concerne l'ensemble de la ligne managériale, l'AP-HP a pour projet de créer un « Institut », outil de développement professionnel, d'innovation, d'expression d'une politique institutionnelle au service du management et de l'accompagnement des transformations ;
- en ce qui concerne le projet prioritaire « conditions de travail », les orientations arrêtées visent à élargir le périmètre de la démarche (au moins 3 pôles par GH), avant une généralisation en 2014, et à faciliter le portage du projet non seulement par les DRH et les directions de soins mais aussi par les chefs et les cadres de pôle.

## 5. Un net redressement de la situation financière de l'AP-HP

### 5.1. Un cycle d'exploitation consolidé

Synthétiquement, sur la période 2010-2012, on peut observer :

- une amélioration nette du résultat consolidé qui passe en trois ans d'une situation déficitaire supérieure à 100 M € à un résultat prévisionnel 2012 inférieur à 20 Millions d'euro même si l'analyse du résultat structurel conduit à tempérer cette amélioration ;
- une amélioration du taux de marge brute (passage de 2% à 4,5%), ce dernier demeurant toutefois relativement faible.

Ces différents paramètres expliquent la résistance de l'AP-HP aux tendances à la baisse de notation enregistrées par de nombreux établissements de santé. L'AP-HP conserve ainsi une notation alignée sur celle de l'Etat français de la part de Standard&Poor's et Fitch, soit la meilleure notation possible pour une institution publique française, ce qui lui permet d'être attractive sur le marché obligataire et d'obtenir des conditions de taux intéressantes.

#### 5.1.1. Une évolution favorable du résultat d'exploitation

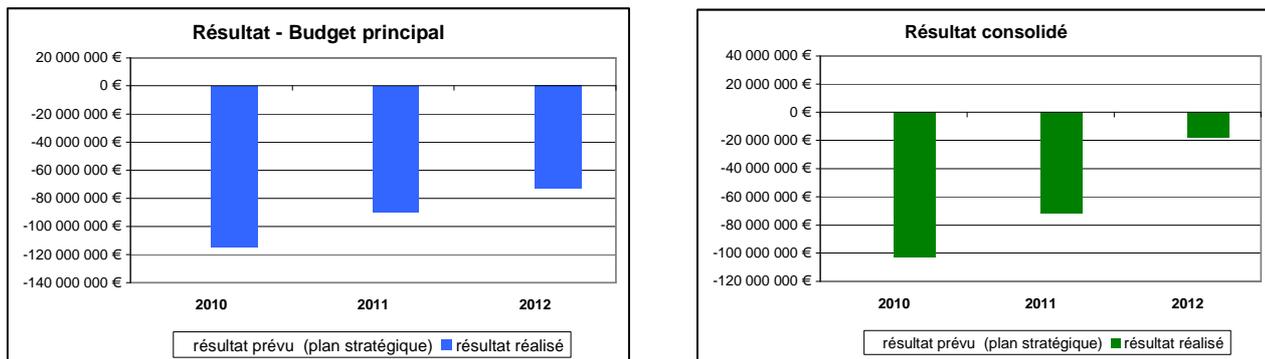
La réduction du déficit d'exploitation est significative : après une année 2010 marquée par un résultat déficitaire de 100 M € (et proche de 120 M € pour le compte de résultat principal), l'exercice 2012 se clôture avec un déficit ramené à 20,7 M € (déficit de 70,2 M € pour le compte de résultat principal).

L'écart à la cible prévue dans le plan stratégique, de l'ordre de 15% sur trois ans<sup>23</sup>, témoigne d'une performance légèrement inférieure aux objectifs que s'était fixée l'institution mais ce résultat s'explique principalement par des raisons extérieures à l'AP-HP : campagnes tarifaires plus exigeantes que prévues (baisse des tarifs, convergence intra-sectorielle), diminution des fonds MIGAC, réforme de l'AME (occasionnant une perte de recettes de 38 M € pour l'AP-HP). Ces différents facteurs constituent un « choc exogène » d'environ 115 M €, que l'AP-HP a relativement bien absorbé au regard de sa situation financière.

---

<sup>23</sup> En d'autres termes, l'AP-HP n'a atteint qu'à 85% les objectifs financiers fixés dans le plan stratégique.

**Graphique 2 : résultats d'exploitation de l'AP-HP – évolutions 2010-2012**

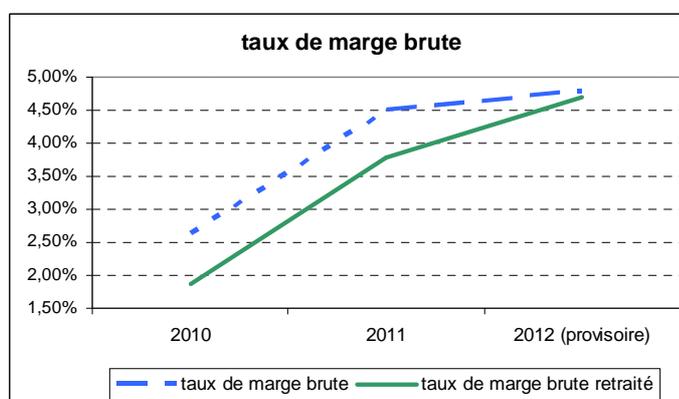


Source : DEFIP

*Nota Bene* : le plan stratégique prévoyait un retour à l'équilibre du budget principal de l'AP-HP dès 2012. Il anticipait un résultat excédentaire de 20 M€ du résultat consolidé.

Le redressement de la situation financière est particulièrement manifeste au regard de l'évolution de la marge brute, qui constitue l'indicateur de référence pour mesurer la viabilité économique d'une institution, c'est-à-dire sa capacité à dégager des ressources pour soutenir l'investissement. Le taux de marge brute est passé de 2% à 4,5% en trois ans. Ce constat très positif est néanmoins tempéré par la comparaison avec les autres CHU, qui dégagent en moyenne une marge brute supérieure à 6% de leur chiffre d'affaires.

**Graphique 3 : évolution du taux de marge brute entre 2010 et 2012 (compte principal)**



Source : DEFIP

*Nota Bene* : taux de marge brute retraité : retraité de l'effet du coefficient de transition et de l'effet « reprise de stocks »

### 5.1.2. Divers leviers ont été activés afin d'améliorer la performance de l'AP-HP, tant en recettes qu'en dépenses

L'amélioration du cycle d'exploitation de l'AP-HP est le résultat d'une **politique conjuguant hausse de l'activité et maîtrise des coûts d'une part, optimisation des circuits de recettes et de dépenses d'autre part** :

- après que l'effort ait principalement porté sur la maîtrise des dépenses en 2011, l'effort a été rééquilibré en 2012 en faveur d'une stratégie de développement de l'offre de soins. Ainsi, en 2012, l'activité de l'AP-HP a progressé à un rythme supérieur aux autres établissements de santé en Île-de-France, et à un rythme comparable à celui des autres CHU (+2%) ;
- l'optimisation du circuit de la dépense s'est appuyée sur une démarche de rationalisation des achats, portée par le programme PHARE ; les résultats ont été particulièrement impressionnants dans le domaine du médicament, où l'AGEPS chiffre à 60 M€ les économies réalisées sur la période 2010-2012 ;
- l'optimisation des recettes a consisté à améliorer l'exhaustivité du codage et la qualité de la facturation, ainsi que le rattrapage de valorisation de séjours passés (portant sur un montant cumulé de 150 M€ en 2011 et 2012). Ces deux volets de recettes font l'objet de projets prioritaires, qui sont décrits dans l'encadré *infra*.

### Encadré 2 : projets prioritaires relatifs à la facturation et au codage

#### **Facturation**

Les **enjeux institutionnels** portent sur l'amélioration des délais et la qualité de la facturation à proximité immédiate de la prise en charge du patient hospitalisé ou consultant externe. L'objectif est de diminuer le nombre des créances restant à imputer mois par mois pour les soins dispensés aux patients externes (Reste à facturer pour les patients externes - NPC) ainsi qu'aux patients hospitalisés (Créances non imputées - CNI).

**11 GH** ont été impliqués dans le projet, dont les résultats sont déjà encourageants, notamment en ce qui concerne la facturation des patients hospitalisés. Le passage de 5% à 0,65% de CNI représente une baisse de près de 30 M€ de la créance théorique.

AP-HP (au 31.12)	2010	2011	2012
<b>Taux de CNI</b>	5 %	1,17 %	0,65 %
<b>Taux de NPC</b>	7,85 %	13,5 %*	6,5 %

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

#### **Codage**

**L'insuffisante qualité actuelle du codage à l'AP-HP est attestée par la comparaison avec d'autres établissements et par l'importance des sommes récupérées lors d'opérations de recodage. Les objectifs sont :**

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

**L'amélioration du codage, observée à travers des indicateurs synthétiques, a été de 10,6 % entre avril et décembre 2012** à l'échelon de l'AP-HP, mais les situations des GH sont contrastées. Par ailleurs, des vagues de recodage systématique effectuées depuis 2011 par les équipes des départements d'information médicale des GH et par des prestataires externes, ont permis une revalorisation à hauteur de 19 millions d'euros pour 2009, 21 pour 2010 et 16 pour 2011 (base 100 % T2A, exercice 2011 non encore achevé). C'est dire la nécessité des réorganisations qui sont aujourd'hui en cours, pour que le codage soit juste d'emblée.

## 5.2. Une politique d'investissement ciblée sur la modernisation de l'offre de soins et la mise en sécurité du parc immobilier de l'AP-HP

Malgré la forte contrainte sur les finances de l'AP-HP, la politique d'investissement de l'AP-HP est très proche de la trajectoire esquissée dans le plan stratégique. Ce dernier prévoyait 1 370 M€ d'investissement de 2010 à 2012 : le niveau de réalisation sur cette même période est de 1 324,6 M€, soit un écart de 3%.

La période est marquée par **l'achèvement de plusieurs grands chantiers**, dont la maternité de Port Royal, le bâtiment Urgences-Chirurgie (BUCA) de Tenon, ou encore le bâtiment Laennec à Necker livré au début de l'année 2013. Ces grandes opérations ont mobilisé plus de 665 M€ d'investissement, et représentent environ 1 300 lits et près de 200 000 m<sup>2</sup>. Le financement de ces programmes d'envergure n'a pas eu un effet d'éviction sur le plan d'investissements dits « techniques » (mise aux normes de sécurité des bâtiments), qui est aujourd'hui réalisé à hauteur de 50%, des objectifs du plan stratégique.

En revanche, la priorité accordée à ces opérations inscrites aux précédents plans stratégiques a conduit au report des projets d'investissement prévus dans la réflexion stratégique 2010-2014, et dont la majeure partie reste d'actualité (regroupement des laboratoires de biologie, réhabilitation des sites de soins de suite, projet de reconstruction des plateaux médico-techniques à Henri Mondor, de regroupement des hôpitaux Bichat et Beaujon, etc.)

La contrainte budgétaire s'est, par ailleurs, traduite par un infléchissement des crédits annuels d'investissement, qui passent de 533,5 M € en 2010 à une clôture pour 2012 de 326,4 M €.

Pour financer ses investissements, l'AP-HP s'est appuyée sur sa capacité d'autofinancement qui est passée de 280 M€ à 409 M€, l'augmentation s'expliquant pour partie par des écritures comptables exceptionnelles (stock, régularisation fiscale) et par une politique volontariste de **cessions de patrimoine**. Les cessions ont permis d'engranger 80 M € sur la période 2010-2012, dont près de 60 M€ sur la dernière année, soit un montant supérieur de 20 M€ aux prévisions du plan stratégique.

Le cycle d'investissement a également été soutenu par l'emprunt dans la continuité de la période antérieure. La fin des grandes opérations immobilières prévues à l'horizon 2013 a permis d'amorcer, sur la période, une **politique rigoureuse de maîtrise de l'endettement**. Ainsi, la dette est passée de 2,20 Mds € à 2,33 Mds€ entre 2010 et 2012, soit une hausse minime du taux d'endettement (passé de 32,79% à 33,14% des produits consolidés). Il s'agit d'une nette décélération de la croissance de l'endettement par rapport à la période 2005-2010, qui a vu l'encours total de la dette passer de 998 M € à 2 196 M €.

## 5.3. Perspectives 2013-2014

Malgré le redressement de la situation budgétaire de l'AP-HP, les défis économiques resteront nombreux dans les prochaines années, sous l'effet :

- de contraintes externes : forte maîtrise de l'ONDAM (objectif national des dépenses de l'Assurance maladie) ;
- de facteurs internes : augmentation mécanique de la charge de la dette ; marge brute insuffisante pour financer des programmes ambitieux d'investissements.

La poursuite du redressement du cycle d'exploitation, à travers l'optimisation des organisations, la croissance de l'activité et des recettes, restera la ligne directrice de la stratégie financière de l'AP-HP. Elle conditionne le maintien d'un niveau d'investissements suffisant pour l'ensemble du parc mobilier et immobilier de l'AP-HP.

En matière d'investissements, plusieurs priorités institutionnelles sont affichées pour 2013 : **les opérations d'investissement déconcentrées, le plan de travaux courant et le plan d'équipement, pour lesquels les autorisations d'engagement augmentent de 50% en 2013** par rapport à 2012. Dans le cas particulier des équipements, l'objectif est de revenir à une consommation de crédits de 90 M € en 2013, puis de maintenir un niveau d'effort supérieur à 100 M € dans les années qui suivent.

Par ailleurs, des projets de plus grande ampleur, dont le besoin de financement dépasse 50 M € et qui impliquent la construction de bâtiments, sont en cours d'élaboration et d'instruction. Ils présentent un intérêt régional ou national et pourraient, à l'issue de discussions avec les tutelles, bénéficier d'un appui financier. Ils feront l'objet d'une présentation en comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO).

Les principes généraux sous-tendant la stratégie d'investissement sont plus que jamais d'actualité :

- une politique active de cession sera poursuivie, afin de gager le financement des grands projets immobiliers ;
- les décisions seront guidées par des analyses solides du point de vue médico-économique. Cet impératif est renforcé dans un contexte de baisse prévisible des tarifs de séjour sur les prochaines années. A la logique, classique, de renouvellement (ou de rénovation) des équipements et des bâtiments en fonction de leur vétusté doit se substituer une logique de projet et de retour sur investissements ;
- les bâtiments neufs devront présenter une plasticité et une modularité suffisantes pour s'adapter au progrès médical et aux évolutions des modes de prise en charge ;
- L'utilisation optimisée des surfaces existantes des GH devra être poursuivie afin de libérer celles qui ne sont pas nécessaires à leur fonctionnement. Cette réflexion fait l'objet d'un des « projets prioritaires » de l'AP-HP ; en effet, le ratio SHON/ lit (surfaces hors œuvre nettes/ lit) global se situe encore à un niveau élevé : 168 m<sup>2</sup>/ lit en 2012 contre 166 m<sup>2</sup>/ lit en 2010<sup>24</sup>. Cette évolution est liée au double impact de l'ouverture de nouveaux bâtiments –qui augmentent les surfaces - et de la diminution des lits de +24h (- 4,66% entre 2010 et 2012). Pour favoriser la diminution des surfaces, un outil de chiffrage des m<sup>2</sup> dans les pôles et de l'analyse de leur performance d'occupation, testé avec succès dans un site, sera diffusé dans tous les GH.

A l'issue du présent plan stratégique, certains potentiels d'efficience - tels que l'optimisation des coûts fixes, l'amélioration du codage et de la facturation ou encore l'intensification de la politique de cession - verront nécessairement leur rendement s'amoinrir, car il ne s'agit pas d'actions renouvelables à l'infini. Des décisions plus structurelles, touchant aux organisations médicales et à la valorisation de certaines ressources (innovation, infrastructures hôtelières, etc.) devront prendre le relais pour assurer un financement pérenne des activités et des investissements de l'AP-HP.

---

<sup>24</sup> Si l'on déduit les surfaces infra-hospitalières consacrées à la recherche, l'enseignement et les associations, le ratio descend à 155 m<sup>2</sup>/ lit.