

RAPPORT D'ACTIVITE
2011
DE L'AP-HP

Direction de l'Inspection et de l'Audit

V2 : 21-11-2012

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
1 - L'ORGANISATION DE L'AP-HP	9
2 - LES CHIFFRES CLEFS ET LES EVENEMENTS MARQUANTS DE L'AP-HP EN 2011	18
3 - LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE	21
4 - LES THEMES TRANSVERSAUX PRIORITAIRES	26
5 - L'OFFRE DE SOINS ET L'ACTIVITE	28
6 - LA POLITIQUE DE SOINS	32
7 - L'INNOVATION, LA RECHERCHE ET LES RELATIONS AVEC L'UNIVERSITE	48
8 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES	60
9 - LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE GESTION DU PATRIMOINE	75
10 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES PATRIMONIALES, LOGISTIQUES ET LE MANAGEMENT DURABLE	81
11 - LES SYSTEMES D'INFORMATION	85
12 - LA POLITIQUE ECONOMIQUE ET FINANCIERE	92

LISTE DES SIGLES UTILISES

AAPP	Analyse et amélioration des pratiques professionnelles
ACHAT	Achats centraux, hôteliers, alimentaires et technologiques
AE	Autorisations d'engagement
AES	Accident d'exposition au sang
AGEPS	Agence générale des équipements et produits de santé
AGOSPAP	Association pour la gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes
ARAMIS	Logiciel « Application des résultats d'activité des MIS »
ARS	Agence régionale de santé
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifié
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATI	Agence technique informatique
BEH	Bail emphytéotique hospitalier
BHSCT	Bilan annuel d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
BO	Bloc opératoire
CAP	Conseil des aînés et des proches
CAP	Commissions administratives paritaires
CBN	Calcul des besoins nets
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCS	Centres de compétences et de services
CCSSIRMT	Commission centrale du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CCS-TCC	Centre de compétences et de services - Travail collaboratif et communication
CEDIT	Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques
CERTA	Centre d'expertise gouvernemental de réponse et de traitement des attaques informatiques
CESU	Chèque emploi service universel
CFCPH	Centre de formation continue des personnels hospitaliers
CFDC	Centre de la formation et du développement des compétences
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail
CIB	Centre d'investigation biomédicale
CIC	Centre d'investigation clinique
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CISS IDF	Collectif inter associatif sur la santé d'Ile-de-France
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLASS	Contrat local d'amélioration santé sécurité au travail
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CNIL	Commission nationale informatique et libertés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CORRUSS	Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
CP	Crédit de paiement
CPS	Cellule de pilotage stratégique
CRC	Centre de recherche clinique
CRCI	Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
CRMBSP	Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique
CRP	Compte de résultat principal
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CRUA	Chargé des relations avec les usagers et les associations
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge
CTEC	Comité technique d'établissement central
CTEL	Comité technique d'établissement local
CVRiS	Comité vigilances risques associés aux soins
DADSU	Déclaration automatisée des données sociales unifiée
DAJ	Direction des affaires juridiques

DDPA	Département des droits du patient et des associations
DDPCM	Département du développement professionnel continu médical
DEC	Département essais cliniques
DEFIP	Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHU	Département hospitalo-universitaire
DIF	Droit individuel à la formation
DIRC	Délégation interrégionale à la recherche clinique
DMI	Dispositif médical implantable
DMP	Dossier médical personnel
DPA	Dossier patient
DPM	Direction de la politique médicale
DPT	Direction du pilotage de la transformation
DRCD	Département de la recherche clinique et du développement
DRH	Direction des ressources humaines
DSAP	Direction des soins et des activités paramédicales
DSPC	Direction du service aux patients et de la communication
EDP	Entrepôt de données partagé
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EI	Événement indésirable
EIFEL	Economie, investissement, finances et logistique
EIG	Événement indésirable grave
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EPRD	Etat des prévisions de recettes et de dépenses
EQS	Echelle de qualité de soins
ETP	Equivalent temps-plein
ETPR	Equivalent temps plein rémunéré
EVDG	Ecole du Val-de-Grâce
FERCM	Fonds d'étude et de recherche du corps médical
FFI	Faisant fonction d'interne
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GH	Groupe hospitalier
GIRCI	Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HEC	Ecole des hautes études commerciales
HQE	Haute qualité environnementale
IADE	Infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA	Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IFR	Institut fédératif de recherche
IFSI	instituts de formation en soins infirmiers
IHU	Institut hospitalo-universitaire
INNOVARC	Plateforme sécurisée de dépôt des projets relatifs à la recherche et à l'innovation en santé
IPP	Institut de Puériculture et de Périnatalité
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ATIH	Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation
LOINC	Logical Observation Identifier Names and Codes
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIS	Missions d'information en santé
NSI	Nouveau système d'information
OPALE	Outil de pilotage de l'Assistance publique, des établissements et des pôles
OTT&PI	Office du transfert de technologie et des partenariats industriels
PAC	Praticien adjoint contractuel

PAPRI Pact	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PCRD	Programme-cadre de recherche et de développement
PDE	Plan déplacement entreprise
PDSES	Permanence des soins des établissements de santé
PEP	Pratiques exigibles prioritaires
PH	Praticiens hospitaliers
PHC	Praticiens contractuels
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PHRIP	Projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale
PHU	Pôles hospitalo-universitaires
PIVT	Pôle innovation et veille technologique
PM	Personnel médical
PMA	Procréation médicale assistée
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PNM	Personnel non médical
PPP	Partenariat public privé
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système de soins
PREQHOS	Programme de recherche en qualité hospitalière
PSTIC	Programme de soutien aux technologies innovantes coûteuses
PU-PH	Professeur des universités-Praticien hospitalier
QUALHAS	Plate-forme internet sécurisée de saisie d'information pour les établissements de santé
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
RSSI	Responsable de la sécurité des systèmes d'information
RTRS	Réseau thématique de recherche et de soins
SANCO	Santé publique et protection des consommateurs
SAPHORA	Enquête de satisfaction des patients hospitalisés dans tous les hôpitaux de court séjour
SCA	Service central des ambulances
SCB	Service central des blanchisseries
SHA	Solutions hydro-alcooliques
SIG	Système d'information gestion
SIGREC	Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SIP	Système d'information patient
SIRH	Système d'information des ressources humaines
SIRIUS	Système informatisé du référentiel unique des structures
SLD	Soins de longue durée
SMS	Sécurité, maintenance et services
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms
SPMP	Service des parcours et mobilités professionnels
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STIC	Soutien aux technologies innovantes coûteuses
SURVISO	Indicateur de surveillance des infections du site opératoire
TDC	Toutes dépenses confondues
UHPAD	Unité d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes
URC	Unités de recherche clinique
USLD	Unité de soins de longue durée

INTRODUCTION

L'AP-HP est une grande institution qui a toujours su évoluer pour s'adapter à son environnement et à ses besoins. En 2011, le rythme des évolutions s'est sensiblement accéléré et de grandes avancées ont été accomplies.

Les 12 groupes hospitaliers sont désormais opérationnels et profondément ancrés dans leur territoire. Leurs instances (CMEL, CTEL et CHSCT) ainsi que celles du reste de l'institution ont été mises en place à la suite des élections professionnelles qui se sont déroulées en octobre et novembre derniers.

Les pôles hospitalo-universitaires ont été recomposés avec une profonde évolution de leur périmètre et de nouveaux chefs de pôles nommés. Les nouveaux contrats de pôle seront signés au cours du 1^{er} semestre 2012. Enfin, le siège a été réorganisé avec pour missions la définition de la stratégie de l'institution et l'apport d'expertises aux groupes hospitaliers.

Associant très largement le corps médical, un important travail de réflexion et de réorganisation des activités médicales a été entrepris dans le cadre du plan stratégique, tant au sein des groupes hospitaliers qu'entre les groupes. Ce travail a concerné en particulier certaines disciplines médicales telles que la cancérologie, les neurosciences, la chirurgie de l'obésité, la biologie ou encore la gériatrie. Ces questions complexes ont fait l'objet de présentations régulières devant la commission médicale d'établissement et de concertations au sein du directoire.

Des programmes « pilotes » ont été lancés pour les 16 projets prioritaires de l'Institution. Ils seront déployés en 2012.

Ce mouvement majeur de transformation et de modernisation a pour ligne de mire l'amélioration du service au patient. Le plan d'action « proches de vous » destinés à répondre aux attentes exprimées par les patients, leurs proches et les correspondants médicaux a été élaboré en 2011 et sera lancé début 2012.

La recherche et l'enseignement occupent une place essentielle dans notre institution. Elles constituent un facteur décisif en termes d'activité pour nos professionnels et favorisent l'innovation ainsi que le rayonnement de l'AP-HP au plan international.

L'AP-HP, par la mobilisation de ses services a participé activement aux appels à candidatures lancés dans le cadre des investissements d'avenir. Elle est ainsi partenaire de trois des six instituts hospitalo-universitaires et de deux projets prometteurs.

Faisant œuvre d'initiative et d'impulsion, l'AP-HP a également proposé aux universités et à l'Inserm de créer ensemble des départements hospitalo-universitaires (DHU) afin d'amplifier et de mieux valoriser nos efforts de recherche. A l'issue d'un premier appel à candidatures, 8 projets sélectionnés par un jury international ont été labellisés début 2012.

La situation financière de l'AP-HP s'est améliorée en 2011, ce qui doit lui permettre de consolider sa capacité d'investissement tout en stabilisant son endettement.

Le dialogue social s'est poursuivi avec pour objectif prioritaire l'amélioration des conditions de travail des professionnels, qui, au jour le jour, œuvrent à la qualité et à la sécurité des soins prodigués aux patients.

Ce rapport d'activité 2011 présente l'organisation de l'AP-HP, sa politique économique et financière, ainsi que sa stratégie notamment en matière de ressources humaines, d'investissement et de gestion patrimoniale. Il rend compte des évolutions de son offre de soins et de son activité, de sa contribution à l'innovation et à la recherche, et de ses relations avec les universités.

Mireille FAUGERE

1 - L'ORGANISATION DE L'AP-HP

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) est, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), un établissement de ressort régional. Assurant des missions de soins, d'enseignement, de recherche médicale, de prévention, d'éducation de la santé et d'aide médicale urgente, l'AP-HP constitue le centre hospitalier régional et universitaire d'Ile-de-France. Elle est chargée, dans plusieurs domaines, de missions nationales et internationales.

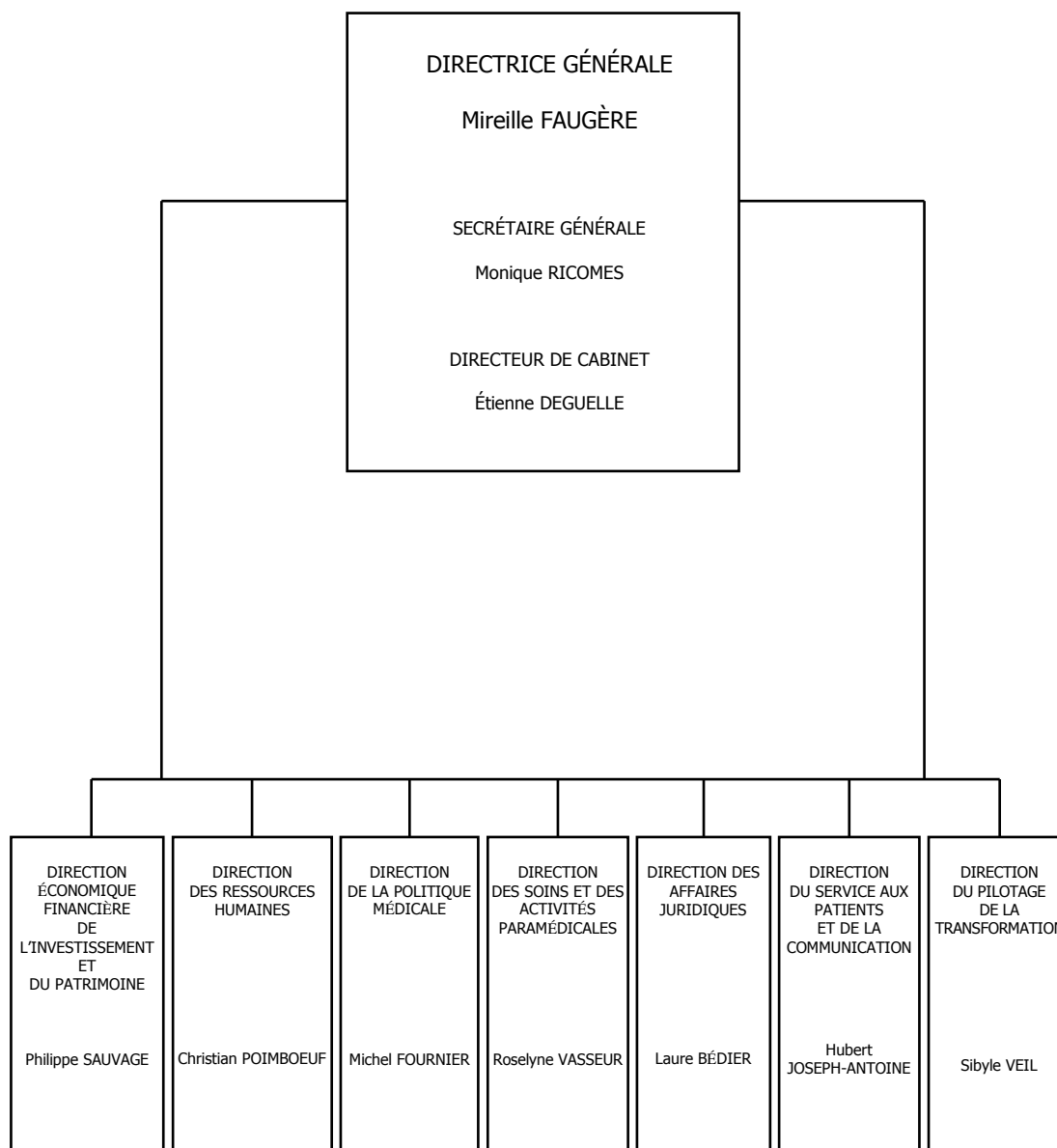
L'AP-HP assure une prise en charge s'appuyant sur toutes les possibilités diagnostiques et thérapeutiques. L'ensemble des spécialités médicales, organisées autour de 52 disciplines médicales, chirurgicales, biologiques et mixtes y sont représentées. Elle est liée à 7 unités de formation et de recherche universitaires de médecine, 2 d'odontologie et 2 de pharmacie.

L'AP-HP est constituée de 37 hôpitaux, répartis entre 12 groupes hospitaliers.

1.1 - Le comité de direction et le comité des groupes hospitaliers

En 2011, le comité de direction, qui s'est réuni chaque semaine, était composé ainsi :

COMITÉ DE DIRECTION



Le comité des groupes hospitaliers, qui s'est réuni tous les quinze jours, est composé des membres du comité de direction et des directeurs de groupes hospitaliers.

1.2 - Les instances

Il convient de distinguer les instances de décision (conseil de surveillance et le directoire) des instances consultatives (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement central, commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central).

1.2.1 – Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance de l'AP-HP est présidé par M. Raoul BRIET.

➤ **La composition du conseil de surveillance de l'AP-HP est la suivante :**

1°) Cinq membres au titre des représentants des collectivités territoriales :

- deux représentants de Paris dont :
 - un représentant du maire de Paris, M. Jean-Louis MISSIKA ;
 - un représentant du président du conseil général de Paris, M. Jean-Marie LE GUEN ;
- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu (pour l'AP-HP : Boulogne-Billancourt) : M. Pierre-Christophe BAGUET ;
- un représentant du conseil général du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu (pour l'AP-HP : département des Hauts-de-Seine) : M. François KOSCIUSKO-MORIZET ;
- un représentant du conseil régional d'Ile-de-France : M. Jean-Paul HUCHON.

2°) Cinq membres au titre des représentants du personnel :

- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, Mme Martine ANDRIEU ;
- deux représentants désignés par la commission médicale d'établissement (CME) : M. le Pr Loïc CAPRON et M. le Dr Alain FAYE ;
- deux représentants des personnels désignés par les organisations syndicales les plus représentatives du personnel de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris : Mme Rose May ROUSSEAU (USAP-CGT) et Mme Isabelle BORNE (SUD-SANTE).

3°) Cinq membres au titre des personnalités qualifiées :

- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'Agence régionale de Santé : M. Bertrand FRAGONARD, président de chambre à la Cour des comptes, président délégué du Haut conseil à la famille, et M. Raoul BRIET, conseiller maître à la Cour des comptes ;
- trois personnalités qualifiées, désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 :
 - personnalité qualifiée : M. Michel HANNOUN ;
 - représentants des usagers : M. Guy BERGER, président du comité de Paris de la Ligue contre le cancer, et M. Thomas SANNIE, vice-président de l'association Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Ile-de-France.

➤ **Membres à titre consultatif qui assistent aux séances**

- M. Claude EVIN, directeur général de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France ;
- M. Pierre ROUSSEAU, directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris ;
- M. le Pr Emmanuel HIRSCH, directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP ;
- M. le Pr Serge UZAN, président de la conférence des doyens, président du comité de coordination de l'enseignement médical, doyen de la faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie (Paris VI) ;
- M. le Pr Pierre CORIAT, président de la commission médicale d'établissement de l'AP-HP ;
- M. Aldo SALUARD, représentant des familles de personnes accueillies dans les unités de long séjour ;
- M. Jean PARMENTIER, contrôleur financier près l'AP-HP ;
- M. Christian THALAMY, trésorier-payeur général de l'AP-HP, pour les sujets concernant l'EPRD.

➤ **Activité du conseil de surveillance en 2011**

En 2011, le conseil de surveillance de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'est réuni 5 fois : les 19 janvier, 16 mars, 15 juin, 14 septembre et 14 décembre. Les questions sur lesquelles il a été amené à délibérer, à donner son avis et à entendre une communication de la direction générale, sont les suivantes :

1°/ Le conseil de surveillance a délibéré sur :

- la convention hospitalo-universitaire avec l'université Paris Descartes (séance du 19 janvier) ;
- le compte financier unique pour l'année 2010 (séance du 14 décembre) ;
- le rapport d'activité de l'AP-HP pour l'année 2010 (séance du 14 décembre) ;
- la convention entre l'AP-HP, l'université Paris-Sud 11 et l'Institut Gustave Roussy constitutive de centre hospitalier et universitaire (séance du 14 décembre).

2°/ Il a émis des avis sur :

- plusieurs modifications du règlement intérieur de l'AP-HP (séances des 16 mars et 15 juin) ;
- les acquisitions et cessions immobilières (séances des 16 mars, 15 juin, 14 septembre et 14 décembre).

3°/ Enfin, il a reçu communication et information sur les points suivants :

- suivi infra-annuel de l'exécution budgétaire (séances des 15 juin, 14 septembre et 14 décembre) ;
- information sur la politique patrimoniale de l'AP-HP (séance du 15 juin) ;
- information sur la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique AP-HP 2010-2014 (séance du 14 septembre) ;
- communication relative à l'EPRD 2011 et au programme d'investissement (séance du 14 septembre) ;
- présentation du rapport d'activité de la commission centrale de l'activité libérale au titre de 2009 (séance du 14 septembre) ;
- information sur les délégations de signature (séance du 14 décembre).

1.2.2 - Le directoire

➤ La composition du directoire de l'AP-HP

Cinq membres de droit :

- la directrice générale de l'AP-HP, présidente du directoire, Mme Mireille FAUGERE ;
- le président de la CME, vice-président du directoire chargé des affaires médicales, M. le Pr Pierre CORIAT ;
- un membre nommé sur proposition conjointe de l'ensemble des directeurs des unités de formation et de recherche médicale des universités d'Ile-de-France, vice président (doyen) du directoire, M. le Pr Serge UZAN, président de la conférence des doyens, président du comité de coordination de l'enseignement médical (remplacé à compter du 14 septembre 2011 par M. le Pr Djillali ANNANE, doyen de la faculté de médecine de Paris Ile-de-France Ouest, président de la conférence des doyens d'Ile de France) ;
- un membre nommé sur proposition conjointe du président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, des présidents des universités d'Ile-de-France et du vice-président doyen, vice président du directoire chargé de la recherche, M. le Pr Marc HUMBERT, praticien hospitalier, professeur des universités ;
- la présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : Mme Roselyne VASSEUR.

Quatre membres nommés par la directrice générale :

- deux membres appartenant aux professions médicales sur proposition conjointe du président de la CME et du vice-président doyen : M. le Pr Yves AIGRAIN, praticien hospitalier, professeur des universités, membre de la CME de l'AP-HP ; et M. le Pr Patrick HARDY, praticien hospitalier, professeur des universités, membre de la CME de l'AP-HP ;
- deux autres membres : M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale de l'AP-HP, et M. Philippe SAUVAGE, directeur économique et financier de l'AP-HP.

➤ Activité du directoire en 2011

En 2011, le directoire s'est réuni 19 fois : les 4 et 18 janvier, 1er et 15 février, 1er et 15 mars, 19 avril, 3 et 17 mai, 14 et 28 juin, 12 et 26 juillet, 6 et 20 septembre, 4 et 18 octobre, 22 novembre, 6 décembre.

1.2.3 - Les instances consultatives

Les instances consultatives centrales sont la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement central (CTEC), le comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail central (CHSCT central) et la commission centrale du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSSIRMT).

1.2.2.1 - La commission médicale d'établissement

La CME est l'instance consultative représentant la communauté médicale de l'AP-HP. La CME, élue en 2007, a achevé en 2011 son mandat quadriennal. Les élections générales se sont

tenues les 25 octobre et 29 novembre 2011, pour le renouvellement de la CME (mandat 2012-2015). Elle est présidée par le Pr Pierre CORIAT ; son vice-président est le Pr Yves AIGRAIN.

En 2011, la CME s'est réunie douze fois : onze fois en séance plénière ordinaire, suivie de la séance restreinte, au cours de laquelle sont étudiées les situations individuelles, et une fois en séance extraordinaire consacrée à la réorganisation en pôles de l'AP-HP.

La CME a notamment été informée de :

- la structuration en pôles de l'AP-HP (méthodologie, calendrier) ;
- la nomination des chefs de pôle ;
- les enjeux de la gériatrie ;
- les dépenses de permanence des soins ;
- la révision des effectifs de praticiens hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers ;
- l'activité ;
- le rapport d'étape annuel sur le contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France ;
- la certification V 2010 ;
- les indicateurs nationaux de performance médicale HAS.

1.2.2.2 - Le comité technique d'établissement central

Le comité technique d'établissement central (CTEC) est une instance consultative régie par les dispositions du code de la santé publique, visant à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l'établissement. Le CTEC de l'AP-HP est composé de 20 membres titulaires, de 20 membres suppléants et d'un représentant de la CME. Il est présidé par la directrice générale, ou son représentant, et son secrétaire est M. Patrick NEE.

Durant l'année 2011, neuf séances ont été organisées, dont une extraordinaire. Deux séances n'ont pas pu se dérouler faute de *quorum*, mais elles se sont ensuite tenues dans les délais réglementaires. La commission de formation CTEC s'est réunie les 21 janvier et 1^{er} septembre 2011.

Les principaux thèmes abordés en séances ont été les suivants : les personnels des unités cognitivo comportementales ; les mandataires judiciaires à la protection des mineurs ; calendrier des concours ; audit crèche ; article 115 de la loi de finance n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 ; activité au 31 décembre 2010 ; élément de méthodologie de l'EPRD ; commission des contrats publics et modification du règlement intérieur ; mise en place des organigrammes fonctionnels des groupes hospitaliers, pôles d'intérêt commun et services centraux ; modification du règlement intérieur, et modalité électorale pour le renouvellement des membres de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; exécution budgétaire au 31 décembre 2010 ; point sur l'activité au 28 février 2011 ; les seize projets transversaux 2011 ; premier bilan du dispositif d'accompagnement des mobilités ; mise en place des pôles ; déploiement SAP ; réorganisation des gardes techniques (loyers des logements pour utilité de service) ; projets crèches (Pitié, Villemin, Rothschild) ; CLACT (avis) ; charte d'utilisation du système d'information (avis) ; entretien professionnel ; EPRD 2011 ; situation à fin juin 2011 ; rapport d'activité annuel 2010 de l'AP-HP (avis) ; décret 2011-584 du 26 mai 2011 relatif au CTE ; résultats de la coupe pathos ; projet de bilan social 2010 ; formation : bilan 2010 et orientations 2012 (avis) ; compte financier unique (avis) ; suivi infra annuel de l'EPRD à fin septembre ; état de la dette ; convention AP-HP/université Paris 11/Institut Gustave Roussy (avis) ; convention AP-HP/Paris 11 (personnels ; étudiants, patrimoine) (avis) ; politique d'attribution des logements sur critères professionnels ; information sur la valorisation du patrimoine ; reprise de l'activité de

lactarium et de néonatalogie de l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie de Paris (IPP) ; plan stratégique (projet 2011) ; EPRD 2011.

1.2.2.3 - Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est une instance consultative qui obéit à des règles générales fixées par le Code du travail, la législation du travail s'appliquant en ce domaine pour chaque établissement de santé.

Le CHSCT central de l'AP-HP est composé de onze membres titulaires et onze membres suppléants (deux membres titulaires et deux membres suppléants représentent le personnel médical ; neuf membres titulaires et neuf membres suppléants représentent le personnel non médical).

Le CHSCT est présidé par la directrice générale ou son représentant. Son secrétaire est Mme Réjane PRESTAIL.

En 2011, le CHSCT central s'est réuni à dix reprises, dont sept en séances ordinaires et trois en séances extraordinaires, et a procédé à une visite (IFSI Bichat René Auffray en octobre 2011).

Les principaux thèmes abordés en séances ordinaires ont été les suivants : risques chimiques ; amiante ; bilan des dangers graves et imminents locaux ; bilan annuel d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (BHSCT) 2010 ; bilan radioprotection 2010 ; bilan social 2010 ; rapport d'activité 2010 de la mission handicap et travail ; bilan accidents d'exposition au sang (AES) 2009 ; programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT) 2012 ; CLACT – CLASS (Contrat local d'amélioration santé sécurité au travail) ; déclarations de danger grave et imminent à la médecine du travail ; expertise IFSI, NSI, travail en 12 heures ; bilan sécurité malveillance ; conditions de travail ; organisation des groupes hospitaliers en pôles ; accompagnement des mobilités ; plan déplacement entreprise : covoiturage.

En séances extraordinaires les principaux thèmes abordés ont été : impact du fonctionnement en 12 heures ; répercussions de l'obligation d'adhérer à un ordre professionnel pour des personnels non médicaux ; conséquences de la mise en œuvre du nouveau référentiel de formation infirmier.

1.2.2.4 - La Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

L'année 2011 a été marquée par les élections en vue du renouvellement des membres de la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT). Ces élections, organisées le 14 juin, se sont déroulées pour la première fois exclusivement par correspondance. Le taux de participation a été de 26,51 %. La nouvelle commission comprend 40 membres - dont 89 % de nouveaux membres - répartis dans les trois collèges : collège des cadres de santé ; collège des infirmier(e)s et spécialisé(e)s, rééducateurs et médico-techniques ; collège des aides-soignants et auxiliaires de puériculture. La commission s'est réunie dans sa nouvelle configuration pour la première fois le 10 octobre 2011.

En 2011, la CCSIRMT (ancienne puis nouvelle configuration) s'est réunie lors de neuf séances plénières. Ces séances ont permis de débattre de thématiques institutionnelles et de conduire des réflexions relatives aux soins paramédicaux. Les principales thématiques traitées ont été :

- la vie institutionnelle : l'institution ; les nouvelles directions du Siège et leurs missions ; présentation des 16 projets prioritaires avec un focus sur le chantier « conditions de travail et absentéisme » ; le projet ressources humaines et l'organigramme de la DRH ; la

structuration des directions des groupes hospitaliers ; la configuration, le périmètre et l'organisation des nouveaux pôles ; la mise en place de la commission centrale de concertation avec les usagers et de ses trois groupes de travail (bienveillance, expression des usagers, promotion du rôle des représentants des usagers et de la CRUQPC) ;

- la formation : droit individuel à la formation (DIF) ; formation des cadres de santé en partenariat avec l'université Paris Dauphine ; signature du contrat entre l'AP-HP et l'université ; priorités 2011 et orientations 2012 de la formation continue ;
- gouvernance interne : séminaire des cadres paramédicaux de pôle ; bilan social ; EPRD 2011 ; restructurations et mise en œuvre du projet médical dans la cadre du plan stratégique ; politique de logement et valorisation du patrimoine ; charte d'utilisation du système d'information ; mise en place de l'entretien d'évaluation ;
- les soins : décret relatif aux missions des directeurs de soins du 29 septembre 2010 ; plan d'attractivité et de fidélisation des infirmiers ; propositions d'indicateurs d'activité paramédicale opposables aux pôles ; place des paramédicaux dans les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et cas concrets concernant les sondes à demeure ; coopérations entre professionnels de santé ; présentation du référentiel actualisé d'évaluation du dossier de soins ; résultats de l'enquête de prévalence escarres 2011 ; bilan du CLIN central ; appel à projet des projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale 2012 ; point sur la journée internationale des infirmières ; synthèse des journées HAS ;
- la vie interne de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : campagne de communication relative aux élections des commissions de soins (locales et centrale) ; élection des représentants de la CCSIRMT au conseil de surveillance, à la CME, à la commission centrale de concertation avec les usagers, aux COMEDIMS, CVRIS, CLIN, CLUD, CLAN ; constitution du bureau de la CCSIRMT ; validation du règlement intérieur ; rapport d'activité 2010 de la CCSIRMT.

La directrice générale a rencontré à deux reprises la CCSIRMT pour présenter la feuille de route 2011, les seize « chantiers » prioritaires AP-HP, et détailler les réorganisations en cours et à venir.

1.3 - Les groupements hospitaliers et les services généraux

La création des groupes hospitaliers (GH) a consisté à mettre en place une organisation et une gouvernance communes à plusieurs hôpitaux de l'AP-HP géographiquement proches et relevant d'une même université. Les groupes ainsi constitués doivent permettre des rapprochements selon deux logiques complémentaires ;

- médicale, en offrant aux patients une prise en charge plus cohérente et plus homogène dans des filières de soins complètes ;
- de proximité géographique, en favorisant les synergies entre sites hospitaliers.

Les douze groupes hospitaliers, officiellement créés par arrêté directorial du 23 décembre 2010, ont été rendus pleinement opérationnels en 2011, ce sont :

- GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal ;
- GH Bichat – Beaujon – Louis-Mourier – Bretonneau – Charles-Richet ;
- GH Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix ;
- GH Avicenne – Jean-Verdier – René-Muret ;
- GH Tenon – Saint-Antoine – Rothschild – Armand Trousseau-la Roche-Guyon ;
- GH Cochin – Hôtel-Dieu – Broca ;
- GH Raymond-Poincaré – Berck – Ambroise-Paré – Sainte-Périne ;

- GH Bicêtre – Paul-Brousse – Antoine-Béclère ;
- GH Henri-Mondor – Albert-Chenevier – Emile-Roux – Joffre-Dupuytren – Georges-Clemenceau ;
- GH Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) – Corentin-Celton – Vaugirard–Gabriel-Pallez ;
- GH Necker-Enfants malades ;
- GH Robert-Debré.

L'hôpital marin à Hendaye (64), l'hôpital San-Salvador à Hyères (83), l'hôpital Villemin - Paul-Doumer à Liancourt (60) et l'Hospitalisation à domicile ne sont pas inclus dans un groupe.

1.4 - Les pôles d'intérêt commun

Après concertation avec le directoire, la directrice générale, par décision n° 2011–0053 DG du 9 mai 2011, a fixé la liste des pôles d'intérêt commun comme suit :

- direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP) ;
- direction des ressources humaines (DRH) ;
- direction de la politique médicale (DPM) ;
- direction des affaires juridiques (DAJ) ;
- direction du service aux patients et de la communication (DSPC) ;
- direction du pilotage de la transformation (DPT) ;
- direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) ;
- agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) ;
- achats centraux, hôteliers, alimentaires et technologiques (ACHAT) ;
- sécurité, maintenance et services (SMS) – service central des blanchisseries (SCB) – service central des ambulances (SCA) ;
- département de la recherche clinique et du développement (DRCD) ;
- centre de la formation et du développement des compétences (CFDC).

2 - LES CHIFFRES CLEFS ET LES EVENEMENTS MARQUANTS DE L'AP-HP EN 2011

2.1 - Les chiffres clés

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris est constituée de 37 hôpitaux, dont 3 sont situés en province, et une structure d'hospitalisation à domicile. Les hôpitaux franciliens sont rassemblés en 12 groupes hospitaliers. Les principaux chiffres-clés sont les suivants :

- 21 163 lits toutes disciplines confondues ;
- 10 938 lits d'hospitalisation en MCO ;
- 1 993 places d'hôpital de jour ;
- 1,2 million de séjours en MCO ;
- 5 millions de consultations externes ;
- 1,1 million de passages aux urgences ;
- 38 000 naissances ;
- 1 200 greffes d'organes ;
- 200 000 actes de chirurgie (dont 40 000 ambulatoires) ;
- 90,5 % des patients sont franciliens ; 7,9 % viennent de province ; 0,6 % des DOM-TOM et 1 % de l'étranger ;
- 22 000 médecins ;
- 3 000 internes ;
- 5 000 étudiants en médecine ;
- 50 827 personnels hospitaliers et médicaux techniques ;
- 10 instituts et centres de formation spécialisés ;
- 8 000 étudiants (tous instituts et centres de formation paramédicaux confondus) ;
- 2 800 projets de recherche en cours, tous promoteurs confondus ;
- 865 projets de recherche développés par l'AP-HP ;
- 20 000 patients inclus dans des essais cliniques à promotion AP-HP ;
- 8 200 publications scientifiques ;
- 12 URC ;
- 3 IHU ;
- 18 IFSI ;
- 2363 diplômes d'Etat délivrés (tous métiers).

2.2 - Les événements marquants

2.2.1 - Ouvertures ou regroupements de structures, installation d'équipements

Depuis l'adoption du plan stratégique, plus de cent réorganisations ont été mises en œuvre dans les hôpitaux de l'AP-HP. On peut citer quelques exemples d'ouvertures ou de regroupements de structures, et d'installation d'équipements :

- regroupement sur le site de l'unité d'addictologie de l'hôpital René-Muret (AP-HP) dirigée par le Docteur Anne Borgne d'une filière de prise en charge complète en addictologie et accueil des patients dépendants aux produits psycho-actifs (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments), au jeu, au sexe, ou aux écrans sous toutes leurs formes (janvier) ;
- regroupement des activités de laboratoire du groupe hospitalier Henri Mondor/Albert Chenevier/Joffre-Dupuytren/Emile Roux/George Clemenceau, sur le site de l'hôpital Henri Mondor (février) ;
- ouverture du nouveau service d'odontologie à l'hôpital Charles-Foix (mars) ;
- mise en activité à l'hôpital Cochin et à l'hôpital Raymond Poincaré du système EOS qui permet de réaliser une image numérique en 3D du squelette entier avec une dose d'irradiation 8 à 10 fois plus faible qu'une radiographie standard (avril) ;
- mise en activité à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière d'un équipement de radiothérapie qui permet de délivrer une dose d'irradiation modulée en fonction du volume à irradier, de guider l'irradiation par une image 3D, et d'accroître ainsi la précision du traitement et de limiter l'exposition des organes du patient non atteints par la maladie (avril) ;
- mise en activité à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière du gamma-knife®, un appareil de radio-chirurgie stéréotaxique qui permet de traiter les pathologies cérébrales sans avoir à ouvrir le crâne (avril) ;
- transfert du service d'endocrinologie-neurologie pédiatrique de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à l'hôpital Bicêtre (avril) ;
- installation de la 3^{ème} antenne d'hospitalisation pédiatrique de l'AP-HP à l'hôpital Louis-Mourier (mai) ;
- création d'une consultation « médecine du voyage » à l'hôpital Robert Debré (juin) ;
- transfert de l'activité de médecine infectieuse de l'hôpital Paul-Brousse vers l'hôpital Bicêtre, et regroupement avec l'activité de médecine interne de l'hôpital Bicêtre dans un même bâtiment (premier semestre) ;
- inauguration à l'hôpital Saint-Louis de l'unité d'hématologie « Adolescents et jeunes adultes » (juin) ;
- arrivée à l'hôpital Ambroise Paré, de l'unité de nutrition obésité du Pr Czernichow qui offre une prise en charge médicale de l'obésité (septembre) ;
- ouverture d'une unité de rythmologie à l'hôpital Bichat (novembre) ;

- transfert de 30 lits de soins de suite et réadaptation de l'hôpital Bicêtre vers l'hôpital Paul-Brousse pour de la cohérence du projet gériatrique (tout au long de 2011).

2.2.2 - Les événements illustrant la marche du progrès médical

➤ Le 26 janvier, naissance d'un nouveau-né issu d'un double processus de sélection très encadré par les lois de bioéthique qui lui a permis de naître sain, alors que ses deux aînés sont atteints de bêta-thalassémie, une maladie génétique grave et invalidante. Ce nouveau-né possède un groupe tissulaire compatible (HLA) avec celui de sa grande sœur, pour qui une greffe de moelle est le seul espoir de guérison.

➤ Le 5 janvier, grâce aux équipes de l'hôpital Saint-Antoine et de l'hôpital Henri-Mondor, deux patients adultes du groupe sanguin AB, rare, ont bénéficié simultanément d'un même greffon grâce à la séparation *in vivo* d'un foie en deux demi-foies.

➤ L'hôpital Broca a été retenu comme centre national expert sur la thématique « stimulation cognitive » par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Son projet baptisé CEN STIMCO, se fait en collaboration avec les universités Paris Descartes, Bretagne Sud, Paul-Verlaine à Metz, l'université de Bourgogne et le Gérontopôle de Toulouse (janvier).

➤ L'AP-HP compte trois des six Instituts hospitalo-universitaires (IHU) labellisés en France (mars) :

- l'IHU des maladies génétiques – IMAGINE, qui réunit l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades, l'Université Paris Descartes et l'Inserm.
- l'IHU Neurosciences translationnelles -A-ICM, qui associe les hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix, l'université Pierre et Marie Curie, le CNRS, l'Inserm, l'ICM et la fondation IFRAD.
- l'IHU de cardiométabolisme et nutrition – ICAN, qui fédère les hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix, l'université Pierre et Marie-Curie et l'Inserm.

➤ L'équipe de chirurgie thoracique et vasculaire du Professeur Emmanuel Martinod de l'hôpital Avicennes réalise une première mondiale en greffant une bronche artificielle chez un patient atteint de cancer du poumon (mars).

➤ Création du programme d'accompagnement des parents de très jeunes enfants autistes à l'hôpital Robert Debré (mars).

➤ Après cinq ans de travaux et un an de test auprès de 454 patients, mise en œuvre à l'hôpital Bicêtre d'une échelle (LAST : LAnguage Screening Test) permettant de dépister les troubles du langage, même discrets, en phase aiguë d'un accident cardiovasculaire (avril).

➤ Une étude coordonnée par des équipes de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et de l'Inserm a permis d'identifier, à partir d'un échantillon de 2 000 malades et de 2 000 témoins, les déterminants génétiques de la cardiomyopathie dilatée (avril).

➤ Le centre d'assistance médicale à la procréation de l'hôpital Jean-Verdier (Seine-Saint-Denis) expérimente pour la première fois avec succès la technique de congélation ultra-rapide des embryons, obtenus après fécondation *in vitro* (autorisée en France depuis fin 2010) : le 8 août, deux nouveau-nés ont vu le jour après vitrification embryonnaire.

➤ L'hôpital Trousseau réussit une première mondiale en fabriquant puis en transfusant des globules rouges obtenus à partir de cellules souches (septembre).

3 - LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

La mise en œuvre du plan stratégique a été marquée, en 2011, par de nombreuses actions, tant au niveau des groupes hospitaliers que dans une démarche institutionnelle, souvent en partenariat étroit avec l'Agence régionale de Santé, dans le cadre de l'insertion territoriale de l'AP-HP.

Ces actions se déclinent autour de quatre grands axes :

- une transformation en profondeur du cadre d'organisation des activités médicales et médico-techniques ;
- des programmes institutionnels de réorganisation de certaines activités sensibles ;
- des restructurations aux trois niveaux d'activité : de proximité, spécialisées, très spécialisées ;
- un développement des coopérations territoriales.

3.1 - La transformation du cadre d'organisation des activités médicales et médico-techniques : la réorganisation polaire et les DHU

La réorganisation polaire menée en 2011 a finalisé l'évolution de la maille d'organisation de l'AP-HP autour des groupes hospitaliers. Elle a été menée dans une démarche partenariale étroite entre les directions du siège, la gouvernance médicale et directoriale des groupes hospitaliers, la CME enfin, notamment par le travail important de la commission des structures.

Les pôles d'activité médicale et médico-technique ont été constitués à l'échelle du groupe hospitalier (pôles intersites), contrairement à la précédente organisation qui ne comprenait que des pôles mono-sites. Les périmètres proposés correspondent essentiellement à des logiques médicales (prise en charge autour d'un organe, filière de prise en charge urgences-aval des urgences-soins de suites et de réadaptation, organisation commune des laboratoires...). Les pôles répondent à une taille critique (jusqu'à plusieurs centaines de lits pour des pôles avec une logique de filière).

La réorganisation a conduit à une diminution importante du nombre de pôles (de 189 à 128). 62 % de ces pôles sont multi-sites ; 34 pôles ont une thématique médicale à forte dimension hospitalo-universitaire ; 46 pôles ont une logique « métier » autour du plateau médico-technique ; 11 pôles répondent à une logique de filière de prise en charge et 5 pôles à une dimension géographique ; 9 pôles sont plus particulièrement structurés autour de la thématique de la prise en charge du cancer. Seuls 23 pôles n'ont pas connu de modification dans le cadre de cette réorganisation.

La réorganisation polaire a été finalisée au printemps 2011, les chefs de pôles ont été nommés en juillet.

L'AP-HP a parallèlement mené un travail totalement innovant dans le paysage hospitalo-universitaire français : la création des départements hospitalo-universitaires (DHU) en partenariat avec les universités et les organismes de recherche médicale. Les DHU sont fondés sur des contrats de développement passés entre des structures hospitalières (un ou plusieurs pôles), des facultés de médecine et des organismes de recherche, pour favoriser l'essor d'une médecine universitaire d'excellence, fortement dynamique en termes de projets de recherche et d'enseignement. Dans l'esprit de l'excellence recherchée, les DHU ont été créés à la suite d'un appel à projet lancé auprès des services et pôles de l'AP-HP, piloté par un jury international, et conduisant à une labellisation « DHU ». 8 DHU ont été labellisés en 2011, un deuxième appel à projet étant en cours en 2012.

3.2 - Programmes transverses de réorganisation

Des démarches institutionnelles, transverses à l'ensemble des groupes hospitaliers, pilotées par le siège de l'AP-HP, avec une articulation importante avec l'ARS, ont été mises en place pour certaines thématiques médicales ou médico-techniques :

- la prise en charge de la cancérologie : un comité opérationnel cancer a été constitué pour la mise en œuvre des orientations du plan stratégique. Composé de représentants des groupes hospitaliers et de la communauté des oncologues de l'AP-HP, ce comité a coordonné et accompagné les projets d'organisation des activités de cancérologie pour tous les groupes hospitaliers. Son action est conduite par une logique de labellisation en centres intégrés de cancérologie (coordination forte au sein du groupe hospitalier de plusieurs thématiques de prise en charge, pour une filière de prise en charge accessible et de qualité) et en centres experts de cancérologie (promotion d'une prise en charge experte pour une thématique donnée). 37 centres experts et 7 centres intégrés ont ainsi été labellisés autour d'un projet organisationnel et de prise en charge, qui sera évalué et ajusté sur la base d'indicateurs définis en commun.
- la réorganisation de la biologie : la réorganisation des activités de biologie se met en œuvre selon un processus itératif siège-groupes hospitaliers similaire à celui initié pour le cancer et favorisant un esprit de concertation. La réorganisation vise ici à un management des activités de biologie à l'échelle du groupe hospitalier, supprimant les activités en doublons et favorisant la qualité (préparation à la certification des activités de biologie) et l'excellence universitaire. Les progrès de la technologie sont favorisés (plateformes pré-analytiques et analytiques à haut débit, comme dans le bâtiment Jean Dausset à Cochin). Les activités hautement spécialisées (génétique notamment) sont traitées dans une optique d'organisation supra-groupes hospitaliers.
- la réorganisation de la gériatrie et des activités de soins de suite et de réadaptation : l'action de l'AP-HP, en concertation étroite avec l'ARS, vise à un rééquilibrage de l'offre de soins entre la grande couronne et la petite couronne, le nord et le sud de la région, ainsi qu'un rééquilibrage entre un SSR gériatrique prépondérant et un SSR spécialisé (Neurologie, Pneumologie,...) insuffisamment développé. L'ouverture du bâtiment Nouveau Rothschild a marqué une étape importante en ce sens en 2011, et plusieurs projets de même nature sont lancés.

L'AP-HP s'est par ailleurs inscrite dans la démarche initiée par l'Agence régionale de Santé (ARS) pour la réorganisation de la Permanence des soins des établissements de santé (PDSSES) pour les activités de chirurgie viscérale et chirurgie orthopédique adulte. L'ARS a lancé en 2011 un appel à candidature fondé sur un cahier des charges. L'ensemble des candidatures proposées par l'AP-HP (13 sites) ont été retenues par un jury régional, à la suite d'un travail de réorganisation interne à l'AP-HP qui s'est achevé en 2011 (organisation de la PDSSES « nuit profonde » entre les sites de Saint-Louis et Lariboisière, Saint-Antoine et Tenon, Cochin et Hôtel Dieu, notamment).

L'AP-HP a également répondu à l'appel à projet lancé par l'ARS dans le cadre du plan national pour la prise en charge de l'obésité : les trois centres supra-groupes hospitaliers qui ont candidaté (Nord-Médian-Sud) ont été retenus.

L'AP-HP a mis en place un comité d'ouverture des grands bâtiments qui a préparé tout au long de l'année 2011 les conditions médicales, organisationnelles et financières de ses principaux

programmes immobiliers (Nouveau Rothschild en 2011, Port-Royal, Tenon-BUCA, Corentin-Celton II en 2012,...).

3.3 - Restructurations des activités médicales

De nombreuses opérations de restructuration médicales conformes aux orientations du plan stratégique ont été mises en œuvre en 2011, pilotées directement par les groupes hospitaliers ou coordonnées par le siège. Le nombre de ces restructurations étant supérieur à 50, seules les plus importantes seront ici citées :

- réorganisation des activités de chirurgie digestive à Ambroise Paré et création d'une unité médico-chirurgicale de prise en charge de l'obésité qui est partie prenante au centre médian labellisé cité plus haut ;
- transfert de la cardiologie interventionnelle de Tenon à Pitié-Salpêtrière dans le cadre de la finalisation de la montée en charge du Bâtiment Cœur ouvert en 2010 ;
- transfert des activités de rythmologie de Lariboisière à Bichat dans le cadre du développement du centre lourd médico-chirurgical cardiaque de ce site ;
- transferts d'activité de Charles Foix à Rothschild dans le cadre de l'ouverture du Nouveau Rothschild ;
- ouverture d'une activité de neuro-radiologie interventionnelle à Beaujon ;
- regroupement des activités d'otologie adultes de l'AP-HP et création d'un centre unique pour le réglage des implants cochléaires sur le site de Rothschild ;
- création de l'unité de prise charge hématologie « adolescents et jeunes adultes » à Saint-Louis ;
- intégration de l'institut de puériculture de Paris par Necker.

2011 a bien sûr été marqué par la préparation de très nombreux projets qui sont mis en œuvre en 2012 (ouverture de la maternité de Port-Royal pour ne citer que cet exemple).

3.4 - Développement des coopérations territoriales

2011 a été marqué par un très important travail de développement des coopérations territoriales, visant à une meilleure intégration de l'AP-HP dans son territoire, notamment pour ses établissements de la petite couronne :

- préparation d'un projet médical coordonné entre les sites de Louis Mourier et le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre d'une part, Henri Mondor et le centre hospitalier intercommunal de Créteil d'autre part ;
- nombreuses relations nouées entre le groupe hospitalier Avicenne-Jean Verdier et les partenaires publics et privés de Seine-Saint-Denis (prise en charge de l'obésité et de la cancérologie notamment) ;

L'Hôpital Cochin a également structuré son partenariat avec l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et la Pitié-Salpêtrière a ouvert la plateforme régionale de radiochirurgie dédiée au traitement radiothérapeutique des lésions de la tête et du cou.

L'AP-HP a par ailleurs créé une Mission Ville-Hôpital avec pour objectif de :

- garantir à tous les patients vulnérables l'accès à une prise en charge de secteur I tout au long de la chaîne de santé ;
- optimiser l'organisation des filières de soins et en favoriser l'accessibilité ;
- anticiper le risque de saturation des urgences ;
- faire connaître l'AP-HP auprès des partenaires des villes et réciproquement.

3.5 - L'évolution du projet gériatrie

Sur la base du constat des enjeux liés à l'évolution des soins de longue durée (SLD) de l'AP-HP, de l'exigence de mise aux normes et d'humanisation des structures d'hébergement, locaux, du rôle prépondérant de notre institution (60 % de l'offre en SLD de l'Ile-de-France), la directrice générale a nommé, le 15 mai 2011, un chef de projet – qui est aussi l'interlocuteur de l'ARS d'Ile-de-France sur ce sujet – ayant pour mission d'établir en lien avec les responsables et les experts de cette activité, les lignes structurantes sur lesquelles l'AP-HP devra se prononcer pour faire les choix les plus à même de répondre aux différents enjeux :

- remplir pleinement la mission de l'AP-HP dans le parcours de soins en gériatrie ;
- organiser la mise aux normes et l'humanisation des locaux ;
- adapter les organisations dans un budget équilibré ;
- renforcer les liens intra-régionaux.

L'année 2011 a permis d'avancer sur les points suivants :

- état des lieux complet et détaillé des enjeux stratégiques, financiers, immobiliers et humains a été dressé pour l'ensemble de l'AP-HP, et site par site ;
- identification avec l'ARS des arbitrages à effectuer en 2012, notamment en matière d'investissements ;
- communication des enjeux aux différents responsables de l'AP-HP : directions du siège, groupes hospitaliers, sites, instances centrales... ;
- le travail spécifique d'analyse et de concertation interne et externe sur certains dossiers particuliers, notamment l'hôpital Joffre-Dupuytren, pour lequel un scénario d'évolution présenté au ministère de la santé en décembre 2011 verra son début de mise en œuvre dès 2012.

3.6 - Le plan stratégique et le projet de soins

Le projet de soins fait partie intégrante du plan stratégique 2010-2014 en complémentarité du projet médical et du projet ressources humaines de l'institution.

En 2011, les grandes orientations du projet de soins ont été déclinées en lien avec les projets médicaux par les groupes hospitaliers et hôpitaux selon leurs spécificités.

A la suite de la mise en place des nouveaux pôles, le projet de soins est décliné dans les contrats de pôle *via* des éléments de suivi assortis d'indicateurs retenus collégialement par la direction des soins et des activités paramédicales, et les coordonnateurs généraux des soins des groupes hospitaliers.

Cette approche concerne en particulier l'évaluation du dossier de soins, le nombre de projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) présentés et retenus par le ministère, le taux de prévalence annuel des escarres, la qualité des soins (traçabilité de la douleur, cartographie des risques évitables associés aux soins, sécurisation de l'administration des médicaments, renforcement de l'identitovigilance), le nombre de consultations paramédicales dispensées...

4 - LES THEMES TRANSVERSAUX PRIORITAIRES

L'année 2011 a permis de poursuivre la démarche de transformation de l'AP-HP dans les domaines de la qualité de la prise en charge des patients, de l'évolution des pratiques et de l'offre de soins, et de l'amélioration des conditions de travail, autour des seize thèmes prioritaires fixés par la directrice générale à l'automne 2010 :

- développer la chirurgie ambulatoire ;
- mieux définir la place de l'hospitalisation conventionnelle dans cinq spécialités médicales : rhumatologie, endocrinologie, néphrologie, diabétologie et maladies infectieuses ;
- améliorer la fluidité de la filière gériatrique ;
- fluidifier l'aval des urgences et réduire les transferts ;
- augmenter les recours à l'HAD ;
- accélérer le développement des bonnes pratiques de prescription ;
- optimiser l'organisation des blocs opératoire ;
- améliorer l'utilisation des équipements lourds et des échographes ;
- soutenir la recherche clinique ;
- améliorer la prise de rendez-vous ;
- améliorer la qualité de la sortie de l'hôpital ;
- approfondir les économies d'achats de dispositifs et d'équipements médicaux ;
- améliorer la qualité du codage ;
- améliorer la qualité de la facturation ;
- libérer les surfaces non indispensables au fonctionnement des groupes hospitaliers ;
- améliorer les conditions de travail et réduire le taux d'absentéisme et les départs hors de l'AP-HP.

Sur chacun de ces thèmes, plusieurs actions ont été mises en œuvre :

- recueil et diffusion d'expériences internes à l'AP-HP, nationales et internationales ;
- expérimentations au sein de sites pilotes, pour préparer leur extension et généralisation dans les groupes hospitaliers sièges des pilotes et leur déploiement progressif dans les autres groupes hospitalier ;
- organisation de séances d'échange entre groupes hospitaliers ;
- cycles de rencontres stratégiques et budgétaires avec les groupes hospitaliers, permettant le suivi d'indicateurs de performance régulièrement diffusés.

Plus de vingt chantiers pilotes ont été lancés au quatrième trimestre 2011, dans quasiment l'ensemble des groupes hospitaliers. Par ailleurs, deux groupes hospitaliers (hôpitaux universitaires Paris nord Val-de-Seine ; hôpitaux universitaires Paris Seine Saint-Denis) sont engagés dans la définition d'un contrat de performance avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), incluant certaines thématiques des projets prioritaires de l'AP-HP.

Des résultats probants ont été observés dès 2011 :

- le taux d'utilisation des blocs opératoires est passé de 72,1 % fin 2010 à 74,3 % fin 2011 ;
- le taux d'ouverture des blocs opératoires est passé de 55,4 % fin 2010 à 57,9 % fin 2011 ;
- une diminution sensible des délais d'obtention d'un examen d'IRM au sein du groupe hospitalier Paris Sud (pilote du projet « Améliorer l'utilisation des équipements lourds et des échographes ») a été observée en 2011 ;
- le taux de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP est passé de 22 % en 2010 à 23,3 % en 2011 ;
- l'AP-HP a atteint un taux d'utilisation global des postes de dialyses installés de 85 %, soit une progression de 10 points en un an à périmètre de postes de dialyse constant (le taux d'utilisation était de 75 % à la fin de l'année 2010) ;
- le taux de transfert hors AP-HP des patients adultes a diminué de 6 % en un an ;
- un document de référence de standards AP-HP pour l'harmonisation des règles relatives à l'organisation, la sécurité, l'optimisation des capacités et la gestion des ressources humaines au sein des blocs opératoires a été diffusé ;
- des recommandations pour l'amélioration de la fluidité de la filière gériatrique et sur la structuration de l'aval des urgences ont également été diffusées.

5 - L'OFFRE DE SOINS ET L'ACTIVITE

5.1 - L'offre de soins et les structures

L'évolution de la capacité en lits fait apparaître des ajustements en court séjour de médecine, liés à des opérations de réorganisations au sein de l'AP-HP.

La diminution des capacités d'hospitalisation complète de chirurgie traduit la volonté de l'AP-HP d'accompagner le progrès médical en développant le recours à la chirurgie ambulatoire.

5.1.1 - L'offre de soins en places et lits

	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2007	Ecart en % 2011/2010
MÉDECINE	7 419	7 404	7 235	7 266	7 330	-89	0,88%
CHIRURGIE	4 257	4 218	4 186	4 063	3 685	-572	-9,30%
GYN-OBS	1 014	1 007	1 054	996	963	-51	-3,31%
Total lits MCO	12 690	12 629	12 475	12 325	11 978	-712	-2,82%
NÉO-NAT	335	341	366	355	411	76	15,77%
PSY	646	651	637	640	625	-21	-2,34%
URGENCES	297	295	295	301	296	-1	-1,66%
SSR	4 636	4 685	4 639	4 593	4 360	-276	-5,07%
SLD/EHPAD	3 966	3 873	3 736	3 608	3 493	-473	-3,19%
Total lits Hors MCO	9 880	9 845	9 673	9 497	9 185	-695	-3,29%
Total nombre de lits	22 570	22 474	22 148	21 822	21 163	-1 407	-3,02%
PLACES DE JOUR	1 614	1 681	1 683	1 921	1 993	379	3,75%
HAD	820	820	820	820	820	0	0,00%

Les capacités d'obstétrique et de néonatalogie traduisent la reprise des activités suite aux regroupements d'activités qui se sont opérés entre Saint Vincent de Paul et Necker.

En ce qui concerne les structures d'hébergement pour personnes âgées, les capacités de SLD et d'EHPAD sont décomptées en 2011 et sont en légère baisse par rapport à 2010 (-3,19 %).

5.1.1 - L'offre de soins : structures internes à l'AP-HP

STRUCTURES	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pôles	172	176	185	190	190	128
Services	720	692	676	673	662	569
Départements	39	35	37	40	42	46
Unités fonctionnelles	476	755	759	785	785	809
Unités Cliniques	4	4	9	9	9	4

Le processus de révision des pôles dans le cadre des groupes hospitaliers a fait l'objet d'une réflexion collective, associant les acteurs, notamment médicaux et soignants concernés, des différents sites. Les arrêtés de la Directrice générale créant les nouveaux pôles et désignant leurs responsables ont été pris le 30 juin 2011. Depuis cette date, les groupes hospitaliers ont poursuivi le processus de réorganisation en faisant évoluer les structures internes au sein de leurs nouveaux pôles.

5.2 - L'activité

5.2.1 - L'activité globale d'hospitalisation

L'activité globale d'hospitalisation (complète et partielle) enregistrée en 2011 est très en légère augmentation (+0,7 %) en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). L'origine de cette tendance se situe principalement en hospitalisation partielle (+2,7 %). L'activité de psychiatrie a stagné en hospitalisation partielle (+0,5 %) et a diminué (-4,46 %) en hospitalisation complète. En soins de suite et de réadaptation (SSR), l'activité est stable : +0,35 % en hospitalisation complète, et +0,16% hospitalisation partielle. Les soins de longue durée (SLD) sont en augmentation : +13,6 %.

Evolution de l'activité globale (complète et partielle), en termes de séjours et séances, entre 2010 et 2011 pour l'ensemble de l'AP-HP

Champs d'activité	2010	2011	Évolution	
			en valeur	%
MCO				
Hospitalisation complète	586 107	590 493	4 386	0,7 %
Hospitalisation partielle	574 193	589 736	15 543	2,7 %
PSYCHIATRIE				
Hospitalisation complète	8 717	8 328	-389	-4,46%
Hospitalisation partielle	47 511	47 751	240	0,5 %
SSR				
Hospitalisation complète	24 781	24 870	89	0,35 %
Hospitalisation partielle	106 158	106 336	178	0,16 %
SLD				
Hospitalisation complète	1 191	1 353	162	13,6 %

En MCO, l'AP-HP a enregistré au total (hospitalisation totale + hospitalisation partielle) plus d'un million (1 180 229) de séjours en 2011 – soit une augmentation de +1,7 % par rapport à 2010.

En nombre de journées d'hospitalisation complète, l'activité est légèrement à la baisse dans toutes les grandes disciplines : -0,1 % en MCO ; -1,8 % en psychiatrie ; -3,4 % en SSR ; -5,6 % en SLD ; -4,2 % en EHPAD ; -9,8 % en HAD.

Evolution du nombre de journées d'hospitalisation (en hospitalisation complète), par grandes disciplines, entre 2010 et 2011, pour l'ensemble de l'AP-HP

Champs d'activité	2010	2011	Évolution en	
			valeur	%
MCO	3 543 212	3 538 330	-4 882	-0,1%
PSY	188 172	184 695	-3 477	-1,8%
SSR	1 420 377	1 371 812	-48 565	-3,4%
SLD	1 116 252	1 053 722	-62 530	-5,6%
EHPAD	139 928	134 102	-5 826	-4,2%
HAD	273 090	246 440	-26 650	-9,8%

5.2.2 - Hospitalisation partielle : séjours de moins d'une nuit et séances

Les séjours de moins d'une nuit ont légèrement augmenté (+2,07 %) entre 2010 et 2011. L'évolution est un peu plus marquée (+3,23 %) pour les séances de radiothérapie, dialyse, transfusion et chimiothérapie

Evolution du nombre de séjours de moins d'une nuit et du nombre de séances, entre 2010 et 2011, pour l'ensemble de l'AP-HP

Séjours et séances	2010	2011	Évolution en	
			valeur	%
Nombre de séjours de moins d'une nuit : Hospitalisation de jour et nuit de médecine, chirurgie ambulatoire et IVG	259 895	265 287	5 392	2,07%
Séances de radiothérapie, dialyse, transfusion et chimiothérapie	314 269	324 449	10 180	3,23%

5.3 - L'activité externe

En 2011, les hôpitaux de l'AP-HP ont réalisé plus de 4 800 000 consultations externes.

Evolution du nombre de consultations externes entre 2010 et 2011 pour l'ensemble de l'AP-HP, exprimé en actes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Types de consultation	2010	2011	Evolution en	
			valeur	%
Consultation (C)	1 735 049	1 800 900	+ 65 851	+ 3,8 %
Consultation psychiatrie (CNPSY)	270 566	268 758	- 1808	- 0,7 %
Consultation spécialisée (CS)	2 862 406	2 921 123	+ 58 717	+ 2,1 %

5.3.2 - Les urgences

Le nombre de passages aux urgences enregistré en 2011 a augmenté de 5,3 % (+62 123 passages) par rapport à 2010, pour s'établir à 1 226 553 passages.

5.3.3 - Les actes externes

5.3.3.1 - Actes médicaux

Les actes d'anesthésie (-5,9 %) et les actes d'imagerie hors échographie (-23,8 %), enregistrent une baisse, et les actes de chirurgie sont stables (+0,2 %). Les autres types d'actes médicaux, enregistrés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), affichent une hausse pour l'année 2011 par rapport à l'année 2010 : +0,8 % pour les actes d'obstétrique ; +5,6 % pour les actes d'échographie ; 11,3 % pour les actes techniques hors imagerie ; et 14,6 % pour les actes dentaires.

**Evolution du nombre d'actes regroupés par code de la CCAM
pour l'ensemble de l'AP-HP entre 2010 et 2011**

Catégories d'actes médicaux par code de regroupement	2010	2011	Évolution en	
			valeur	%
Actes d'obstétrique (ACO)	53 485	53 905	420	0,8%
Actes d'anesthésie (ADA)	3 108	2 924	-184	-5,9%
Actes de chirurgie (ADC)	81 653	81 800	147	0,2%
Actes d'échographie (ADE)	354 261	374 225	19 964	5,6%
Actes d'imagerie hors échographie (ADI)	1 501 078	1 144 306	-356 772	-23,8%
Actes techniques hors imagerie (ATM)	978 294	1 088 544	110 250	11,3%
Actes dentaires (DEN)	3 632	4 161	529	14,6%

5.3.3.2 - Les actes de biologie

Le nombre d'actes de biologie a légèrement augmenté entre 2010 et 2011.

**Evolution du nombre d'actes de biologie, en coefficients majorés,
pour l'ensemble de l'AP-HP, entre 2010 et 2011**

Nombre d'actes	2010	2011	Evolution en	
			valeur	%
Actes de biologie	8 596 881	8 665 784	+ 68 903	+ 0,8 %
Actes de biologie hors nomenclature	1 578 809	1 591 881	+ 13 072	+ 0,8 %

6 - LA POLITIQUE DE SOINS

6.1 - La politique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des usagers

La démarche d'amélioration de la qualité, de l'accueil et de la prise en charge du patient est comme objectif prioritaire pour l'AP-HP, qui y a adapté sa gouvernance interne :

- depuis 2007, un comité de pilotage « Qualité, gestion des risques et relations avec les usagers » assure la coordination et la promotion des actions en associant des représentants des groupes hospitaliers et hôpitaux, de la CME, des usagers et des référents du siège de l'AP-HP. En 2011, ce comité est devenu le Comité du management de la qualité, dont la coordination est assurée par la direction du service aux patients et de la communication (DSPC) ;
- la direction de la politique médicale est dotée d'un département « Promotion de la qualité et sécurité des soins » qui entretient des liens permanents et interactifs aussi bien en interne avec le réseau des directeurs et des « équipes qualité » des hôpitaux de l'AP-HP (avec lesquels elle organise ou coordonne des journées, formations, informations et actions), qu'en externe, avec l'ARS, les associations d'usagers, la commission qualité gestion des risques de la conférence des directeurs généraux de CHU, et de la conférence des présidents de CME ;
- dans les groupes hospitaliers, la politique d'amélioration de la qualité, de l'accueil et de la prise en charge des patients à l'AP-HP, s'appuie sur un réseau de référents chargés des relations avec les usagers et les associations, le plus souvent rattachés aux directions « Qualité et droits du patient », qui animent les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPC) ;
- la politique générale de la direction générale de l'AP-HP en matière d'amélioration de qualité, d'accueil et de prise en charge des usagers, s'exprime dans les missions confiées au Département des droits du patient et des associations (DDPA), rattaché depuis avril à la Direction du Service aux Patients et de la Communication (DSPC), créée à cette date.

Par ailleurs, l'année 2011 est la première année de mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014 qui comporte un volet qualité, gestion des risques et relations avec les usagers.

Les principales orientations de la politique d'amélioration de la qualité, de l'accueil et de la prise en charge des usagers, décrites ci-dessous, ont été déployées, avec l'aide de divers réseaux de professionnels et en lien avec les représentants des usagers.

6.1.1 - L'amélioration de l'accueil des patients/usagers par une information adaptée

En 2011, les actions d'information destinées à améliorer l'accueil des patients et des usagers ont été les suivantes :

- la réalisation sur l'intranet d'un outil d'évaluation de l'activité des Missions d'information en santé (MIS), dénommé « ARAMIS » (application des résultats d'activité des MIS) ;
- la mise à jour de l'annuaire des représentants des usagers ;
- l'élaboration du premier annuaire des aumôniers hospitaliers ;
- l'organisation de la cinquième journée « Qualité et droits des patients », ouverte à un public très large, sur le thème de l'information au cœur de la relation avec les usagers.

6.1.2 - Une politique intégrée à la démarche « qualité » de l'institution

Au sein de la démarche qualité de l'AP-HP, plusieurs actions ont relevé, en 2011, de la politique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des usagers :

- vingt audits internes ont été réalisés par des équipes composées conjointement de représentants des usagers et de référents des hôpitaux, dans une démarche d'auto-évaluation à partir d'un référentiel, qui s'inscrit dans le projet « Marque AP » destiné à instaurer un standard partagé de qualité dans l'accueil des usagers et de leurs proches ;
- recommandations (mise en place d'actions correctives, cellules de médiation) émises pour les rapports annuels 2011 d'activité des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;
- onze actions de formations (initiale et continue) aux droits des patients, au sein des centres de formations de l'AP-HP ;
- quatre formations de représentants des usagers, avec le Collectif inter associatif sur la santé d'Ile-de-France (CISS IDF) et la mission handicap de l'AP-HP ;
- déploiement dans les hôpitaux gériatriques ou les hôpitaux comprenant une unité de soins de longue durée ou une unité d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes (UHPAD), du conseil des aînés et des proches (CAP), instance régulière de dialogue avec les patients et leurs familles ;
- déploiement du document individuel de prise en charge « Vos conditions d'accueil de séjour et de soins dans l'unité de soins de longue durée (USLD) de l'hôpital... », document d'information remis à chaque nouvel arrivant en USLD ou en UHPAD.

6.1.3 - Le dialogue institutionnel avec les représentants des usagers

- L'accompagnement des hôpitaux et du siège dans le lancement d'appels à candidature pour le renouvellement des mandats de représentants des usagers dans les instances à renouveler en 2011 : commissions de surveillance de groupe, commission d'activité libérale centrale, comité central de liaison alimentation nutrition notamment.

- Un groupe de travail permanent avec une vingtaine de représentants des usagers (5 réunions en 2011).
- La publication de la contribution des usagers au Plan stratégique 2010-2014 sur le site institutionnel.
- L'implication des représentants des usagers dans divers projets transversaux : urgences, handicap, fin de vie, tarification des chambres individuelles, conseil des aînés et des proches, questionnaire de satisfaction.

6.1.4 - La commission centrale de concertation avec les usagers

La Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) a été créée fin 2010 par le règlement intérieur de l'AP-HP.

Cette nouvelle instance centrale dédiée au dialogue institutionnel avec les usagers est composée de professionnels des hôpitaux, de représentants des directions de l'AP-HP, des représentants des usagers et du représentant des familles au conseil de surveillance, et de quatre représentants des usagers titulaires et suppléants, élus par leurs pairs. Ses recommandations contribuent à l'élaboration du programme d'actions en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité de la CME.

En 2011, cette commission s'est réunie trois fois, et a fait le choix de travailler sur trois thématiques :

- le recueil de la parole des usagers ;
- la bientraitance (dont l'incontinence) ;
- la promotion des représentants des usagers et des commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge au sein de l'hôpital.

6.1.5 - Le dialogue institutionnel avec les associations

- Le secteur de la représentation des usagers et des associations impulse une dynamique de partenariats et promeut l'action des associations à l'hôpital (conseils aux hôpitaux et signature de quatre conventions cadres).
- Il assure également le développement et l'accompagnement du réseau des aumôniers hospitaliers. En 2011, la première rencontre des aumôniers hospitaliers s'est tenue le 10 février. Cette journée avait pour but de rappeler les règles relatives aux interventions des aumôniers dans les hôpitaux et de structurer ce réseau. Elle a été riche de débats, de partages d'expériences et d'échanges.

6.1.6 - Une équipe à l'écoute des usagers et en appui des professionnels à l'hôpital sur les droits des patients et la gestion des plaintes et réclamations

- Le secteur des droits du patient et des relations avec le public a assuré le traitement et le suivi des 600 réclamations d'usagers à caractère non indemnitaire adressées en 2011. La messagerie institutionnelle dédiée au recueil de l'expression des usagers (droits.patients@sap.aphp.fr) a reçu 33 % de ces réclamations.
- Ce secteur a organisé une journée de formation juridique, spécifiquement dédiée aux chargés de relations avec les usagers, portant sur la procédure d'indemnisation concernant les pertes de prothèses, sur la procédure relative aux disparitions inquiétantes de majeurs et la

recherche de patients hospitalisés ; cette formation a notamment porté sur la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

- Le secteur des droits du patient et des relations avec le public conseille, anime et coordonne l'action des chargés des relations avec les usagers et les associations (CRUA). Le club des CRUA s'est réuni 8 fois au cours de l'année 2011, soit en formation plénière soit en groupes de travail.
- Les CRUA ont fait évoluer la grille institutionnelle de recueil des motifs d'insatisfaction des usagers afin notamment de se mettre en conformité avec les préconisations de la Haute Autorité de Santé relatives au système de gestion des plaintes et réclamations, lequel doit être articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.
- Le secteur des droits du patient et des relations avec le public conseille, anime et coordonne l'action des médiateurs médicaux et non médicaux, en lien avec la Direction des affaires juridiques. En 2011, le départ du médecin médiateur central n'a pas permis de réunir le réseau des médecins médiateurs. Ils ont toutefois été conviés à la réunion annuelle de l'association nationale de médecins médiateurs qui s'est tenue le 21 octobre 2011 à Toulouse. La nomination de deux nouveaux médiateurs centraux (médecin et non médecin) est intervenue et a permis dès la fin de l'année 2011 de relancer la mobilisation de ces réseaux.

6.1.7 - Un secteur dédié à la recherche des patients hospitalisés et à l'accueil des demandes d'hospitalisation en long séjour

- Le pôle « Gériatologie » accueille, oriente et renseigne les familles, les hôpitaux et divers interlocuteurs extérieurs, comme les services sociaux, sur l'offre de soins gériatrique à l'AP-HP, et les possibilités d'admission en long séjour. Il coordonne les demandes d'hospitalisation concernant les hôpitaux gériatriques de l'AP-HP situés dans Paris *intra muros*. Il a traité plus de 5 000 demandes d'information et 500 dossiers environ en 2011.
- Le pôle « Recherche de patients hospitalisés » est un service unique d'information concernant l'hospitalisation éventuelle d'une personne à l'AP-HP. Il est joignable sept jours sur sept *via* un numéro de téléphone dédié, à disposition du public, des familles et professionnels de santé, d'aide à domicile, du secteur social, associatif et caritatif, des autorités judiciaires. Plus de 29 138 demandes ont été traitées en 2011.
- Ce pôle est mobilisable en cas de crise pour la recherche des patients dans les hôpitaux, à la demande des familles et professionnels (kit de communication et équipe formée en renfort, mise à jour des codes utiles tous les 50 jours, organisation d'astreintes en cas de situation préoccupante, et actualisation régulière des procédures). Il traite par ailleurs les demandes par réquisitions émanant des autorités judiciaires dans le cadre d'enquêtes portant sur la présence ou non d'un patient dans nos hôpitaux.

6.1.8 - Le référentiel Marque AP

Le référentiel Marque AP de qualité hôtelière comporte quatre thématiques – l'accueil, le confort, la restauration et la propreté – déclinées en dix références et soixante et onze critères correspondant aux standards hôteliers qui doivent être garantis par les établissements de l'AP-HP.

Après une première auto-évaluation conduite en 2008, il s'est avéré nécessaire de refaire une auto-évaluation en 2011 pour mesurer les résultats apportés par les plans d'actions centraux et locaux. Sur l'ensemble du référentiel Marque AP, la progression des résultats entre 2008 et 2011 est de l'ordre de 6 %, avec un taux de conformité aux critères du référentiel qui est passé sur la période de 58 % à 64 %.

Globalement, les établissements ont progressé sur l'ensemble des thématiques et plus particulièrement sur la thématique propreté, passant de 56 à 67 % de conformité entre 2008 et 2011. Pour chaque référence, la moyenne AP-HP a progressé. Les trois meilleurs résultats portent sur la référence n° 3 (accueil et service aux familles), la référence n° 6 (commande des repas et respect de la commande), et la référence n° 9 (hôpital propre). Les trois moins bons résultats concernent la référence n° 1 (organisation de l'accueil), la référence n° 2 (accueil téléphonique), et la référence n° 5 (confort sonore).

6.2 - La sécurité générale des personnes et des biens

La mission de sécurité anti-malveillance anime 41 chefs de sécurité ou référents et 19 adjoints assurant leurs missions dans les 37 hôpitaux et services généraux.

On enregistre en 2011, 2 915 atteintes aux personnes et aux biens alors que 2 891 avaient été constatées en 2010, soit une différence de 24 faits. Le premier constat est donc la stabilité du nombre total des atteintes.

Cette stabilité s'explique toutefois par une hausse des atteintes aux personnes à peu près proportionnelle à une baisse des atteintes aux biens.

940 atteintes aux personnes ont été enregistrées, contre 705 en 2010, soit 235 faits de plus.

Cette évolution reflète une indéniable aggravation de la violence envers les personnes dans les hôpitaux : tous les indicateurs retenus (infractions à caractère sexuel, coups et blessures avec ITT de plus ou moins de 8 jours, insultes ou menaces) sont en hausse. Cette tendance ne se retrouve pas dans les statistiques de l'observatoire national de la délinquance qui notent au contraire, et - pour la première fois depuis plusieurs années - une stabilité des atteintes à l'intégrité des personnes. Elle se retrouve en revanche au niveau de l'observatoire des violences en milieu de santé qui observe en 2011 une augmentation des signalements d'atteintes aux personnes.

1 975 atteintes aux biens ont été constatées pour 2 186 en 2010, soit 211 faits de moins. Les vols simples, vols avec effraction et dégradations ont diminué tandis que les vols avec violences ont augmenté.

61 085 interventions des agents de sécurité ont été comptabilisées pour 63 380 en 2010. Cet écart trouve son origine dans la baisse des interventions pour abus du droit d'accueil (21 161 pour 23 636 en 2010).

205 interpellations ont été effectuées en flagrant délit pour 222 en 2010.

Atteintes aux personnes et aux biens

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Atteintes aux personnes	287	462	544	678	705	940
Atteintes aux biens	2514	2601	2308	2534	2186	1975
Total	2801	3063	2852	3212	2891	2915

6.3 - Responsabilité médicale et réclamations indemnitaires

La responsabilité médicale appréhendée dans le cadre de la gestion et du suivi des réclamations indemnitaires reste une activité majeure au sein d'une institution telle que l'AP-HP. En effet le statut d'auto-assureur de l'institution lui permet de participer activement à la politique de gestion des risques médicaux et d'organiser, dans ce cadre, les procédures « assurantielles » s'y rapportant.

Les procédures de règlement amiable des litiges sont ainsi favorisées, que ce soit directement au sein de l'Institution ou auprès des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI), le nombre de recours portés devant les juridictions administratives restant quantitativement moins important.

Pour l'année 2011, 1 073 nouveaux dossiers ont été enregistrés au titre des réclamations indemnitaires :

- 798 au titre d'une procédure amiable (amiable AP-HP + amiable CRCI) ;

AMIABLE : 798 dossiers	
<i>dont AP-HP</i> : 581	<i>dont CRCI</i> : 217

- 275 au titre d'une procédure contentieuse (contentieux administratif, civil et référés administratifs et civils) ;

CONTENTIEUX : 275 dossiers				
<i>Administratif</i> : 160	<i>Civil</i> : 5	<i>Pénal</i> : 0	<i>Référé administratif</i> : 99	<i>Référé civil</i> : 11

Le montant des indemnisations peut être variable d'un exercice budgétaire à l'autre en raison notamment de la nature des accidents médicaux et de la réparation des dommages s'y rapportant. En 2011, l'AP-HP a versé 21 millions d'euros à ce titre.

Sous l'impulsion de la direction générale (directeur adjoint du cabinet), la DAJ participe (aux côtés de la DPM, de la DSPC et de la DSAP) aux modalités des déclarations aux autorités de tutelle (ARS et DGOS) des événements indésirables graves (EIG) devant faire l'objet d'une déclaration CORRUSS (centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales) et à son suivi pour ce qui concerne les incidences en responsabilité hospitalière (réclamations indemnitaires), ainsi qu'à l'activité de conseil et de soutien des équipes hospitalières en cas de procédures judiciaires pénales.

6.4 - La qualité, la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles

6.4.1 - La certification des hôpitaux

Les résultats de la deuxième itération de certification HAS V2/V2007, dont les visites ont eu lieu dans les hôpitaux de l'AP-HP entre fin 2005 et début 2010, ont été inclus dans la publication des indicateurs par hôpital en septembre 2010.

La troisième itération ou démarche V2010 s'inscrit à l'AP-HP dans un contexte d'évolution générale et spécifique AP-HP en groupe hospitalier (GH) et l'inscription du siège et de services généraux dans la démarche V2010 à l'AP-HP.

Rendue officielle dans les accords signés entre l'AP-HP et la HAS le 29 septembre 2009, cette démarche s'organise en 3 axes principaux :

1. Les visites de sites par groupe hospitalier ou hôpitaux, qui s'échelonnent sur 2012 et 2013, selon un calendrier prévisionnel validé avec la HAS ;
2. La visite de services généraux (AGEPS et services centraux blanchisserie-ambulances-maintenance), prévue fin 2013, après la visite des groupes hospitaliers ;
3. Une rencontre du siège avec la HAS en amont et en aval de ces démarches afin de clarifier les réorganisations des groupes hospitaliers et du Siège et faciliter la tâche de ces derniers.

La première rencontre entre le siège et l'HAS a eu lieu le 10 décembre 2010. Basée sur une auto évaluation du siège sur le chapitre 1 du manuel V2010, remis à jour fin 2011, elle a donné lieu à un « Rapport d'entrée dans la démarche V2010 de l'AP-HP » qui sera inclus dans tous les rapports de certifications des groupes hospitaliers et des hôpitaux. Elle a été suivie de nombreux échanges avec la HAS, d'une part, pour finaliser la démarche en groupes hospitaliers multisites, traduits dans des avenants au contrat initial ; et, d'autre part, avec les groupes hospitaliers et hôpitaux pour les informer et les aider sous toutes formes (interventions, journées de travail, documents et outils de travail facilitateurs...).

Sur cette nouvelle itération, l'AP-HP se mobilise en aidant les sites et en favorisant un travail institutionnel annuel d'évaluation des treize pratiques exigibles prioritaires (PEP), nouveautés de la V2010. Les résultats de l'enquête PEP 2010 ont été présentés et travaillés avec les groupes hospitaliers et les hôpitaux en 2011.

Faisant suite à une évolution du manuel V2010 parue en avril 2011, deux nouvelles enquêtes PEP ont été conduites en 2011 :

- l'une a concerné les nouveautés sur des critères spécifiques à la santé mentale et le programme qualité gestion des risques ;
- l'autre a porté sur l'ensemble des PEP, excepté celles portant sur la santé mentale.

Pour les PEP, un taux de conformité au critère inférieur à 80 % implique une décision systématique de type : « recommandation ou réserve » suivant le niveau. Certaines PEP ont trouvé en 2011 une amélioration de leur score par rapport à 2010 :

- la prise en charge de la douleur a progressé dépassant le seuil des 80 % ;
- d'autres, comme la politique d'évaluation des pratiques professionnelles, la gestion des événements indésirables, la politique de la fin de vie ou la gestion du dossier patient, ont progressé mais restent encore inférieurs au seuil de 80 %.

Les thèmes restés dans des niveaux de résultats identiques à l'année 2010 sont la prise en charge médicamenteuse et le bloc opératoire, tous deux en dessous du seuil minimal de 80 %.

Tandis que la gestion du risque infectieux, des plaintes et réclamations et l'accès au dossier du patient sont au dessus de cette valeur seuil.

Malgré les travaux réalisés sur ce sujet après l'évaluation spécifique menée en été 2011, l'évaluation du programme qualité gestion des risques ne marque pas de progression fin 2011 et reste à travailler avec les équipes qualité.

6.4.2 - Assurance Qualité en radiothérapie

En 2011, le comité de pilotage en radiothérapie a été mis en place pour accompagner la mise en œuvre et assurer la coordination des démarches d'assurance qualité des cinq services de radiothérapie de l'AP-HP : Pitié Salpêtrière, Tenon, HEGP, Saint Louis, Henri Mondor.

Cette démarche d'assurance qualité s'est fondée la mutualisation des expériences des différents hôpitaux (procédures, actions, difficultés, etc.). Des journées communes de travail ont ainsi été organisées pour partager les expériences, une cartographie des processus en radiothérapie a été réalisée, et la proposition d'une trame de manuel d'assurance qualité a été formulée.

6.4.3 - Procédure d'évaluation des centres de référence maladies rares

Le pilotage de cette procédure est assuré au niveau de chaque hôpital, par les centres de référence avec un appui des directions qualité et gestion des risques locale, avec un accompagnement de la direction de la politique médicale de l'AP-HP.

En 2011, la procédure d'évaluation des centres de maladies rares de l'AP-HP s'est poursuivie. Douze centres de référence ont passé leur visite. Les principaux axes d'amélioration formulés par la Haute autorité de santé concernent la mise en œuvre de démarches d'évaluation (activité de recours, recommandations, satisfaction patients, entourage et correspondants) et l'organisation de la remontée des données cliniques adaptée à la surveillance épidémiologique.

6.4.4 - L'évaluation des pratiques professionnelles

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) restent une obligation pour les médecins, affichée dans la loi HPST dans le cadre du développement professionnel continu. Elles sont renforcées dans la certification V2010 des établissements, qui fait de son organisation et de son pilotage une pratique exigible prioritaire. De plus, ses attentes spécifiques accrues feront l'objet d'une analyse systématique lors des visites.

La dynamique de cette évaluation est essentiellement locale, sous la responsabilité des comités consultatifs médicaux et de leur comité EPP locaux récemment mis en place. Néanmoins, la DPM intervient localement, sous forme de séances de travail et d'accompagnement, à la fois pour aider les établissements demandeurs à se préparer aux références spécifiques de la certification et/ou favoriser le maintien d'une dynamique en leur sein.

6.4.5 - Base de données « Evaluation des pratiques professionnelles » 2010

Le déploiement progressif de la base de données EPP AP-HP 2010 a démarré sur les sites de l'AP-HP en mars 2011. Fin 2011, il concerne le tiers des hôpitaux, le plus souvent en rapport avec leur date de visite de certification. Il a été rendu possible par l'identification de référents « Evaluation des pratiques professionnelles » (EPP) médicaux puis paramédicaux de site.

La base a été remarquée par les autres CHU français, et l'AP-HP a œuvré en 2011 pour leur proposer un contrat d'acquisition finalisé début 2012.

L'ensemble des temps forts, publications, outils et informations issus de la cellule « Qualité Certification, EPP » sont accessibles sur le site intranet de la direction de la politique médicale : <http://portail-cms.aphp.fr/qualite-pratiques>.

6.5 - La politique de gestion des risques et la sécurité des patients

Quatre demi-journées de partage d'expérience ont été conduites en 2011 pour faciliter la mise en œuvre dans tous les groupes hospitaliers des diverses obligations (Pratiques exigibles prioritaires de la certification, contrat de bon usage), échanger sur les besoins, et s'assurer d'une réponse performante et cohérente par l'utilisation d'outils et de méthodes communs. L'ensemble des interventions est disponible sur le site intranet de l'AP-HP.

Les actions de formation – revue de mortalité et de morbidité (RMM) et analyse systémique – ont été poursuivies ; des sessions ont été réalisées sur site, à la demande des groupes hospitaliers, dès la fin de l'année 2011.

En matière de gestion des risques, le plan stratégique 2010-2014 a retenu les objectifs prioritaires suivants :

- le renforcement de la démarche de retour d'expérience, une meilleure exploitation et une médicalisation des bases de données disponibles ;
- le développement de plan de maîtrise des risques sur les priorités nationales et institutionnelles : infections associées aux soins, la sécurité de l'opéré, la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, la prévention des escarres.

6.5.1 - Renforcer le retour d'expérience (REX) et médicaliser la démarche

Le Comité vigilances risques associés aux soins (CVRiS), qui représente la CME, a piloté plusieurs enquêtes et analyses dans le but de mieux appréhender les modalités locales d'analyse des événements indésirables (EI), d'essayer d'établir une typologie des risques et d'identifier des plans d'amélioration à intégrer au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la CME. Trois enquêtes - auxquelles les groupes hospitaliers ont très largement participé - ont ainsi été réalisées :

- l'enquête sur les revues de mortalité et de morbidité (RMM) dans les services à risque : chirurgie, obstétrique, anesthésie-réanimation ;
- l'enquête thématique sur des « événements indésirables » (EI) et risques associés aux soins : prise en charge médicamenteuse, identification du patient, bloc opératoire, urgences, risque de maltraitance ;
- le bilan OSIRIS (système de signalement des événements indésirables) annuel sur les EI signalés dans chaque hôpital.

Les principaux enseignements à tirer de ces enquêtes en termes d'événements indésirables dans les hôpitaux de l'AP-HP sont les suivants :

- 37 sur 39 hôpitaux utilisent OSIRIS ; le déploiement d'OSIRIS sur les deux derniers hôpitaux a été lancé en 2012 ;
- 40 000 événements indésirables (EI) ont été signalés en 2011, soit une moyenne de 180 EI pour 100 lits ;

- 67 % des 177 services à risques réalisent des revues de mortalité et de morbidité (RMM), contre 55 % en 2009 ;
- plus de 70 % des hôpitaux réalisent des analyses approfondies sur les EI ;
- deux tiers des hôpitaux mettent en œuvre des actions d'amélioration ;
- un tiers des hôpitaux évalue les actions d'amélioration entreprises ;
- 37 % des hôpitaux ont organisé un REX (retour d'expérience).

L'analyse des événements cités a permis de cibler, à l'initiative du CVRiS, plusieurs actions correctrices :

- un travail sur la standardisation de l'utilisation des glucomètres ;
- un plan de formation généralisé, à l'initiative de la Direction des soins, destiné à l'ensemble des personnels paramédicaux sur la sécurisation de l'administration des médicaments ;
- la standardisation des informations recueillies sur les risques : un modèle de bilan a été diffusé pour les RMM et un travail complémentaire va être réalisé sur le recueil des erreurs médicamenteuses dans OSIRIS, conformément à l'arrêté du 6 octobre 2011, par le biais d'une analyse *a priori* des risques déclinée sur l'ensemble des hôpitaux ;
- un travail de formalisation de la gestion des EI graves a été initié, afin d'accompagner les équipes et d'anticiper le décret de signalement qui devrait paraître en 2012.

6.4.2 Développer des programmes ciblés de maîtrise des risques

Dans le cadre de l'enquête nationale ENEIS sur les événements indésirables graves associés aux soins, le projet prioritaire institutionnel a été, en 2011, la performance des blocs opératoires, qui a permis de mettre l'accent sur la sécurité du patient dans une démarche associant gouvernance, performance et sécurité.

Des préconisations élaborées avec les équipes les plus avancées dans cette évaluation et en lien avec le groupe national piloté par la Haute autorité de santé ont été diffusées à l'ensemble des équipes des blocs opératoires. Ces préconisations s'articulent autour de quatre « piliers » :

- la mise en œuvre de trois bonnes pratiques de sécurité :
 - l'implication des usagers et transparence
 - la désignation d'un référent (ou d'un binôme) sécurité au bloc opératoire
 - la formation des internes, mais aussi des infirmiers, IBODE, IADE à la sécurité.

6.6 - La prévention et la lutte contre les infections nosocomiales

En 2011, la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales se sont articulées autour de trois axes : la réponse aux signalements d'infections nosocomiales ; le recueil et l'analyse des indicateurs de prévention des infections nosocomiales ; les actions de prévention des infections nosocomiales.

6.6.1 - La réponse aux signalements d'infections nosocomiales

159 épisodes d'infections nosocomiales ont été signalés aux autorités sanitaires en 2011. Ce chiffre confirme l'augmentation régulière du nombre de signalements (94 en 2008, 117 en 2009, 130 en 2010). La majorité de ces signalements (133 sur 159) provient des hôpitaux de MCO, soit 9 signalements pour 1 000 lits. 60 % des motifs de signalement concernaient les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR), et notamment : les entérobactéries résistantes à l'imipénème

(N=39), les entérocoques résistants à la vancomycine (N=33), les *Acinetobacter baumannii* multirésistants (N=24), ainsi que les épidémies de gastro-entérite et de rougeole.

6.6.2 - Le recueil et l'analyse des indicateurs de prévention des infections nosocomiales

L'analyse des indicateurs nationaux montre une progression des résultats pour les hôpitaux de l'AP-HP en 2010 :

- ICALIN (organisation de l'hôpital pour lutter contre les infections nosocomiales) : 90 % des hôpitaux se situent en classe A ;
- ICSHA (utilisation par les soignants de produits désinfectants pour se laver les mains) : 92 % des hôpitaux sont en classe A ;
- SURVISO (nombre de services de chirurgie de l'hôpital qui surveillent les infections postopératoires) : la progression de la couverture de la surveillance des infections du site opératoire se poursuit, mais six services de chirurgie des hôpitaux de l'AP-HP doivent encore mettre en place cette surveillance ;
- ICATB (organisation de l'hôpital pour préserver l'efficacité des antibiotiques) : 79 % des hôpitaux sont en classe A, des progrès sont encore à faire en matière organisationnelle ;
- score agrégé (prévention globale des infections nosocomiales dans l'hôpital) : 95 % des hôpitaux sont en classe A.

L'analyse des indicateurs institutionnels pour l'année 2010 montre que :

- l'incidence des entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques a été multipliée par 5 en 10 ans ;
- l'incidence des staphylocoques dorés multirésistants a baissé de 60 % depuis 2001 ;
- la consommation des antibiotiques a augmenté de 4 %, et seuls la moitié des hôpitaux a un référent antibiotique consacrant à cette activité plus d'un équivalent temps plein pour 1 000 lits ;
- la consommation de solutions hydro-alcoolique (SHA) n'est en moyenne que de 10 frictions par 24 heures de séjour d'un patient, soit environ une friction toutes les 2 heures, tout personnel confondu, et seuls 36 % des hôpitaux ont inscrit la consommation des SHA dans leurs contrats de pôle ;
- 88 % des services de chirurgie calculent un taux d'infection du site opératoire ;
- 90 % des patients en soins de longue durée (SLD) sont vaccinés contre la grippe et le pneumocoque ;
- 8 % des hôpitaux ont signalé une légionellose nosocomiale ;
- le taux de vaccination antigrippale des personnels n'est que de 11 %.

6.6.3 - Les actions de prévention des infections nosocomiales

L'analyse des signalements d'infections nosocomiales et des indicateurs de prévention montre que la maîtrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR) reste un enjeu majeur pour l'institution. En effet, si certaines BMR sont en voie de diminution dans les hôpitaux de l'AP-HP (staphylocoques dorés multirésistants, entérocoques résistants à la vancomycine), d'autres sont en pleine expansion : entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques (environ 4 000 patients en 2010), ou encore entérobactéries résistantes à tous les antibiotiques par carbapénèmase.

Le risque d'évolution vers l'impasse thérapeutique impose de renforcer les actions de prévention :

- la promotion des solutions hydro-alcooliques (SHA) fondée sur une analyse des gestes nécessitant une hygiène des mains ;

- la maîtrise des prescriptions antibiotiques ;
- la gestion des *excreta* tient une place importante dans la diffusion des BMR.

Parallèlement les actions prioritaires du CLIN central ont été poursuivies : prévention de la légionellose nosocomiale, de l'aspergillose, vaccination contre la grippe et le pneumocoque des patients en long séjour, vaccination des personnels...

Parallèlement les actions prioritaires du CLIN central ont été poursuivies : prévention de la légionellose nosocomiale, de l'aspergillose, vaccination contre la grippe et le pneumocoque des patients en long séjour, vaccination des personnels...

6.7 - Les indicateurs nationaux de performance médicale et de qualité des soins issus de l'analyse du dossier médical

Ces indicateurs de performance médicale (pilotes par la Haute autorité de santé) évaluent, à partir de l'analyse des dossiers médicaux :

- la continuité des soins, conditionnée par la transmission des informations pertinentes entre les différents acteurs (y compris externes) de la prise en charge du patient ;
- la pertinence des soins, c'est à dire les bonnes pratiques médicales.

Résultats des indicateurs transversaux

(par type de séjour, toutes spécialités médicales confondues)

- Audit réalisé en 2011 sur des séjours 2010 - N note sur 100 par ordre croissant de conformité)

Type de séjour	AP-HP	Moyenne Ile-de-France	Moyenne CHU	Moyenne nationale
Qualité de la tenue du dossier				
MCO	75	73	72	72
SSR	93	75	78	71
Compte rendu d'hospitalisation conforme et envoyé au médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie du patient				
MCO	36	36	37	40
SSR	69	69	70	67
Evaluation de la douleur				
MCO	65	64	53	61
SSR	58	63	50	57
Prévention de la dénutrition				
MCO	84	83	79	79
SSR	61	71	63	63

MCO : pour les services d'aigus (médecine, chirurgie, obstétrique).

SSR : pour les services de soins de suite et de réadaptation.

En vert : quand l'AP-HP a une performance supérieure à la moyenne nationale.

En orange : quand l'AP-HP a une performance inférieure à la moyenne nationale.

En gras : quand l'AP-HP atteint le seuil de conformité de 80 % fixé par le ministère.

Indicateur spécifiques de spécialités médicales

(Audit réalisé en 2011 sur des séjours 2010 - N note sur 100 par ordre croissant de conformité)

Anesthésie				
	AP-HP	Moyenne Ile-de-France	Moyenne CHU	Moyenne nationale
Qualité de la tenue du dossier	84	79	79	80
Cardiologie : infarctus du myocarde				
Conformité des prescriptions	89	88	86	80

Au total, les performances de l'AP-HP sont :

- Excellentes (*résultats meilleurs que la moyenne nationale et un bon niveau de conformité*) pour :
 - la tenue du dossier médical dans les services de soins de suite ;
 - prévention de la dénutrition dans les services de médecine, chirurgie et les maternités ;
 - la tenue du dossier en anesthésie ;
 - la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

- Bonnes (*résultats meilleurs que la moyenne nationale avec un seuil de conformité insuffisant*) pour :
 - la tenue du dossier médical dans les services de médecine, chirurgie et les maternités ;
 - l'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation après une hospitalisation dans les services de soins de suite ;
 - la prise en charge de la douleur dans tous les services (aigus et soins de suite) ;
 - prévention de la dénutrition dans tous les secteurs (aigus et soins de suite).

- Médiocres (*résultats moins bon que la moyenne nationale*) pour :
 - l'envoi du compte rendu d'hospitalisation après une hospitalisation dans les services de soins de suite qui n'est pas assez rapide ;
 - la prévention de la dénutrition dans les services de soins de suite.

La diffusion au public des indicateurs pour chacun des hôpitaux AP-HP est assurée par le site internet : <http://indicateurs.aphp.fr/indicateurs-issus-du-dossier-medical/>

6.8 - La satisfaction des patients, indicateur central de la qualité des soins

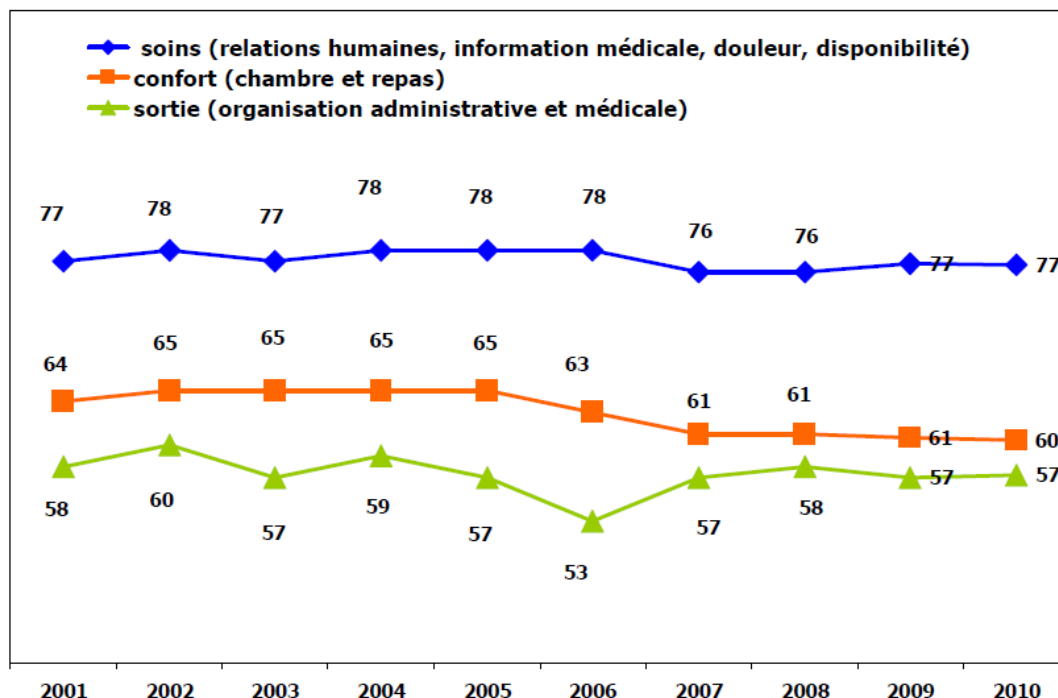
Un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers couvrant la quasi-totalité des activités de soins existe à l'AP-HP. Deux types d'enquêtes sont réalisés à cet égard : l'enquête SAPHORA et les enquêtes EQS

Les résultats de l'enquête SAPHORA 2010

L'enquête de satisfaction des patients hospitalisés (SAPHORA), réalisée dans tous les hôpitaux de court séjour auprès de patients hospitalisés plein temps en MCO. Elle analyse les domaines suivants : service des urgences, qualités humaines et compétences techniques des médecins et soignants, disponibilité du personnel, information médicale, douleur, handicap, déroulement du séjour (de l'admission à la sortie), confidentialité, attente, chambre, repas, efficacité des soins, impression globale.

Les résultats montrent que, comme les années précédentes, la qualité des soins médicaux et infirmiers est jugée bien meilleure que le confort et que l'organisation de la sortie. La qualité des soins reste stable dans le temps, contrairement au confort qui se dégrade.

Évolution des scores depuis 2001 (de 0 à 100 par ordre croissant de niveau de satisfaction des patients)



Une enquête nationale de satisfaction des patients hospitalisés en MCO « I-SATIS » a été expérimentée en 2011 et sera renouvelée en 2012. Ayant organisée l'enquête SAPHORA entre septembre 2010 et décembre 2010, l'AP-HP n'a pas participé à l'expérimentation de l'enquête nationale « I-SATIS » organisée en début d'année 2011.

Les enquêtes EQS

Les enquêtes EQS (Echelle de qualité de soins) qui permettent un diagnostic ciblé sur des thèmes particuliers (relations humaines, information médicale, prise de rendez-vous en consultation...) et d'interroger les usagers non concernés par SAPHORA (visiteurs de patients, patients consultants, hospitalisés en ambulatoire, en gériatrie, en rééducation fonctionnelle...).

La diffusion au public des enquêtes de satisfaction de l'AP-HP est réalisée par deux sites internet :
<http://qualite-securite.aphp.fr/-Opinion-des-usagers-.html?rubrique>
<http://cme.aphp.fr/indicateurs-performance-medicale/>

6.9 - La qualité des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

6.9.1 - Le projet de soins

La direction des soins et des activités paramédicale (DSAP) poursuit la mise en œuvre du projet de soins dans ses quatre axes :

- la philosophie, les principes et valeurs qui fondent les soins ;

- l'organisation et le management des soins ;
- la qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques ;
- la formation, les compétences, les métiers et la recherche.

La DSAP a déterminé des objectifs prioritaires pour l'année 2011 (à poursuivre en 2012) et sélectionné des indicateurs de mesure de la qualité des soins paramédicaux sur des thématiques ciblées :

- Améliorer la traçabilité :
 - de la prise en charge de la douleur ;
 - de l'information du patient et de ses proches ;
 - de la sortie du patient.
- Formaliser la cartographie des risques/événements indésirables associés aux soins paramédicaux.
- Sécuriser l'administration du médicament et réaliser des audits.
- Renforcer l'identito-vigilance en systématisant le port du bracelet d'identité pour tous les patients.

Dans le cadre de l'évolution des pratiques professionnelles vers l'efficacité au service du patient et des professionnels, les coordinateurs des soins des groupes hospitaliers ont identifié les actions à mettre en œuvre, les indicateurs de suivi tels que le nombre de projets de coopérations interprofessionnels déposés auprès des tutelles, le nombre de programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), la mise en place du tutorat des étudiants, l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

6.9.2 - L'évaluation annuelle du dossier de soins

La DSAP a initié et piloté en 2011 l'actualisation de la méthodologie et du référentiel d'évaluation du dossier de soins dans un objectif d'évaluation globale du dossier patient (dossier médical et dossier de soins). Pour ce faire, un partenariat a été engagé avec la Haute autorité de santé (HAS), matérialisé par la signature d'une convention entre la directrice générale de l'AP-HP et le directeur de la HAS permettant l'évaluation en 2011 du dossier de soins à titre expérimental sur la plateforme QUALHAS, plateforme internet sécurisée, développée par l'ATIH pour la HAS, à laquelle chaque établissement de santé se connecte pour le recueil des indicateurs nationaux de l'évaluation du dossier patient (DPA) ainsi que pour certaines prises en charge. Ainsi, la partie médicale du DPA et le dossier de soins sont désormais évalués conjointement par les équipes médicales et paramédicales à partir d'un même outil.

Si le bilan réalisé s'avère positif, la convention sera renouvelée et à terme l'évaluation du dossier de soins pourrait être généralisée à l'ensemble des établissements de santé. Le bilan pourrait permettre de négocier avec la HAS le calcul automatique des données recueillies, aujourd'hui traitées manuellement par l'AP-HP. Les résultats de l'évaluation 2011 du dossier de soins seront connus fin juin 2012.

<p>Les résultats de ces deux enquêtes sont consultables sur le site intranet de la DSAP (http://portailcms.aphp.fr/dcsirmt)</p>

6.9.3 - L'enquête de prévalence des escarres acquises dans les unités de soins

Comme chaque année depuis 2007, la DSAP a, en 2011, piloté et coordonné l'enquête de prévalence « escarres acquises », et l'évaluation annuelle du dossier de soins. En 2011, les seize groupes hospitaliers et hôpitaux hors groupe hospitalier ont participé à cette enquête.

L'enquête 2011 montre que la prévalence globale des escarres est de 6,2 %, en diminution donc de 0,6 point en 2011 par rapport à 2010, et de 2,1 point en 5 ans. Seul le secteur SLD présente une augmentation de 0,3 point en 2011.

Le taux moyen de patients ayant acquis une escarre dans l'unité est en baisse de 0,3 point en 2011 par rapport à 2010, pour se situer à 2,8 % ; cette amélioration est surtout marquée en MCO et en psychiatrie.

Le taux global de patient arrivant dans l'unité de soins avec une escarre déjà constituée est de 3,7 % soit en régression de 0,4 point par rapport à 2010, sauf en SLD où il a augmenté de 0,2 point.

L'utilisation d'échelles de risque validées est essentielle pour prévenir la survenue d'escarres. Le taux global d'utilisation des échelles validées est en hausse de 11,1 point en 2011, soit un résultat conforme sur l'ensemble de l'AP-HP qui s'établit à 67,3 %.

Le taux de protocoles et de fiches techniques de prévention d'escarres répertoriés au sein des groupes hospitaliers a progressé de 2,6 point pour atteindre un score de 73,5 % en 2011.

6.9.4 - La sécurisation de l'administration du médicament

La sécurisation de l'administration du médicament est une priorité du projet de soins central 2010-2014 et de la politique qualité des soins paramédicaux. L'objectif est d'aider les équipes à sécuriser leurs pratiques pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Cette volonté est affirmée par le choix de rendre exigible pour tous les paramédicaux concernés la formation à la sécurisation de l'administration du médicament (préparation, administration et traçabilité).

Diverses autres actions de sécurisation de l'administration du médicament ont, à ce titre, été notamment menées en 2011 par la DSAP :

- réalisation de l'affiche « logigramme d'administration du médicament » diffusée à tous les groupes hospitaliers pour affichage dans tous les postes de soins ;
- réalisation d'un film didactique relatif à l'administration du médicament par les infirmières ;
- coproduction avec le centre de formation continue des personnels hospitaliers (CFCPH) d'un kit de formation composé d'outils pédagogiques théoriques et pratiques.

7 - L'INNOVATION, LA RECHERCHE ET LES RELATIONS AVEC L'UNIVERSITE

7.1 - L'innovation médicale

L'AP-HP possède deux structures dédiées à l'innovation médicale, le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) et le Pôle innovation et veille technologique (PIVT), qui assure également le secrétariat scientifique du CEDIT.

7.1.1 - L'activité du CEDIT en 2011

Le CEDIT est une agence hospitalière d'évaluation de technologies de santé créé en 1982 dont les membres sont nommés pour trois ans. Son travail s'organise autour de trois axes :

- apporter une aide à la décision aux dirigeants de l'AP-HP sur des choix stratégiques relatifs aux innovations médicales, en réalisant des évaluations rapides portant sur l'efficacité et la sécurité cliniques, l'efficacité économique, les aspects organisationnels, éthiques, etc. ;
- détecter l'arrivée de technologies médicales innovantes à forts impacts sur l'hôpital, grâce à l'analyse d'informations provenant de sources identifiées et fiables ;
- faciliter et assister les services de l'AP-HP dans leurs soumissions de réponses aux appels d'offre des programmes de soutien aux technologies innovantes coûteuses (STIC), en coopération avec le pôle appels à projets de la direction de la recherche clinique et du développement (DRCD).

Une présentation détaillée du CEDIT (composition, missions, procédure de saisine...) est disponible sur le site internet : <http://cedit.aphp.fr>.

En 2011, les dossiers suivants ont été évalués (certains seront suivis en 2012) afin d'apporter une aide à la décision aux dirigeants de l'AP-HP :

- chirurgie assistée par télémanipulateur (robot « da Vinci ») ;
- imagerie par résonance magnétique (IRM) 3 Tesla ;
- tomographie par émissions de positons couplée avec tomodensitométrie par rayons X (TEP-TDM) ;
- SPYGLASS ;
- ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) ;
- Organ Care System (OCS) Lung ;
- Fibroscan ;
- ratios de personnel et qualité des soins ;
- hospitalisme ;
- actes innovants.

En ce qui concerne l'activité de veille technologique, l'année 2011 a vu la publication de quatre numéros de la lettre de veille technologique, tous disponibles sur le site Internet du CEDIT.

Les collégiales de spécialités médicales ont été sollicitées pour participer à la mise en place d'un réseau de référents innovation dans chaque spécialité et assurer la participation de ces derniers à l'activité de veille ; à la fin 2011, 22 référents avaient été désignés.

7.1.2 - L'activité du pôle innovation et veille technologique (PIVT) en 2011

Le PIVT a vu son équipe renouvelée en 2011 et ses missions évoluer vers des évaluations plus rapides et une plus grande réactivité aux saisines.

Dans le cadre du programme de soutien aux technologies innovantes coûteuses (PSTIC) 2011 (projets déposés fin 2010 et retenus début 2011), deux projets hors cancer menés par l'AP-HP ont été retenus, et soutenus par le PIVT.

Le PIVT a facilité et assisté les soumissions AP-HP au PSTIC 2012, lancé par la circulaire ministérielle du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale, et devant être déposés avant la fin de l'année 2011. Sur les huit lettres d'intention déposées par l'AP-HP (sept hors cancer et une concernant le cancer), trois projets ont été retenus pour la seconde phase de sélection se déroulant en 2012.

En ce qui concerne la coopération nationale et régionale, l'activité 2011 du PIVT a été marquée par les points suivants :

- participation en tant que membre aux travaux du groupe innovation des CHU qui constitue un lieu d'échange et de partage des thématiques liées à l'innovation et à l'évaluation des technologies de santé ;
- coordination de la réponse de l'AP-HP à un appel à candidatures lancé par le Centre national de référence-santé à domicile et autonomie pour la labellisation de centres experts dans le domaine de l'expertise technologique. Si la candidature de l'AP-HP est retenue, le PIVT coordonnera l'expertise et les réponses sur les différentes saisines en 2012.
- conformément à la circulaire ministérielle du 29 juillet 2011, la délégation interrégionale à la recherche clinique (DIRC) s'est transformée en groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI). Ce changement implique la possibilité d'un travail avec d'autres établissements de la région Ile-de-France pour l'évaluation et la diffusion des innovations technologiques.

7.1.3 - Participation à des réseaux européens et internationaux

Comme les années précédentes, le PIVT comme le CEDIT ont participé en 2011, en tant que membres, à l'activité des réseaux européens et internationaux suivants :

- EuroScan (échange d'informations sur les technologies de santé émergentes et innovantes) ;
- INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) ;
- HTAi (Health Technology Assessment international) - promotion et l'utilisation de l'évaluation des technologies de santé en tant qu'outil d'aide à la décision.

7.2 - La recherche

La recherche constitue une mission de service public des établissements de santé. Le développement de la recherche biomédicale et en santé est, à ce titre, un enjeu majeur du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP.

Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD), rattaché à la direction de la politique médicale, est chargé de piloter les projets de recherche développés par l'AP-HP et de suivre l'ensemble des activités de recherche se déroulant au sein de l'institution. Il contribue à la définition de la politique de recherche de l'institution, et en particulier en œuvre l'ensemble des règles de promotion et de gestion de la recherche clinique au sein de l'AP-HP. Il contrôle la réalisation des projets de recherche de l'institution, par l'intermédiaire des douze unités de recherche clinique (URC), antennes locales du département situées au sein des douze groupes hospitaliers de l'AP-HP. Deux structures à caractère transversal, rattachées au DRCD ou fonctionnant en lien avec ce département, sont également impliquées : l'URC médico-économique et le département essais cliniques (DEC) de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). Le DRCD met également en œuvre une politique de valorisation de la recherche, par l'intermédiaire de son Office du transfert de technologie et des partenariats industriels (OTT&PI).

Le DRCD constitue par ailleurs la Délégation interrégionale à la recherche clinique (DIRC) d'Ile-de-France et reçoit ainsi la mission d'animer la recherche clinique à promotion institutionnelle pour l'ensemble des établissements de santé de la région, en particulier pour les établissements qui n'ont pas mis en œuvre de structure de promotion.

Le développement de la recherche à l'AP-HP s'appuie sur près de 1 500 professionnels hautement qualifiés et spécifiquement dédiés à la réalisation et au suivi des projets, gérés par le DRCD, et implique une coopération étroite avec les organismes de recherche, les universités et les industriels du médicament et des dispositifs médicaux.

En complément de la mise en place des pôles hospitalo-universitaires (PHU) et de la création de trois grands instituts hospitalo-universitaires (IHU), constituant de véritables centres d'excellence et de transfert au service des grands défis de santé, financés par le « grand emprunt national », la création d'un nouveau type de structure hospitalo-universitaire est en œuvre à l'AP-HP : les départements hospitalo-universitaires (DHU). Ces derniers doivent permettre de rénover les relations entre l'hôpital, l'université et les organismes de recherche, dans le respect des identités et des prérogatives de chacune de ces institutions, et selon un modèle très souple. Il s'agit de dynamiser la recherche et d'améliorer la qualité des soins par une diffusion plus rapide des innovations. En 2011, lors du premier appel à projet supervisé par le DRCD, 37 projets ont été déposés et 8 ont été sélectionnés par un jury international.

L'ensemble de l'activité du DRCD est disponible sur son site Internet :
<http://rechercheclinique.aphp.fr/index.php>.

7.2.1 - Les chiffres-clés de la recherche à l'AP-HP

Leader de la promotion d'essais cliniques en France, premier centre de recherche clinique en Europe, l'AP-HP occupe une place centrale dans le dispositif national de la recherche clinique et apparaît comme un partenaire privilégié des industries de santé, des universités et des organismes de recherche.

Plusieurs données illustrent le poids de l'AP-HP à cet égard :

- plus de 2 800 projets de recherche en cours, tous promoteurs confondus ;
- 865 projets de recherche développés par l'AP-HP ;
- près de 20 000 patients inclus dans des essais cliniques à promotion AP-HP ;
- près de 1 500 professionnels dédiés ;
- 442 portefeuilles internationaux de brevets ;

- 940 collections d'échantillons biologiques ;
- plus de 8 200 publications scientifiques.

7.2.1.1 - Les projets de recherche à promotion institutionnelle AP-HP

Au 31 décembre 2011, 865 projets étaient actifs et en instruction, dont 570 recherches biomédicales à promotion AP-HP et 73 projets de recherche internationaux. 167 nouveaux projets ont été démarrés en 2011.

Près de 20 000 patients ont été inclus dans les projets de recherche promus ou gérés par l'AP-HP (recherches biomédicales et recherches en soins courants, donc hors recherches non interventionnelles).

7.2.1.2 - Les projets de recherche à promotion industrielle

1 237 projets de recherche à promotion industrielle ont été actifs en 2011, dont 423 en phases I/II. 409 nouveaux projets ont été démarrés en 2011, dont 155 en phases I/II. Ces projets ont impliqué 270 promoteurs industriels différents.

Plus de 2 399 centres investigateurs étaient actifs en 2011.

7.2.1.3 - Les projets de recherche à promotion académique

Le Guichet des essais à promotion académique du DRCD, conformément au volet « Recherche et innovation » du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP, comptabilise les essais en s'appuyant sur la base de données nationale, récemment déployée, du système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC) pour comptabiliser les essais à promotion académique. Les données disponibles les plus récentes sont afférentes à l'année 2010, et dénombrent :

- 699 projets en cours sont référencés dans la base nationale SIGREC ;
- 80 projets à promotion Inserm ;
- 64 promoteurs académiques ;
- plus de 2 000 centres investigateurs actifs.

Au total, c'est donc plus de 2 800 projets de recherche, tous promoteurs confondus, qui sont en cours au sein de l'AP-HP en 2011.

7.2.1.4 - Les moyens dédiés à la recherche

En 2011, le DRCD employait 837 équivalents temps-plein (ETP) moyen annuel, répartis de la façon suivante :

- 209 ETP moyens annuels, positionnés sur la structure pérenne du DRCD (109 agents rattachés au DRCD-Siège et 100 agents DRCD-URC) ;
- 550 ETP moyens annuels, positionnés sur la structure non permanente. Les professionnels non permanents sont principalement affectés dans les URC à la réalisation des projets de recherche ;
- 78 ETP moyens annuels, personnels médicaux.

Le budget du DRCD s'est élevé en 2011 à 63,4 millions d'euros, dont 31,6 millions d'euros consacrés aux projets de recherche.

7.2.1.5 - Montants des MERRI 2011

En 2011, les crédits attribués à l'AP-HP au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) se sont élevés à 693,4 millions d'euros (26 % de l'enveloppe nationale).

La répartition interne à l'AP-HP a été la suivante :

- part fixe : 125,7 millions d'euros (19,5 % de l'enveloppe nationale) ;
- part variable : 291,1 millions d'euros (28,5 % de l'enveloppe nationale) ;
- part modulable : 276,6 millions d'euros (27,9 % de l'enveloppe nationale), dont :
 - ☞ publications scientifiques : 187,9 M€ (33 % de l'enveloppe nationale) ;
 - ☞ enseignement : 59,5 millions d'euros (20,7 % de l'enveloppe nationale) ;
 - ☞ recherche clinique : 23,4 millions d'euros (20 % de l'enveloppe nationale) ;
 - ☞ valorisation : 5,7 millions d'euros (29 % de l'enveloppe nationale).

7.2.1.6 - La répartition géographique des structures de soutien de la recherche clinique de l'AP-HP

L'AP-HP bénéficie d'un environnement particulièrement dense de structures de recherche, comprenant :

- douze unités de recherche clinique (URC) ;
- une URC médico-économique ;
- un département essais cliniques de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) ;
- sept universités associées ;
- sept facultés de médecine ;
- deux facultés de pharmacie ;
- deux facultés d'odontologie ;
- sept instituts fédératifs de recherche (IFR) ;
- trois instituts hospitalo-universitaires (IHU) ;
- un pôle hospitalo-universitaire en cancérologie (PHU PACRI) ;
- huit départements hospitalo-universitaires (DHU) ;
- dix-sept centres d'investigation clinique (CIC) ;
- huit modules « pluri-thématique » (CIC-P) ;
- cinq modules « biothérapie » (CIC-BT) ;
- trois modules « épidémiologie clinique » (CIC-EC) ;
- un module « innovation technologique » (CIC-IT) ;
- quatre centres de recherche clinique (CRC) ;
- huit centres d'investigation biomédicale (CIB) ;
- quatorze tumorothèques labellisées DGOS-INCa ;

- dix centres de ressources biologiques (CRB), dont quatre certifiés AFNOR et six labellisés ANR CEBS) ;
- quatre centres et réseaux thématiques de recherche et de soins (CTRS/RTRS) dont l'AP-HP est membre fondateur ;
- quatre vingt une unités INSERM ;
- quinze unités CNRS ;
- une unité CEA dans le périmètre de l'AP-HP.

7.2.3 - Les résultats des différents appels à projet

7.2.3.1 - Appels à projets

- PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) national 2011 : 295 projets déposés, 83 projets retenus, représentant 46,6 % des PHRC nationaux ;
- PHRC régional 2011 : 127 projets déposés, 30 projets retenus ;
- STIC : 5 projets déposés, 2 projets retenus ;
- programme de recherche en qualité hospitalière – PREQHOS : 10 projets déposés, 4 projets retenus ;
- recherche clinique translationnelle : 6 projets retenus ;
- programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : 33 projets déposés, 6 projets retenus ;
- contrat de recherche clinique : 108 projets déposés, 16 projets retenus ;
- contrat de recherche clinique translationnelle en biologie (CIB) : 8 projets déposés, 3 projets retenus.

7.2.3.2 - Appels à candidatures

- postes d'accueil CNRS/AP-HP : 8 candidatures déposées, 3 lauréats ;
- postes d'accueil CEA/AP-HP : 3 candidatures déposées, 3 lauréats ;
- poste d'accueil recherche infirmière : 3 candidatures déposées, 2 lauréats.

7.2.3.3 - Hors appel d'offres

36 dossiers déposés, 32 dossiers acceptés.

7.2.4 - Les programmes de la Commission européenne

7 nouveaux projets ont été signés dans le cadre du 7^{ème} PCRD pour lesquels l'AP-HP est partenaire.

- 3 nouveaux projets ont été signés dans le cadre du programme Santé de SANCO dont :
- 2 projets pour lequel l'AP-HP est coordonnateur ;
 - 1 projet pour lequel l'AP-HP est partenaire (gestion locale).

1 nouveau projet a été signé dans le cadre du programme IMI (Innovative Medicines Initiative) pour lequel l'AP-HP est partenaire.

1 nouveau projet signé dans le cadre du programme ERC (European Research Council).

Parmi ces différents projets, le pôle Affaires européennes aura géré directement :

- 2 projets du 7^{ème} PCRD ;
- 3 projets SANCO dont 1 en tant que coordonnateur.

En 2011, c'est donc 12 nouveaux projets qui ont été signés, pour un budget alloué par la commission européenne de plus de 6,2 millions d'euros ; compte tenu des projets démarrés les années précédentes, c'était en tout 50 projets européens qui sont actifs au sein de l'AP-HP, représentant plus de 15 millions d'euros.

7.2.5 - Les publications

En 2011, plus de 8 200 publications scientifiques sont issues de l'AP-HP, représentant 40 % des publications hospitalières françaises. Parmi ces publications, 46 % sont de rang A ou B (contre 40 % en 2006 et 44 % en 2010).

7.2.6 - Les collections biologiques

Il faut compter 940 collections biologiques dont 200 en recherches biomédicales et 540 à des fins scientifiques.

7.2.7 - La valorisation

- 442 portefeuilles internationaux de brevets actifs en 2011, détenus en pleine ou copropriété avec les partenaires académiques ou industriels de l'AP-HP ;
- 81 molécules issues de la R&D de l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP (AGEPS) valorisables en tant que médicament orphelin ou à destination pédiatrique ;
- 127 savoir-faire et 75 logiciels protégés, 26 marques et 17 modèles ;
- 609 collaborations de recherche et partenariats et contrats d'accès à des résultats d'essais cliniques et des bases de données ;
- 167 licences actives (brevets et savoir faire) mises en place avec des laboratoires pharmaceutiques, entreprises de dispositif médical ou sociétés de biotechnologies françaises et internationales ;
- 44 entreprises créées, dont 4 en 2011, sur la base d'innovations issues des activités hospitalières et de recherche médicale de l'AP-HP et de ses partenaires académiques ;
- 384 nouvelles demandes de valorisation, dont 50 nouvelles demandes de brevets déposées, 256 contrats de partenariat de R&D signés au cours de l'année, 14 nouveaux logiciels et savoir faire protégés.

7.2.8 - La recherche paramédicale

La direction des soins et activités paramédicales (DSAP) a inscrit la recherche paramédicale dans l'axe 4 de son projet de soins 2010-2014 intitulé : « Formation – compétences – métiers – recherche ».

Elle s'est mobilisée en 2011 pour inciter les infirmiers et les paramédicaux à s'inscrire dans cette démarche de professionnalisation et d'évolution des pratiques. Cette mobilisation s'est plus particulièrement concrétisée *via* l'organisation de la première journée de l'AP-HP dédiée à la recherche infirmière et paramédicale.

En 2011, les projets de recherche retenus ont concerné l'ensemble des paramédicaux : infirmiers, rééducateurs et personnels médico-techniques.

Les objectifs de la recherche paramédicale consistent à :

- apporter de nouvelles connaissances et compétences aux équipes et aux décideurs pour améliorer les pratiques professionnelles au bénéfice des malades et de leurs proches ;
- optimiser l'organisation des soins dans les groupes hospitaliers et au domicile des patients, en mesurant l'impact des changements organisationnels, relationnels, techniques et scientifiques ;
- faire évoluer les soins et la prise en charge des malades pour répondre aux besoins de santé publique (éducation thérapeutique...).

Cinq projets de PHRIP (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) de l'AP-HP (déposés en 2010) ont été retenus et financés par le ministère de la Santé en 2011 sur vingt et un retenus au niveau national :

- « Efficacité du toucher relationnel dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en hôpital gériatrique » (hôpital René Muret Bigottini – projet infirmier) ;
- « Développement et validation d'un score de détection précoce du sepsis sévère aux urgences par l'infirmière » (hôpital Cochin – projet infirmier) ;
- « Usage forcé du membre inférieur parétique par entraînement moteur chez des patients hémiparétiques chroniques » (hôpital Hôtel-Dieu – projet kinésithérapeute) ;
- « Evaluation de l'impact de la technique de kinésithérapie d'augmentation du flux inspiratoire sur le sevrage de la ventilation non invasive chez le nouveau-né prématuré après extubation : étude pilote » (hôpital Antoine Béclère – projet Kinésithérapeute) ;
- « Evaluation des effets de la rééducation par la Wii sur la cinématique du membre supérieur hémiparétique » (hôpital Raymond Poincaré – projet kinésithérapeute).

Vingt deux PHRI et onze PHRIP ont été déposés par les équipes de l'AP-HP en 2011 (la réponse ministérielle est attendue courant 2012). Les infirmières et les professionnels de la filière rééducation et médico-technique ont répondu à cet appel d'offres en utilisant la plateforme INNOVARC (plateforme sécurisée de dépôt des projets relatifs à la recherche et à l'innovation en santé) mise en place par la DGOS pour gérer l'ensemble des appels à projets de recherche (PHRC National, PHRIP, PREPS et PSTIC).

7.2.8.1 - Les formations à la recherche

La direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) finance chaque année la formation de cinq infirmières à la recherche (Master II ou doctorat), apportant ainsi son soutien au développement de la recherche paramédicale de l'AP-HP.

A ce titre, ont été accordés en 2011 :

- un Master (financé sur un an) relatif à « La protection, au maintien, à la restauration et la promotion de la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social » ;

- un doctorat (financé sur trois ans) relatif à « L'étude des effets d'une formation spécifique à la technique de l'entretien motivationnel d'infirmier(e)s déjà impliqué(e)s dans de programmes d'éducation thérapeutique destinés à des patients souffrant d'une infection au virus de l'immunodéficience humaine et pris en charge en milieu hospitalier » ;

- la poursuite en 2011 du financement des deux doctorats retenus en 2010.

7.2.8.2 - La première journée de l'AP-HP dédiée à la recherche infirmière et paramédicale

Cette première journée, organisée par la DSAP, a réuni 180 participants et 17 intervenants avec deux objectifs :

- illustrer les modalités pratiques d'accès à la recherche pour les paramédicaux ;
- partager entre équipes la diversité de thématiques des projets.

Cette journée, qui a obtenu un taux de satisfaction des participants de 96 %, sera reconduite en 2012.

7.3 - Les relations avec les universités, et avec les fondations et les promoteurs de plateformes de recherche

7.3.1 - La coopération avec les universités

7.3.1.1 - Conventions constitutives de Centre Hospitalier et Universitaire

Conformément aux engagements qui avaient été les siens dans son plan stratégique 2005-2010 et qui ont été renouvelés dans celui de 2010-2014, l'AP-HP a poursuivi son objectif de conclure des conventions constitutives de CH et U avec ses sept universités partenaires. A ce titre elle a élaboré en 2011 une nouvelle convention de ce type avec l'université Paris-Sud.

7.3.1.2 - Paris-SUD

- Elaboration de deux conventions entre l'AP-HP et l'Université Paris-Sud ;
- La convention constitutive de CH et U intègre un troisième partenaire, l'institut de cancérologie de Gustave Roussy ;
- La convention bilatérale (AP-HP/université) précise, quant à elle, la convention constitutive de CH et U et porte plus spécifiquement sur les dispositions applicables aux personnels et aux étudiants ainsi qu'à la gestion du patrimoine entre l'AP-HP et l'université Paris-Sud.

7.3.1.4 - Séminaires hospitalo-universitaires

Dans le souci de mieux coordonner ses orientations avec celles des universités partenaires, l'AP-HP a organisé, en juin 2011, un séminaire d'une journée rassemblant les présidents des sept universités, les onze doyens et les directeurs ou présidents des organismes de recherche.

Cette rencontre avait pour objectif d'apporter des éléments de réflexion sur les enjeux à venir du centre hospitalier et universitaire, et sur un CHU résolu à renforcer son appui aux missions d'enseignement et de recherche en Ile-de-France.

Outre la présentation du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP, le programme de ce séminaire a porté sur les thèmes de réflexion suivants :

- bilan des travaux du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) ;
- création et configuration d'une nouvelle structure, les départements hospitalo-universitaires (DHU), au service d'une nouvelle dynamique de soins, d'enseignement et de recherche ;
- investissements d'avenir (grand emprunt) : point d'étape et modalités de participation des institutions à ces différentes structures.

7.3.2 - Les relations avec les fondations et les promoteurs de plateformes de recherche

L'AP-HP a continué à s'investir fortement auprès de partenaires promoteurs de structures innovantes en matière d'organisation de recherche. A ce titre, elle a apporté sa contribution à plusieurs partenariats.

7.3.2.1 - Candidature dans le cadre des investissements d'avenir

Trois projets impliquant l'AP-HP ont été labellisés Instituts hospitalo-universitaires (IHU) :

- ☞ institut hospitalo-universitaire des neurosciences translationnelles - A-ICM ;
- ☞ institut hospitalo-universitaire des maladies génétiques - Imagine ;
- ☞ institut hospitalo-universitaire cardio-métabolisme et nutrition – ICAN.

Deux autres projets impliquant l'AP-HP ont été sélectionnés au titre des projets prometteurs :

- ☞ institut universitaire d'hématologie - Saint-Louis ;
- ☞ Handimedex - plateforme du handicap – Garches.

Dénominateur commun de trois IHU sur les six labélisés en France, l'AP-HP s'est investie très fortement pour dégager avec ses partenaires d'enseignement et de recherche des éléments de doctrine et des dispositifs juridiques et fonctionnels opérationnels. Ainsi, cette mise en place des IHU s'est-elle réalisée en lien étroit avec le commissariat général à l'investissement et le cabinet du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

7.3.2.2 - Institut hospitalo-universitaire des maladies génétiques - IMAGINE

- participation active aux instances décisionnaires, à la définition de son plan d'investissement et négociation de la convention d'exploitation avec cette fondation ;

- signature de la convention d'occupation du domaine public et de fonctionnement d'un bâtiment hébergeant un institut des maladies génétiques sur le site de Necker-Enfants Malades ;
- signature de la convention relative au financement de la construction de l'Institut des maladies génétiques ;
- organisation, en tant que maître d'ouvrage, d'un concours d'architecture pour la construction d'un bâtiment de 17 500 m² ;
- communication auprès des élus et de l'environnement social.

7.3.2.3 - Institut hospitalo-universitaire de neurosciences translationnelles - A-ICM

- participation active aux instances décisionnaires ;
- négociation et signature de la convention avec la Fondation ICM ;
- finalisation du plan d'investissement pour la Fondation ICM ;
- inauguration du bâtiment de l'Institut du cerveau et de la moelle épinière, localisé à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ;
- élaboration d'un plan de convergence pentapartite entre l'ICM et l'IHU de neurosciences nouvellement créé.

7.3.2.4 - Institut hospitalo-universitaire de cardio-métabolisme et nutrition - ICAN

- contribution de l'AP-HP à l'élaboration des statuts de la fondation de coopération scientifique, support de l'IHU ;
- mise en place de ces dispositifs qui conditionnent la publication d'un décret du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et l'attribution à l'IHU des ressources promises ;
- participation au conseil d'administration.

7.3.2.5 - Autres projets impliquant l'AP-HP dans le cadre des investissements d'avenir

- équipements d'excellence (Equipex) : 3 projets sélectionnés impliquant l'AP-HP ;
- cohorte : l'AP-HP est impliquée dans 6 d'entre eux ;
- laboratoires d'excellence (Labex) : l'AP-HP est impliquée dans 8 d'entre eux ;
- infrastructures et démonstrateurs : l'AP-HP est impliquée dans 2 d'entre eux ;
- initiative d'excellence (IDEX) : dossiers de candidature en cours d'instruction.

7.3.2.6 - Pôles de recherche et d'enseignement supérieurs

- l'AP-HP soutien ces initiatives dans la mesure où ces fédérations, voire ces confédérations d'universités, apportent une simplification de la cartographie universitaire en créant des ensembles qui offrent des masses critiques de disciplines médicales, de terrains de formation et d'expertise, et qui permettent aux réorganisations hospitalières d'être conduites avec une plus grande plasticité ;
- la mission « Relations avec les universités » a apporté un soutien actif aux candidatures des pôles de recherche et d'enseignement supérieur, en organisant notamment la participation de la directrice générale au jury international.

7.3.2.7 - Réseaux thématiques de recherche et de soins (RTRS)

L'AP-HP a participé activement aux réseaux :

- FondaMental (santé mentale) ;
- Centaure (greffes) ;
- PremUP (Risque et prématurité).

Institut de la longévité

- convention de mise à disposition patrimoniale de l'Institut de la longévité en liaison avec l'Université Pierre et Marie Curie, la ville d'Ivry et le département du Val-de-Marne ;
- inauguration de la plateforme de l'institut de la longévité ;
- participation au conseil d'administration.

Gestion et valorisation des collections biologiques

Les collections biologiques sont un élément déterminant pour la recherche fondamentale mais aussi pour la recherche appliquée des partenaires industriels. A l'avenir, ce patrimoine – dont l'AP-HP est dépositaire – sera essentiel pour les progrès de la recherche cognitive mais aussi de la Recherche et du Développement (R&D) des partenaires industriels. L'AP-HP a décidé de tout mettre en œuvre pour professionnaliser la conservation de ces ressources et de faciliter leur mise à disposition.

A cet effet, elle contribue à mettre en place une vaste plateforme de mutualisation et de valorisation des ressources biologiques sur le site de la Pitié-Salpêtrière qui rassemblera les ressources biologiques des deux IHU, celle de l'Institut de la vision et celles du réseau thématique de recherche et de soins (RTRS) FondaMental.

7.3.3 - Les partenariats industriels

7.3.3.1 - Paris Biotech – Paris santé Cochin

L'AP-HP soutient l'extension de Paris Biotech - Paris Santé sur le site de l'hôpital Cochin de façon que cette structure puisse répondre aux demandes d'hébergement de *start-up* ou de jeunes entreprises.

7.3.3.2 - Plateforme inter-universitaire de simulation en soins de santé

L'AP-HP a proposé à ses partenaires universitaires la création d'une plateforme de formation par des techniques de simulation en soins de santé. Ce projet n'a pas pu être candidat aux « Investissements d'avenir ». L'AP-HP va désormais se focaliser sur la réimplantation de son école de chirurgie et sur sa mise à niveau des normes correspondant aux nouvelles techniques d'enseignement pratique ayant recours à la simulation numérisée.

7.3.3.3 - Plateforme de chirurgie expérimentale humaine et animale

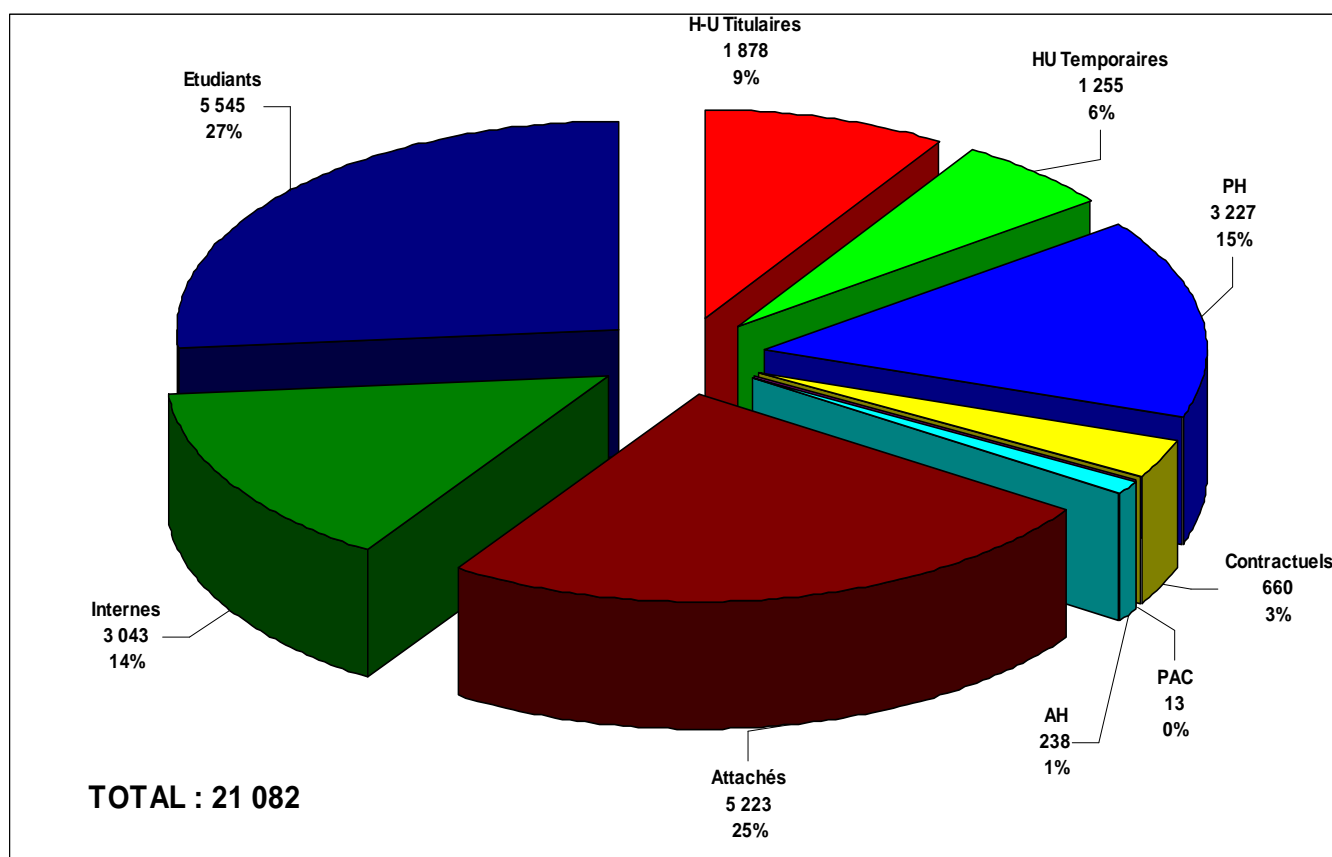
A l'occasion de son projet de relocalisation et de modernisation de son école de chirurgie, l'AP-HP mène un travail en liaison avec l'Université Paris Est-Créteil (UPEC) et l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort (ENVA) sur la création d'une plateforme de chirurgie expérimentale humaine et animale.

8 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

8.1 - Les ressources humaines médicales

Répartition des effectifs médicaux par statut au 31 décembre 2011

Hospitolo-universitaire (HU) titulaire	Hospitolo-universitaire (HU) temporaire	Praticien hospitalier (PH)	Praticien contractuel (PHC)	Praticien Adjoint contractuel (PAC)	Assistant hors CHU (AH)	Praticien attaché	Interne	Etudiant	Total
1 878	1 255	3 227	660	13	238	5 223	3 043	5 545	21 082



Evolution des effectifs de personnel médical
(exprimés en personnes physiques) par statut entre 2010 et 2011

STATUTS	2010	2011	Evolution en nombre et en %	
Hospitalo-universitaire (HU) titulaire dont :				
- PU-PH	1 193	1 223	30	2,51
- MCU-PH	539	535	-4	-1,13
- Odontologiste	125	120	- 5	- 4,00
- Consultant	61	62	1	1,64
Sous-total HU titulaire	1918	1 940	22	1,68
Hospitalo-universitaire (HU) temporaire dont :				
- PHU, CCA, AHU	1 166	1 168	2	0,17
- Odontologiste	90	87	- 3	- 3,33
Sous-total HU temporaire	1 256	1 255	- 1	- 0,08
Total hospitalo-universitaires titulaire et temporaire	3 103	3 133	30	0,97 %
Praticien hospitalier (PH)	3 261	3 227	- 34	- 1,04
Assistant hors CHU	212	238	26	12,26
Praticien adjoint contractuel (PAC)	14	13	- 1	- 7,14
Praticien contractuel (PHC)	630	660	30	4,76
Praticien attaché	5 432	5 223	- 209	- 3,85
Interne et résident	2 945	3 043	98	3,33
- dont FFI	649	536	- 113	- 17,41
Etudiant	5 568	5 545	- 23	- 0,41
Total	21 165	21 082	- 83	- 0,39 %
Total (hors interne, résident et étudiant)	12 652	12 494	- 158	- 1,25 %

Le tableau des effectifs de personnel médical appelle les commentaires suivants :

- les effectifs hospitalo-universitaires sont quasi-stables, avec une légère hausse du nombre de professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH) par rapport à 2010 ;
- les effectifs de praticiens hospitaliers (PH) diminuent en 2011 (- 1,04 %) notamment en raison des départs en retraite, et malgré la transformation de postes de praticiens contractuels et de praticiens attachés, dans le cadre des révisions des effectifs de PH ;
- le statut des praticiens adjoints contractuels (PAC) est en voie d'extinction ;
- le nombre de praticiens contractuels (PHC) est en augmentation (+ 4,76 %) alors que les effectifs de praticiens attachés sont en diminution (- 3,85 %), résultant en une diminution totale des praticiens contractuels de - 2,95 % ;
- les effectifs d'étudiants hospitaliers sont quasi stables malgré le desserrement important et croissant du *numerus clausus* ; la légère baisse du nombre de FFI est plus que compensée par l'augmentation du nombre d'internes.

Evolution des équivalents temps-plein selon les statuts entre 2010 et 2011

STATUTS	2010	2011	Evolution en nombre et en %	
Hospitalo-universitaire (HU) titulaire dont :				
- PU-PH	594,30	611,45	17,15	2,89
- MCU-PH	260,95	267,50	6,55	2,51
- Odontologiste	39,68	38,10	- 1,58	- 3,98
Sous-total HU titulaire	894,93	917,05	22,12	2,47
Hospitalo-universitaire (HU) temporaire dont :				
- PHU, CCA, AHU	584,25	584,00	- 0,25	- 0,04
- Odontologiste	18,90	18,30	- 0,60	- 3,17
Sous-total HU temporaire	603,15	602,30	- 0,85	- 0,14
Total hospitalo-universitaires titulaire et temporaire	1 498,08	1 519,35	21,27	1,42 %
Praticien hospitalier (PH)	2 999,96	2 986,81	- 13,15	- 0,44
Assistant hors CHU	212,00	238,00	26,00	12,26
Praticien adjoint contractuel (PAC)	11,00	10,00	- 1,00	- 9,09
Praticien contractuel (PHC)	503,76	544,00	40,24	7,99
Praticien attaché	2 149,70	2 067,85	- 81,85	- 3,81
Interne et résident	2 945,00	3 043,00	98,00	3,33
Etudiant	5 568,00	5 545,00	- 23,00	- 0,41
Total	15 887,50	15 954,01	66,51	0,42 %
Total (hors interne, résident et étudiant)	7 374,50	7 366,01	- 8,49	- 0,12 %

Les ETP médicaux seniors sont en légère diminution (- 0,12 %), comme en 2010 par rapport à 2009 (- 0,5 %).

Les ETP des praticiens hospitaliers diminuent légèrement, notamment dû aux départs en retraite, malgré la transformation des ETP de praticiens contractuels et de praticiens attachés dans le cadre des révisions des effectifs de praticiens hospitaliers.

Les ETP de praticiens hospitaliers titulaires diminuent par rapport à 2010 (- 0,44 % en 2011, contre + 2,27 % en 2010, + 0,69 % en 2009 et + 6,75 % en 2008).

Le nombre des ETP de praticiens attachés continue de diminuer (- 3,81 %) par rapport à 2010.

Les ETP d'assistants augmentent de nouveau en 2011 (+ 12,26 %), après avoir connu une augmentation de + 4,43 % en 2010, une diminution en 2009 (- 10,92 %) faisant suite à une augmentation les années précédentes, due notamment à la création du statut d'assistant hospitalier PAE (procédure d'autorisation d'exercice) en 2007.

8.2 - Les ressources humaines non médicales

8.2.1 - La politique de l'emploi

Le présent rapport d'activité 2011 a été réalisé à partir des données issues du logiciel « Opale » alimenté par l'outil de gestion du personnel HR Access. Les chiffres 2010 et 2011 sont présentés

en équivalent temps pleins rémunérés moyens annuels (ETPR moyens) hors personnels rémunérés sur recettes affectées.

L'analyse est faite sur le personnel permanent et le personnel de remplacement (sur l'ensemble des budgets).

Les effectifs rémunérés sur emploi permanent ont sensiblement baissé entre 2010 et 2011 de l'ordre de -2,6 % soit une baisse de 1 870 ETPR. Ces effectifs s'établissent à 68 928 ETPR moyens en 2011 contre 70 798 ETPR moyens en 2010. Toutes les filières ont supporté une baisse de leurs effectifs :

- personnel administratif : -3,7 % ;
- personnel technique et ouvrier : -2 % ;
- personnel hospitalier et médico-technique : -2,5 % ;
- personnel socio-éducatif : -2,1 %.

Dans le même temps, les effectifs rémunérés de remplacement ont progressé de l'ordre de 11 % soit une augmentation de 352 ETPR moyens. Ces effectifs s'établissent à 3 538 ETPR moyens en 2011 contre 3 186 ETPR moyens en 2010.

La hausse des effectifs de remplacement a touché l'ensemble des catégories socioprofessionnelles excepté le personnel technique et ouvrier.

Le tableau suivant détaille l'évolution des effectifs temps pleins rémunérés moyens des personnels administratifs et des personnels techniques et ouvriers entre 2010 et 2011.

Evolution des effectifs permanents temps pleins rémunérés moyens des personnels administratifs et des personnels techniques et ouvriers entre 2010 et 2011

Filières et grade	Effectifs rémunérés permanents			
	ETPR moyen		Ecart ETPR 2011-2010	
	2010	2011	En valeur absolue	en %
I- Personnel administratif				
Chargés de mission	348	378	30	8,6%
Adjointes des cadres hospitaliers et Adjointes administratives hospitalières	4 989	4 777	-212	-4,2%
Attaché d'administration hospitalière	318	301	-16	-5,2%
Directeurs	300	275	-25	-8,4%
Permanenciers	158	155	-3	-1,7%
Secrétaires médicales	3 015	2 892	-123	-4,1%
autres personnels administratifs	37	44	7	20,0%
Total personnel administratif	9 164	8 823	-342	-3,7%
II- Personnel technique et ouvrier				
Chargés de mission	563	539	-24	-4,2%
Ingénieurs	293	283	-10	-3,4%
Autres personnels techniques et ouvriers	5 068	4 984	-84	-1,7%
Total personnel technique et ouvrier	5 924	5 807	-118	-2,0%

La baisse des effectifs rémunérés du personnel administratif porte essentiellement sur les secrétaires médicales et les adjoints administratifs. Ceci s'explique par une augmentation des départs directs. La réforme des départs à la retraite pour le motif « 3 enfants et 15 ans de service » a accentué cette tendance.

Concernant le personnel technique et ouvrier, l'ensemble des qualifications a connu une baisse d'effectifs, à l'exception des agents d'entretien qualifiés (+ 84) et des blanchisseurs agents d'entretien qualifiés.

En ce qui concerne le personnel de remplacement, on constate les évolutions suivantes :

- le personnel administratif a progressé de 15 % entre 2010 et 2011, particulièrement sur les adjoints administratifs et les chargés de mission ;
- le personnel technique et ouvrier de remplacement enregistre une baisse sensible, concentrée en grande partie sur les agents d'entretien qualifiés.

Evolution des effectifs temps pleins rémunérés moyens des personnels hospitaliers et socio-éducatifs entre 2010 et 2011

Filières et grade	Effectifs rémunérés permanents			
	ETPR moyen		Ecart ETPR 2011-2010	
	2010	2011	En valeur absolue	en %
I- personnel hospitalier et médico-technique				
Personnel médico-technique	5 312	5 258	-53	-1,0%
Cadres et cadres supérieurs	405	373	-32	-7,8%
Manipulateurs	1 357	1 348	-9	-0,7%
Préparateurs en pharmacie	596	608	11	1,9%
technicien de laboratoire	2 953	2 929	-24	-0,8%
Personnel de rééducation	2 195	2 203	7	0,3%
cadres et cadres supérieurs	140	126	-14	-10,0%
Dietéticiennes	361	366	5	1,5%
Ergothérapeutes	159	160	1	0,5%
Masseurs kinésithérapeutes	698	695	-3	-0,5%
Orthophonistes	129	131	3	2,1%
Orthoptistes	39	43	4	10,1%
Pédicures podologue	15	15	0	-1,4%
Psychologues	562	575	13	2,3%
Psychomotriciens	93	91	-1	-1,5%
Personnel hospitalier qualifié	25 266	24 530	-736	-2,9%
Agents des services hospitaliers qualifiés	4 929	4 630	-298	-6,1%
Aides-soignants	18 511	18 078	-434	-2,3%
Auxiliaire de puériculture	1 750	1 748	-2	-0,1%
Autres personnels hospitaliers qualifiés	76	73	-2	-3,0%
Personnel hospitalier diplômé	21 929	21 322	-608	-2,8%
Cadres cadres supérieurs et directeurs de soins	2 373	2 214	-159	-6,7%
Infirmiers de salle d'opération	536	525	-11	-2,1%
Infirmiers anesthésistes	748	748	0	0,0%
Infirmiers diplômé d'état	17 288	16 832	-456	-2,6%
Pécultrices	503	519	16	3,1%
Sages Femmes	482	484	2	0,5%
Total personnel hospitalier et médico-technique	54 702	53 312	-1390	-2,5%
II - Personnel socio-éducatif				
Cadres et cadres supérieurs	65	59	-6	-9,1%
Assistants socio-éducatifs	723	715	-8	-1,1%
Educateurs de jeunes enfants	181	172	-9	-5,1%
Autres personnels socio-éducatifs	39	40	2	3,9%
total personnel socio-éducatif	1 007	986	-21	-2,1%

Le personnel hospitalier et médico-technique a enregistré une baisse sensible de ses effectifs. La baisse touche principalement les qualifications suivantes :

- aides-soignants ;
- infirmiers diplômés d'état : les mises en stage liées aux sorties des écoles sont restées stables sur les deux années (1450 par an). Ces recrutements n'ont pas permis de compenser la forte augmentation du nombre de départs en disponibilité et en retraite qui s'explique en partie par la réforme (15 ans et 3 enfants) ;
- agents des services hospitaliers (ASHQ) : la diminution des effectifs d'ASHQ s'explique en partie par la diminution du nombre d'autorisations de mises en stage au titre des commissions de sélection au cours de ces deux dernières années ;
- personnel d'encadrement diplômé : l'augmentation du nombre de nouveaux lauréats issus des concours de cadre de santé n'a pas suffi à combler les départs. Dans le corps des infirmiers cadres il y a eu 116 nominations en 2011 contre 102 en 2010 (192 départs en

2011). L'absence de nomination de concours cumulée avec une augmentation du nombre de départs ont entraîné une forte baisse des effectifs de cadres supérieurs de santé.

Le répertoire des métiers

L'AP-HP utilise le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière dans sa politique de gestion des ressources humaines pour développer une approche plus qualitative de l'emploi.

Tous les professionnels non médicaux en activité sont positionnés sur un des 210 métiers des neuf familles de métiers : soins, social-éducatif et culturel-culturel-sports et loisirs, recherche clinique, ingénierie et maintenance techniques, services logistiques, qualité-hygiène-sécurité-environnement, systèmes d'information, gestion de l'information, management, gestion et aide à la décision.

En décembre 2011, 99,42 % des professionnels étaient positionnés sur un métier du répertoire.

Des démarches de gestion prévisionnelle des métiers ont été initiées en 2011 avec les groupes hospitaliers (métiers de la filière investissement et maintenance, urgences, blocs opératoires...). Dans le cadre du projet biologie, des aires de mobilité des techniciens en laboratoire médical sont en cours d'élaboration.

Pour le projet prioritaire « prise de rendez-vous » du plan stratégique, un référentiel d'activités et de compétences du métier de chargé de rendez vous de consultation de santé a été réalisé.

Les actions menées pour promouvoir une approche métier constituent une réponse aux enjeux de développement des compétences de l'AP-HP.

8.2.2 - L'accompagnement personnalisé des cadres dirigeants

L'espace carrières des cadres dirigeants est un lieu d'écoute neutre dans lequel la question du projet professionnel, l'évolution et l'enrichissement du parcours se réfléchit et se construit grâce une prestation de conseil individuel qui s'inscrit dans le dispositif global de gestion des compétences et des potentiels des cadres. Cet objectif a été réaffirmé par l'AP-HP dans son plan stratégique 2010-2014.

En 2011, 45 nouvelles personnes ont été reçues (25 cadres se sont engagés durablement dans la démarche, et 20 cas de poursuite de démarches initiées en 2010). On constate la relative constante de la demande d'entretiens (environ 200 en 2011).

En plus d'une plus grande demande de consultation de la part des directeurs d'hôpitaux et des attachés, l'espace carrière est également amené à recevoir des cadres de catégories A de toutes filières.

Les demandes d'accompagnement répondent à plusieurs objectifs ; par ordre de fréquence elles ont porté sur :

- point carrière à l'initiative du cadre lui-même ou de sa hiérarchie lorsque sa situation a été évoquée lors des revues annuelles de cadres ;
- aide à la mobilité (mise en valeur du parcours, identification de domaines d'évolution, ...) ;
- aide à la recherche de poste, soutien à l'élaboration du CV, à la rédaction d'une lettre de motivation, à la préparation d'un entretien ;
- aide à la préparation d'un oral, d'un entretien avec un jury.

8.2.3 - La prévention des risques professionnels et la santé au travail

Dans le cadre du PAPRI Pact 2011, le groupe thématique sur le travail de nuit, débuté en octobre 2010, est composé de représentants du personnel aux CHSCT central et locaux et des personnels travaillant de nuit. Deux problématiques ont été traitées en 2011 : la nutrition et la dette de sommeil.

Parallèlement un groupe thématique « Prévention des Troubles musculosquelettiques » a été créé. Fondé sur un retour d'expérience d'une évaluation et d'un pilotage des dispositifs de prévention des troubles musculosquelettiques multi-sites, en partenariat avec Paris I Sorbonne, subventionné au titre des contrats locaux d'amélioration santé sécurité au travail (CLASS) sur la période 2008-2011. La construction d'un recueil des savoir-faire dans la manutention est en cours.

Le comité de pilotage central du plan d'action des risques psychosociaux s'est réuni deux fois.

Pour développer la professionnalisation en prévention des risques professionnels et le partage d'expériences, une coordination des conseillers en prévention des risques professionnels s'est mise en place. Cinq journées, organisées sous forme de présentations thématiques, ont été organisées.

Un nouvel appel à projet, au titre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), a été lancé en mars 2011.

L'activité des groupes thématiques s'articule tant au niveau du CHSCT central, du comité de pilotage central du plan d'action des risques psychosociaux, que des professionnels de la prévention des risques professionnels. Il y a eu 53 rencontres dont 20 avec les représentants du personnel du CHSCT central.

8.2.4 - Handicap et inaptitude

Le développement de l'activité en faveur des travailleurs handicapés s'est poursuivi en 2011 avec une augmentation régulière des demandes d'actions en faveur du maintien dans l'emploi (aménagement de poste, accompagnement de projet de reconversion...). La progression constante du taux d'emploi légal (4,84 % en 2011 contre 4,56 % en 2010) atteste de la pérennisation au sein des directions des ressources humaines de l'activité de suivi et d'accompagnement des personnels en situation de handicap et de l'amélioration en continu du recueil des informations et des actions réalisées en leur faveur.

En 2011, deux journées d'information sur le thème « Handicap auditif : réalités et stratégies de compensation – accompagner pour intégrer » ont été réalisées par la mission handicap et travail en partenariat avec le coordinateur de l'unité d'informations et de soins des sourds de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, et avec la participation de l'association régionale pour l'intégration des sourds.

Ces deux journées de formation et d'échange avec les médecins du travail, référents handicap et inaptitude, assistants de service social, ont constitué une étape importante de sensibilisation et de formation des professionnels pour la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité à toutes les étapes du parcours professionnel des personnels en situation de handicap auditif.

Le 27 novembre 2011, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris s'est vu remettre le trophée « Emploi public » de l'association des paralysés de France, comme reconnaissance significative du développement de la politique d'achat avec le secteur protégé.

8.2.5 - La mobilité professionnelle

Dans un contexte d'importantes restructurations (mise en place des groupes hospitaliers, transfert et regroupement de services ou d'activité...), le service des parcours et mobilités professionnels (SPMP) a pour mission de coordonner et d'accompagner les mobilités des personnels, en lien étroit avec les acteurs des directions des ressources humaines locales.

Cette mission, qui s'accomplit dans le cadre de mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014, s'est articulée en 2011 autour des actions suivantes :

- coordination et animation du réseau des référents mobilité ;
- préparation et animation de douze réunions mensuelles de référents mobilité, avec une quinzaine de participants en moyenne ;
- formation à destination des référents mobilité, intitulée : « Amélioration des pratiques des référents mobilité et sensibilisation aux risques psychosociaux » - 30 places en 2 sous-groupes, 30 participants ;
- conseil méthodologique sur les missions du référent mobilité, la composition et le fonctionnement des cellules d'accompagnement professionnel, le dispositif FMESPP (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés) ;
- actualisation et perfectionnement des procédures internes, fiches de recueils, outil collaboratif SYMPOSIUM RH ;
- mise à jour d'outils de communication : fiches techniques FMESPP, bourse d'emploi, foire aux questions ;
- interface avec les correspondants externes pour la mobilité (Bourse de l'emploi de la fonction publique territoriale, plate forme mobilité RH Ile-de-France, Caisse des dépôts et consignations...) ;
- suivi du dispositif FMESPP, le SPMP étant en charge de la gestion du budget alloué par cet organisme.

Pour l'ensemble des mesures ouvrant droit à financement, le SPMP est l'interface entre les groupes hospitaliers et les services en charge du contrôle (DEFIP, trésorerie Générale) ou du traitement du dossier (caisse des dépôts et consignations). Ont été gérés : 52 dossiers de remboursement des frais de fonctionnement des cellules d'accompagnement professionnel, et 80 dossiers de demande de remboursement des actions de conversion.

En ce qui concerne les instructions d'opérations d'intégration, de transfert ou de reprise de personnel :

- Institut de Puériculture et de Périnatalité (IPP) : l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (groupe hospitalier Necker-Enfants Malades) a repris, à compter du 1^{er} décembre 2011, les activités de néonatalogie, de lactarium, de biberonnerie et de laboratoire, ainsi que les emplois correspondants. Au total, 157 contrats ont été repris (143 personnels non médicaux et 14 personnels médicaux) ;
- COREVIH Est : le SPMP a été chargé fin 2011 de la coordination de l'opération de reprise de trois salariés contractuels du CHSF dans le cadre du transfert de l'activité du COREVIH Est à St Louis.

S'agissant de l'accompagnement personnalisé des personnels non médicaux, 59 nouvelles situations individuelles ont été traitées en 2011. Pour chacune de ces situations particulières, et en fonction des besoins, ont été réalisés :

- un accompagnement sur la mise en place d'un projet professionnel ;
- une aide à la recherche d'emploi et/ou de formations et /ou de stage ;
- un accompagnement et un suivi des démarches engagées.

8.2.6 - La politique sociale

8.2.6.1 - L'accueil de la petite enfance et de l'enfance

L'AP-HP dispose fin 2011 de :

- 3 954 places de crèche pour 5 874 enfants inscrits, représentant 694 646 journées/enfants réalisées, week-ends compris. Les crèches sont ouvertes à toutes les catégories professionnelles (70,6 % sont des soignants, 11 % des administratifs, 7,4 % des médecins, 6,8 % des médico-techniques et 4,2 % des techniques). L'AP-HP met, par ailleurs, des places de crèches à disposition d'autres institutions publiques (ville de Paris, ministère de l'Intérieur, autres hôpitaux) ;
- 1 264 places en accueil de loisir pour 22 centres de loisirs, ouverts en moyenne 120 jours par an (mercredi et toutes périodes de congé scolaire). Toutes les catégories socioprofessionnelles sont admises : les soignants à hauteur de 63,2 %, les administratifs (15 %), les personnels techniques (8,8 %), les personnels médico-techniques (7,9 %), les médecins (5,3 %).

Depuis 3 ans, le pourcentage de refus représente moins de 5 % des demandes.

8.2.6.2 - Le logement

Pour la politique de logement de ses personnels, l'AP-HP dispose d'un parc de 10 600 logements qui se répartissent de la façon suivante : 1 200 logements situés sur les sites hospitaliers (domaine public), 200 dans des programmes en baux emphytéotiques près des sites hospitaliers, 2 700 logements dans les immeubles du domaine privé en gérance directe, et 6 500 logements sur droits de désignation dans le cadre de baux emphytéotiques et conventions de réservation. Environ 700 des logements des sites hospitaliers, gérés de manière déconcentrée sont attribués par les directions hospitalières aux personnels logés par nécessité et utilité de service conformément aux dispositions du décret du 8 janvier 2010 en contrepartie de gardes.

Depuis le second semestre 2011, la situation a fortement évolué du fait de la définition d'une nouvelle stratégie patrimoniale au service de l'attractivité des hôpitaux de l'AP-HP, validée par le conseil de surveillance, et du recentrage de la politique de logement sur une priorité accordée aux infirmières et aux titulaires d'emplois sensibles pénalisés par les difficultés de logement en région parisienne.

Cent logements et deux pièces dans le domaine privé en gestion directe ont été réservés aux diplômés sortant des IFSI, ce qui correspond à plus de la moitié des logements du domaine privé en gestion directe qui étaient remis en attribution antérieurement à titre de soutien professionnel et social.

Parallèlement, l'AP-HP a la volonté de mieux mobiliser son potentiel existant :

- en créant des studios et des deux pièces par le regroupement de chambres de service à partir de travaux financés par une partie du produit des cessions ;
- en augmentant la proportion des logements occupés par des agents en activité à l'AP-HP, ce qui suppose d'avoir juridiquement le droit de donner congé aux locataires qui n'appartiennent pas ou plus à l'AP-HP.

En termes d'occupation, la situation des parcs est différenciée. Si les occupants des logements du domaine public sont tous des agents en activité, les locataires du domaine privé sont, à hauteur de 25 %, des agents retraités et des locataires sans lien avec l'AP-HP.

8.2.6.3 - Les œuvres sociales

L'association de gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP) met en œuvre la politique d'action sociale, socioculturelle, sportive et de loisirs au bénéfice des personnels de l'AP-HP.

En 2011, l'AP-HP a contribué au budget de l'AGOSPAP à hauteur de 17 188 600 d'euros.

Un abondement spécifique de 300 000 d'euros a été consacré au préfinancement des chèques emploi service universel (CESU), permettant – sous certaines conditions – la participation aux frais de garde des enfants âgés de moins de 6 ans du personnel non médical.

Le comité des aides exceptionnelles s'est réuni 22 fois. Il a accordé 1 430 aides exceptionnelles pour un montant de 1 095 362 d'euros (1 167 aides financières, 90 exonérations de séjours juniors, 12 frais d'obsèques, 161 prêts bonifiés).

Au titre de la retraite, 2 145 allocations de départ à la retraite ont été versées pour un montant de 2 145 771 d'euros soit une augmentation de 24,5 % par rapport à 2010.

Le réseau du service social du personnel a reçu 17 305 agents au cours de l'année 2011 et a réalisé 45 760 entretiens sociaux.

8.2.6.4 - Le dialogue social

En 2011, l'agenda social a fait l'objet de réajustement dans son calendrier et dans ses thèmes pour prendre en compte des sujets d'actualité sociale.

A la suite de la réunion du 17 juin et du courrier de l'intersyndicale du 6 août 2011, la directrice générale a rappelé son attachement à la question des conditions de travail des personnel et sa volonté qu'en complément de l'agenda social aient lieu des réunions régulières d'information des partenaires sociaux centraux sur les restructurations, ainsi que la possibilité d'organiser des réunions techniques sur des sujets budgétaires et financiers, en complément des réunions des instances.

Neuf réunions ont été organisées dans le cadre de l'agenda social ; trente rencontres entre la direction des ressources humaines et les organisations syndicales se sont tenues en dehors de l'agenda social.

Les 25 novembre et 9 décembre 2011, la DRH de l'AP-HP et l'intersyndicale (CFDT, CFTC, CGT, FO, SUD-Santé) ont déterminé une méthode de travail pour 2012, la liste des sujets et du calendrier des rencontres.

8.2.6.5 - Elections Professionnelles

Le 20 octobre 2011, les personnels de l'AP-HP ont été appelés à voter pour élire leurs représentants aux commissions administratives paritaires (CAP), au comité technique d'établissement central (CTEC) et aux comités techniques d'établissements locaux (CTEL).

Sur les 73 655 inscrits, 30 839 personnes ont voté, dont 15 735 par correspondance, soit un taux de participation de 42,5 % au CTEC et 45,5% aux CAP à l'AP-HP.

Pour le CTEC : la CGT, avec 35,4 % des voix, obtient 9 sièges ; Sud Santé avec 24,2 % des voix obtient 5 sièges ; la CFDT, avec 14,7 % des voix obtient 3 sièges ; FO avec 11 % des voix obtient 1 siège. La CFTC, la liste autonome, la CFE-CGC-UNSA, le SMPS obtiennent respectivement 4,6 %, 4,6 %, 3 % et 2,5 % des voix. Les tendances sont similaires pour les CAP.

Par rapport aux dernières élections en 2007, on observe une diminution de la participation (51,5 % en 2007) ; une progression de la CGT (+1,8 %) et une diminution de Sud Santé (-1 %). La situation reste stable pour CFDT, FO, CFTC, UNSA et SMPS.

8.2.7 - La protection fonctionnelles fournies aux agents victimes de violences dans le cadre de leurs fonctions

La direction des affaires juridiques (DAJ) a pour mission d'accorder la protection fonctionnelles aux agents victimes de violences sur le fondement de l'article 11 alinéa 3 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 qui dispose que : « *La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* ».

En 2011, 91 dossiers ont donné lieu à l'octroi du bénéfice de la protection fonctionnelle par le secteur du contentieux des personnels. Il s'agit principalement de violences physiques et plus occasionnellement de violences verbales (insultes, menaces...).

8.2.8 - La formation des personnels de la fonction publique hospitalière et des personnels médicaux

8.2.8.1 - La formation continue du personnel non médical

En 2011, les principaux éléments de la réforme de la formation tout au long de la vie ont atteint leur rythme de croisière. Cette réforme vise à rendre le salarié coauteur de son parcours professionnel et de sa formation. Elle en diversifie les modes d'accès.

Le droit individuel à la formation (DIF) et le passeport de formation, entrés en vigueur en janvier 2010, ont été déployés plus largement dans les établissements.

L'entretien de formation était mis en œuvre et intégré à l'entretien d'évaluation annuelle des personnels.

8.2.8.2 - Un dispositif AP-HP de formation continue qui s'adapte aux besoins des établissements et définit des priorités institutionnelles

Des comités par filière métier ont regroupé directions fonctionnelles et représentants métier des établissements. Ces comités ont défini les orientations pour chaque filière, les enjeux et les finalités des actions. Un comité d'orientation général a arrêté la politique institutionnelle de formation.

Ce dispositif a permis d'élaborer des priorités en matière de formations exigibles. Celles-ci ont été validées après présentation aux instances. Par ailleurs, des recommandations thématiques ont été adressées aux groupes hospitaliers.

L'activité et l'organisation des services formation des établissements a été fortement marquée par la réorganisation de l'AP-HP en groupes hospitaliers, pôles d'intérêt commun et pôles d'activité médicale, ainsi que par le déploiement des différents systèmes d'information. Les services locaux de formation ont produit les deux-tiers des actions de formation.

Les centres de formation du centre de la formation et du développement des compétences ont mis en œuvre, au profit des groupes hospitaliers et pôles d'intérêt commun, les dispositifs institutionnels prioritaires et les actions pour lesquelles une organisation centrale était la plus efficiente.

8.2.8.3 - L'activité de formation

L'investissement en formation depuis de nombreuses années est un des atouts essentiels de l'AP-HP, contribuant à son attractivité. C'est ainsi qu'en 2011 :

- 43 616 personnels (62 % des effectifs) sont allés au moins une fois en formation ;
- 1 893 personnels ont suivi une formation dans le cadre de la promotion professionnelle (PP) ;
- la durée moyenne de formation a été de 2,5 jours par agent formé (hors promotion professionnelle).

L'AP-HP consacre 4,08 % de sa masse salariale à la formation continue (hors personnel médical).

Au total, plus du tiers des formations réalisées est lié au projet médical et de soins. La qualité et la gestion des risques représentent 15 % des actions de formation. L'adaptation des organisations, le management et le système d'information totalisent 20 % de l'activité.

Le centre de documentation de l'AP-HP a accompagné les professionnels en formation par l'actualisation de ses ressources documentaires, l'augmentation de son offre en ligne, son activité de veille (actualités sanitaire et sociale, législative, managériale, de formation), ses prestations personnalisées à distance et son activité de prêts.

8.2.8.4 - Les formations diplômantes

L'AP-HP dispose d'un des plus grands dispositifs de formation initiale des professions de santé en Europe. Le *quota* annuel d'admissions est de 2 860 places dans les 18 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), de 850 places pour les 11 autres instituts de formation. Elle dispose également d'une capacité théorique d'accueil de 600 places dans ses instituts de formation des aides-soignants (IFAS).

L'AP-HP accueille en formation 6 08 étudiants en soins infirmiers et 1 272 étudiants des autres filières de santé, y compris les sages-femmes et la filière socio-éducative. Par ailleurs, 280 élèves aides-soignants étaient inscrits dans les IFAS, soit un total de 8 060 étudiants.

2 363 diplômes d'Etat ont été délivrés en 2011 dont 1 720 diplômes d'Etat d'infirmier, 338 diplômes d'Etat d'aide-soignant, et 305 diplômes d'Etat des autres écoles et instituts de formation.

La rentrée de l'institut de formation des cadres de santé (IFCS) s'est effectuée en septembre 2011. Un partenariat entre l'IFCS et l'Université Paris IX Dauphine permet aux futurs cadres de faire valider une première année de master en plus de leur diplôme de cadre.

Le nombre d'inscrits aux concours paramédicaux a baissé de 11,5 % en 2011 par rapport à 2010. Cependant, le nombre d'étudiants a été maintenu dans les instituts de formation de l'AP-HP.

8.2.8.5 - Le Département du développement professionnel continu médical (DDPCM)

En 2011, le département du développement professionnel continu médical (DDPCM) a organisé et/ou financé 19 334 journées de formation médicale continue pour 6 891 stagiaires et 4 305 agents différents, soit une activité en augmentation de 15 % par rapport à celle de 2010.

Quatre actions principales ont été conduites en 2011 par le DDPCM :

- dans le domaine de l'accompagnement et de la formation chefs de pôle, un partenariat a été conclu entre l'école des hautes études commerciales (HEC) de Paris pour la conception et la mise en œuvre d'une formation destinées aux chefs de pôle afin de les aider à leur prise de fonction. Cette formation a débuté en octobre 2011 (elle se terminera en avril 2012) ; deux promotions en ont bénéficié, soit 64 participants ;

- en ce qui concerne le partenariat avec l'école des hautes études en santé publique (EHESP), l'université Paris 7-Diderot, l'école du Val-de-Grâce (EVDG), pour la conception et la mise en œuvre du master 2 « Analyse et management des établissements de santé », ouvert aux cadres supérieurs de santé et aux praticiens de l'AP-HP, 73 étudiants ont été inscrits pour l'année universitaire 2010-2011, et 104 sont inscrits pour l'année 2011-2012 ;
- s'agissant du partenariat européen associant cinq pays (Belgique, Espagne, France, Grèce, Portugal) autour de la formation des formateurs en santé (initié en 2009, et dont l'AP-HP était le promoteur et le coordinateur), le colloque final « Formateurs des professionnels de santé en Europe. Quelles qualifications ? Quelles compétences ? » a eu lieu à Paris le 28 juin 2011, et a réuni près de 260 personnes ;
- de nouveaux critères pour l'attribution des aides financières destinées aux praticiens (validés par la commission d'attribution des aides financières et par le comité d'orientation de la FMC en décembre 2010) ont été appliqués en 2011. 425 aides financières ont été attribuées en 2011 et 24 bourses pour le fonds d'étude et de recherche du corps médical (FERCM).

Le renforcement de la mutualisation des ressources documentaires médicales dans l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP et le nouveau portail d'accès internet aux ressources documentaires médicales, ont permis de rationaliser l'offre documentaire médicale et de développer l'accès aux ressources électroniques. En 2011, près de 800 000 articles médicaux ont été téléchargés *via* le portail interne.

8.2.8.6 - La contribution de la direction des affaires juridiques (DAJ) à la formation

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Cette loi a réformé les règles régissant les soins psychiatriques sans consentement, tant en ce qui concerne les procédures que les modalités des soins. Elle a également renforcé les droits de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

Sa mise en œuvre à l'AP-HP a conduit la direction des affaires juridiques à bâtir et proposer des formations, destinées aux personnels concernés des quatre sites psychiatriques habilités à recevoir des patients, de l'ensemble des administrateurs de garde, des praticiens-urgentistes de tous les groupes hospitaliers, et – plus largement – aux internes en psychiatrie hors AP-HP.

Un travail pédagogique d'assimilation de cette loi a été mené, notamment par le biais de la rédaction de fiches pratiques et de modèles-types destinés à faciliter le travail des équipes, sans compter l'activité de conseil au quotidien face à une loi dont l'application est encore peu aisée.

L'ensemble des éléments d'information mis au point par la DAJ est disponible sur son site Internet lancé officiellement le 30 septembre 2011 : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/>.

En lien étroit avec la DPM et la DSPC, la direction des affaires juridiques a également contribué à des actions d'information et de formation sur la prévention des risques dans la prise en charge des patients, notamment à l'attention des membres des directions chargés des relations avec les usagers et des gestionnaires de risques (ou coordinateurs de la gestion des risques). Cela a notamment été le cas lors d'une réunion de retour d'expérience à propos d'actions sur l'identito-vigilance en lien avec deux sites hospitaliers, concernant un événement indésirable grave ayant des conséquences indemnitaires qui impliquent la DAJ, en raison de la qualité d'auto-assureur de l'AP-HP.

De même, lors d'une journée de retour d'expérience organisée en octobre 2011 par la DPM à l'attention des gestionnaires de risques sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, la DAJ a présenté et analysé des typologies de dossiers indemnitaires en lien avec des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse (erreurs de prescription ou d'administration du médicaments).

La DAJ a également contribué à la présentation de la DPM relative à la mise en œuvre à l'AP- HP du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et à son articulation avec les initiatives organisationnelles proposées par l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France.

Sur le thème de la responsabilité médicale et des réclamations indemnitaires, la DAJ a contribué à l'accompagnement méthodologique des équipes par des sessions de formation organisées au sein de l'ensemble des centres de l'AP-HP. Ces formations permettent, d'une part, de sensibiliser les personnels aux principes généraux de la responsabilité juridique et, d'autre part, d'organiser une politique de prévention des risques liés aux accidents médicaux, et un retour d'expérience.

Dans le cadre de la protection fonctionnelles fournie aux agents victimes de violences à l'occasion de leurs fonctions, la DAJ a dispensé des formations à différents personnels de l'AP-HP (étudiants infirmiers, cadres, IADE, IBODE, médecins) sur des thèmes variés : droits et obligations des fonctionnaires ; droit à la formation professionnelle ; droit de la fonction publique/droit du travail, violences à l'hôpital/article 11 de la loi du 13 juillet 1983 ; addictions et milieu professionnel...

9 - LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE GESTION DU PATRIMOINE

9.1 - La politique d'investissement

En 2011, les autorisations d'engagement (AE) nouvelles, avec le report des AE antérieures, se sont élevées à 413,7 millions d'euros :

- 234 millions d'euros d'AE 2011 pour les travaux :
 - 102,2 millions d'euros pour les opérations majeures concentrées ;
 - 69,8 millions d'euros pour les opérations déconcentrées (mises en sécurité technique et efficacité) ;
 - 61,9 millions d'euros pour les plans de travaux délégués aux groupes hospitaliers ;
- 94,6 millions d'euros d'AE 2011 pour le système d'information :
 - 88,1 millions d'euros d'AE 2011 concentrées ;
 - 6,5 millions d'euros d'AE 2011 déconcentrées ;
- 85,2 millions d'euros d'AE 2011 pour l'équipement.

Pour les crédits de paiement (CP), le cadrage 2011 a été respecté avec une consommation de CP 2011 de 464,8 M€ . La consommation des CP a été inférieure à celle prévue du fait du retard pris sur certaines opérations – notamment *du fait de la longueur des procédures de notification et de passation de marchés* – et décalages de paiements ».

- 275,8 millions d'euros de CP 2011 pour les travaux ;
- 96,4 millions d'euros de CP 2011 pour les systèmes d'information ;
- 92,6 millions d'euros de CP 2011 pour les équipements.

9.2 - La politique d'investissement immobilier

9.2.1 - Les principales opérations immobilières

Au cours de l'année 2011, ont été conduites huit opérations de travaux majeures, représentant, hors études, 563 millions d'euros TDC (toutes dépenses confondues) et environ 175 000 m². Le dialogue avec les groupes hospitaliers, la traçabilité des décisions, l'optimisation des coûts et des délais, la qualité de réalisation ainsi que le développement durable ont été à cet égard les grandes préoccupations.

9.2.1.1 - Trois opérations ont été livrées en 2011

- Construction d'un bâtiment complémentaire pour la cardiologie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière (surface de travaux estimée : 5 300 m² SHON). Cette opération vise à restructurer le département de cardiologie et à améliorer le fonctionnement de l'Institut de cardiologie. L'extension du bâtiment de cardiologie comprend 48 lits, un plateau technique d'imagerie (deux salles de radiologie vasculaire, un scanner et une IRM), des activités ambulatoires et de recherche clinique. La livraison s'est faite le 11 janvier 2011 pour un coût total de 19,4 millions d'euros TDC ;
- Hôpital Cochin : construction du Pôle Périnatalité de Cochin (PPR1) (surface de travaux estimée : 34 550 m² SHON et 6 200 m² de parking). Ce projet consiste à regrouper les maternités de Saint Vincent de Paul et de Port-Royal sur le site de Port-Royal, formant ainsi un pôle de périnatalité de 5 500 accouchements par an. Il comprend 234 lits en secteur périnatal dont 41 lits en gynécologie et procréation médicale assistée (PMA), 130 lits en obstétrique, 63 lits en médecine néonatale et 11 places de moins de 24 heures. La livraison s'est faite le 19 décembre 2011 pour un coût total de 121,2 millions d'euros ;
- La phase 1 de la restructuration et extension du bloc opératoire et réanimation de l'Hôpital Avicenne (surface de travaux estimée : 11 105 m² SHON). L'ensemble du projet vise à réorganiser et à mettre en conformité la fonction opératoire, la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), la chirurgie ambulatoire, la réanimation chirurgicale et la stérilisation. Le projet permet l'extension du nombre de salle d'opération à 10 dont 9 équipées. Le secteur de réanimation comprend 8 lits chirurgicaux et 8 lits de surveillance continue. Un secteur de réanimation de 36 lits de chirurgie orthopédique est également prévu. La phase 1, qui comprend la stérilisation et les blocs opératoires, a été livrée en juin et permet d'enclencher la phase 2 (qui doit être livrée pour le second trimestre 2014), pour un coût estimé de 38,7 millions d'euros TDC.

9.2.1.2 - Les chantiers en cours

- Création d'un pôle mère-enfant à l'hôpital Necker-Enfants malades (bâtiment Laennec) (surface des travaux estimée : 56 463 m² SHON). Le projet prévoit l'intégration de la maternité dans l'environnement pédiatrique du site et le regroupement, en un pôle, de la pédiatrie spécialisée. Le nouveau bâtiment s'articulera en sept ensembles : les urgences et les réanimations, les spécialités médicales et médico-chirurgicales, la cardiologie et la chirurgie cardiaque pédiatrique, la maternité et la néonatalogie, les consultations, la chirurgie ambulatoire et le plateau technique. Ce projet prévoit l'ouverture de 407 lits. Coût estimé : 195,5 millions d'euros TDC. Date prévue de fin de chantier : septembre 2012 pour le bâtiment, mi-2014 pour le jardin ;
- Construction d'un nouveau bâtiment Urgences-policlinique-réanimation médicale à l'hôpital Tenon (bâtiment des urgences, de la chirurgie et de l'anesthésie, dit BUCA) (surface des travaux estimée : 30 000 m² SHON). Ce projet a pour objectif le regroupement, sur un même site de l'hôpital, des activités de chirurgie, d'anesthésie, d'imagerie et des urgences. Il intégrera le service d'accueil des urgences, 102 lits d'hospitalisation, 14 blocs opératoires, 20 lits de réanimation, 14 lits de surveillance continue, un centre endoscopique, 5 salles d'exploration fonctionnelle, 16 lits dédiés à la chirurgie conventionnelle et 6 lits dédiés à la chirurgie ambulatoire. Coût estimé : 91,5 millions d'euros TDC Date prévue de fin de chantier : avril 2012 ;

- Le projet de recherche Imagine-Opération en conception-réalisation (surface de travaux : 19 000 m² SHON). Ce projet d'association des activités cliniques et de recherches comportera 3 entités : l'Institut des maladies génétiques, porté par la Fondation Imagine ; un ensemble d'activités cliniques de l'Hôpital Necker ; un centre de conférence et de séminaires. L'AP-HP s'est vue confier la maîtrise d'ouvrage de cette opération. Coût estimé : 60 millions d'euros TDC. Date prévue de fin de chantier : 2^{ème} trimestre 2013 ;
- Phase 2 de l'adaptation du service d'hospitalisation des grands brûlés de l'hôpital Saint Louis (surface des travaux estimés : 1 000 m² SHON). Le bâtiment a été livré et mis en fonction début 2010. Des travaux sont nécessaires dans l'étage des chambres destinées aux patients grands brûlés pour accueillir le service de Cochin, en plus de l'unité de l'Hôpital Saint-Antoine et de l'Hôpital Rothschild. Ainsi, l'ensemble des lits doit pouvoir accueillir des patients brûlés critiques en réanimation. Des études de programmation et le processus de désignation de la maîtrise d'œuvre (MOE) ont été réalisés en 2010. Les travaux se déroulent en 2011 et 2012. Coût estimé : 1,7 millions d'euros TDC. Date prévue de livraison : 1^{er} trimestre 2012 ;
- Phase 2 de la restructuration et de l'extension du bloc opératoire et de la réanimation de l'hôpital Avicenne. L'ensemble du projet vise à réorganiser et à mettre en conformité la fonction opératoire, la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), la chirurgie ambulatoire, la réanimation chirurgicale et la stérilisation. Le projet permet l'extension du nombre de salle d'opération à 10 dont 9 équipées. Le secteur de réanimation comprend 8 lits chirurgicaux et 8 lits de surveillance continue. Un secteur de réanimation de 36 lits de chirurgie orthopédique est également prévu. La phase 2 consiste à réaliser l'ensemble des locaux à l'exception de la stérilisation et des blocs opératoires livrés en phase 1. Coût estimé : 38,7 millions d'euros TDC. Livraison de la phase 1 : juin 2011. Livraison de la phase 2 : 2^{ème} trimestre 2014 ;
- Baux emphytéotiques hospitaliers (BEH) : réalisation d'un bâtiment d'endocrinologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Le chantier a démarré à l'issue de l'obtention du permis de construire purgé du recours des tiers en août 2011. Le futur bâtiment sera composé de locaux accueillant des activités d'endocrinologie, du métabolisme, de diabétologie, de nutrition et de médecine de la reproduction avec pour objectif la création d'un pôle de référence hospitalier et universitaire. Ces activités seront réparties selon les secteurs fonctionnels suivants : 62 lits d'hospitalisation conventionnelle, 34 lits d'hospitalisation de semaine, 34 lits d'hospitalisation de jour et un étage pour la prise en charge des explorations fonctionnelles. Loyer annuel : 4,3 millions d'euros par an sur 28 ans. Date de livraison : fin 2013.

9.2.1.3 - Les études

- Réalisation d'une centrale de production et de distribution d'énergie à l'hôpital Avicenne sur la base d'un contrat de partenariat public privé (PPP). Le projet de restructuration des installations techniques de production et de distribution d'énergie calorifique et électrique de l'hôpital Avicenne, qui sont vétustes, a été notifié en 2010. La centrale de production et de distribution d'énergie reposera sur le principe de fonctionnement de la biomasse, qui est une énergie renouvelable répondant aux problématiques du développement durable. Loyer annuel : 1,974 million d'euros. Date de livraison prévue : décembre 2012 ;
- Hôpital Cochin : travaux d'adaptation du bâtiment Jean Dausset aux activités de biologie du groupe hospitalier. Le projet prévoit la création d'une plateforme de haut débit permettant de recevoir les activités de biologie du groupe hospitalier ainsi que la transformation de bureaux en laboratoire L2. Coût estimé : 2,5 millions d'euros TDC. Date prévue de fin de chantier : 1^{er} trimestre 2013.

9.3 - La politique d'investissement mobilier 2011

Dans un contexte de contraintes budgétaires, les objectifs pour la politique d'investissements mobiliers doivent rester, comme par le passé :

- la maîtrise du taux de vétusté du parc des équipements permettant d'assurer la sécurité et la qualité des soins, grâce notamment à une dotation pluriannuelle consacrée majoritairement aux remplacements d'équipements ;
- l'accompagnement d'opérations stratégiques et structurantes, ainsi que le suivi des évolutions technologiques.

Le principe des dotations pluriannuelles de remplacement déconcentrées n'ayant pu être maintenu, l'élaboration du plan d'équipement 2011 a consisté, au cours de réunions techniques organisés par la DPM avec chaque groupe hospitalier et les services centraux :

- les premières priorités de remplacement d'équipements, de mise en conformité et en sécurité pour les patients ;
- la poursuite du financement d'opérations non totalement financées les années précédentes.

9.3.1 - Dotations de plans d'équipement 2010-2011 en autorisations d'engagement (AE) nouvelles

En 2011, les dotations nouvelles allouées dans un cadrage en investissement réduit ont été de 45,2 millions d'euros, qui se répartissent de la façon suivante :

- 43,6 millions d'euros pour les hôpitaux ;
- 1,6 millions d'euros pour les SAMU-SMUR, les services centraux et le Siège.

Evolution 2010-2011 des dotations de plan d'équipement en AE nouvelles (en millions d'euros et écarts en %)

	2010	2011	Ecart 2011/2010 (en %)
Groupes hospitaliers/hôpitaux	51,3	43,6	-15
Hors hôpitaux	3,8	1,6	-58
Total AP-HP	55,1	45,2	-18

Les AE nouvelles pour 2011 ont été complétées des reports d'AE antérieures non consommées pour des raisons « techniques » (retard dans l'exécution des travaux, appels d'offres non finalisés...).

Répartitions de ces dotations 2011 par groupes hospitaliers/hôpitaux
(en millions d'euros)

	Reports d'AE	AE nouvelles
Pitié-Salpêtrière/Charles Foix	0,726	5,115
Tenon/Saint-Antoine/Trousseau/Rothschild	6,368	6,307
HAD	0,057	0,000
Avicenne/Jean Verdier/René Muret	1,265	3,331
Bichat/Beaujon/Louis Mourier/Bretonneau/Charles Richet	3,597	2,705
Saint-Louis/Lariboisière	2,058	3,095
Paul Doumer	0,080	0
Ambroise Paré/Raymond Poincaré/Sainte-Périne	0,695	2,140
Cochin/Hôtel-Dieu/Broca	14,200	0,695
HEGP/Coërentin Celton/Vaugirard	0	4,685
Necker	0,667	6,232
Hendaye	0,042	0,475
Bicêtre/Antoine Béclère/Paul Brousse	1,653	3,570
Henri Mondor/Emile Roux/Joffre-Dupuytren/Georges Clémenceau	1,839	4,684
San Salvador	0,182	0,085
Robert Debré	0,818	0,515
Total groupes hospitaliers et hôpitaux	34,247	43,634

9.3.2 - Les principales opérations mobilières financées en 2011

- Pitié-Salpêtrière : complément du financement de la tomothérapie, implantation d'une technologie innovante en radiothérapie par remplacement d'un accélérateur linéaire - 2 millions d'euros (coût total : 3,8 millions d'euros) ;
- Charles Foix : odontologie, 2^{ème} tranche en 2011 de 0,475 million d'euros ;
- Tenon : plan d'équipement du bâtiment BUCA, 1^{ère} tranche de 5,2 millions d'euros, incluant le remplacement d'un IRM datant de 1996 ;
- Trousseau : accueil de la maternité de Saint-Antoine, 0,450 million d'euros ;
- Avicenne : ouverture du bâtiment Larrey 2^{ème} tranche, 1,3 million d'euros ;
- Jean Verdier : remplacement de la salle de radiologie interventionnelle datant de 1996, 0,8 million d'euros ;
- Bichat : remplacement d'un scanner datant de 2003, 1 million d'euros ;
- Bichat/Beaujon : plan de renouvellement et de regroupement d'automates de biologie, 1^{ère} tranche de 0,435 million d'euros.
- Saint-Louis : acquisition d'un scanographe de simulation de traitement en radiothérapie, 0,6 million d'euros.
- Lariboisière : remplacement d'une gamma-caméra conventionnelle par un équipement TEMP+TDM, accueil d'une partie de la médecine nucléaire de Louis Mourier, 0,7 million d'euros.

- HEGP : reconfiguration de l'activité de médecine nucléaire par l'acquisition d'un second TEP, 2 millions d'euros. La diminution du nombre de gamma-caméras (de 3 à 2) doit s'accompagner du remplacement d'une gamma-caméra par un équipement dédié cardiologie, plus productif.
- Corentin Celton : opération Corentin Celton 2, 2^{ème} tranche de 1,1 millions d'euro en 2011 ;
- Necker : 1^{ère} tranche du plan d'équipement du bâtiment Laennec, 5,8 millions d'euros (dont 4,232 millions d'euros liés aux équipements structurants pour les travaux, liste et chiffrage établis par la DPM) ;
- Hedaye : modernisation de la blanchisserie, solde de l'opération en 2011, 0,405 million d'euros ;
- Bicêtre : remplacement équipement de neuroradiologie biplan, 1,2 million d'euros ;
- Henri Mondor : remplacement équipement de neuroradiologie biplan, 1,2 million d'euros et acquisition d'un scanographe complémentaire, 1 million d'euros.

10 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES PATRIMONIALES, LOGISTIQUES ET LE MANAGEMENT DURABLE

L'optimisation des ressources patrimoniales et logistiques ainsi que le management durable, contribuent à la qualité des soins, des conditions de travail des personnels, et de l'environnement.

10.1 - Les ressources patrimoniales

Les ressources patrimoniales sont composées de biens fonciers (terrains, terres agricoles, forêts) et immobiliers. On peut citer à cet égard les biens affectés à l'activité hospitalière, les logements à l'attention des personnels de l'AP-HP (logements de fonction, logements au titre d'un soutien socioprofessionnel), les biens divers issus de dons et legs, et enfin des biens loués au titre d'activités du secteur marchand (commerces) et non marchand (associations, organismes publics extérieurs).

L'année 2011 a été marquée par une dynamisation forte de la gestion du patrimoine de l'AP-HP avec un objectif de valorisation et de mobilisation des actifs pour permettre de dégager des ressources d'investissement pour la modernisation des hôpitaux. Cette stratégie de valorisation comporte plusieurs axes :

- l'inventaire exhaustif et précis du patrimoine : au cours de l'année 2011 a été réalisé un audit des logements du domaine public (dans les hôpitaux) et initiée une mesure complète de tous les logements du domaine privé par des cabinets de géomètres ;
- la réduction des surfaces utilisées : l'AP-HP a résilié la plupart des baux de location de surfaces extérieures en relocalisant les activités au sein du patrimoine de l'AP-HP. Des projets sont en cours pour relocaliser les activités occupant encore des surfaces louées. En parallèle, est mené par les groupes hospitaliers et le siège un travail d'optimisation et de réduction des surfaces utilisées avec des objectifs de valorisation : cessions, locations... ;
- la valorisation de l'occupation des surfaces de l'AP-HP : elle passe par une juste estimation des surfaces mises à disposition de tiers dans le cadre des conventions d'occupation du domaine public ;
- la cession des actifs non rentables et ne contribuant pas aux missions de l'institution : l'AP-HP a accéléré la cession de lots isolés, de biens atypiques non rentables et de terres agricoles sans aucune perspective constructible. En parallèle, l'AP-HP a accéléré ses échanges avec les collectivités locales pour la cession de parcelles foncières : Ilôt des Mariniers à Broussais, ZAC Paris Rive Gauche dans le 13^{ème} arrondissement, ZAC d'Issy Les Moulineaux... Ainsi, le nombre de dossiers de cessions présentés au conseil de surveillance pour avis qui était de trente en moyenne jusqu'en 2010 est passé à soixante-dix en 2011. Parallèlement, le nombre d'actes de cessions signés qui était de onze en moyenne jusqu'en 2010 est passé à trente en 2011.

10.2 - Les ressources logistiques

Les ressources logistiques couvrent un vaste périmètre d'activités déclinées en filières : la restauration, les approvisionnements, le linge, les transports, le bio-nettoyage et les déchets. Le système d'information structure transversalement ces activités.

Rattaché au secrétariat général de l'AP-HP, le département de la politique logistique a renforcé en 2011 ses missions d'expertise et de performance logistique au profit du Siège, mais également en appui des groupes hospitaliers, en recherchant la meilleure équation entre trois thématiques majeures :

- réduire les coûts ;
- garantir la qualité de service des prestations logistiques ;
- maîtriser les risques, dans le contexte de la Certification.

Trois orientations ont guidé l'action du département logistique : le pilotage d'un programme institutionnel de maîtrise des dépenses ; le diagnostic des organisations logistiques des groupes hospitaliers ; l'animation des réseaux de référents « métier » des hôpitaux.

Les principales actions menées par le département de la politique logistique en 2011 sont les suivantes :

- amplification du déploiement du programme institutionnel sur la performance des fonctions logistiques, programme dont les thématiques d'investigation ont été élargies à l'affranchissement, aux transports et, dans certains cas, à la prise en charge hôtelière. Par ailleurs, un rapport détaillé et chiffré a été produit sur le blanchissage des effets personnels des résidents en soins de longue durée, et un audit sur la filière linge a été réalisé à l'hôpital Necker ;
- à la demande de plusieurs groupes hospitaliers ou pôles d'intérêt commun, réalisation des diagnostics et des recommandations dans le domaine de la logistique médicale : nutrition parentérale à domicile, optimisation de la gestion des dispositifs médicaux dans les blocs opératoires, et organisation des circuits de collecte des prélèvements biologiques dans les groupes hospitaliers. Un rapport a également été produit sur le recours aux robots de pharmacie dans la préparation de commande des médicaments ;
- trois projets dans le domaine de la restauration visant à mutualiser, au niveau des groupes hospitaliers, la production alimentaire. Parallèlement, la maîtrise progressive des nouvelles techniques de cuisson et de conservation des aliments dans quatre cuisines centrales a permis à l'AP-HP d'intégrer une étude de recherche appliquée commandée par la direction générale de l'alimentation et pilotée par l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Le département a également participé au déploiement, en cours, du nouveau système d'information de la restauration et des biberonneries (ORBIS) en intervenant activement auprès des acteurs métiers de terrain.
- en écologie hospitalière, trois audits qualité ont été réalisés sur site sur la thématique du bio-nettoyage et ont permis l'adoption d'un plan de progrès. Chaque audit réalisé comportait une étude de coût afin d'éclairer les groupes hospitaliers sur le choix du meilleur mode de gestion des prestations. Ces audits ont également permis de documenter une réflexion sur le nettoyage de l'environnement immédiat du patient et sur le bio-nettoyage des zones à risque infectieux élevé (réanimations et blocs opératoires) ;

- dans le domaine des déchets, plusieurs audits ont visé à l'adoption de meilleures pratiques professionnelles de tri et à la révision des protocoles, notamment par une meilleure définition des déchets d'activité de soins à risque infectieux ;
- en matière de développement durable, le développement de filières de tri sélectives a été amplifié – notamment pour le carton. Un comité de pilotage a été initié pour préparer la mise en place réglementaire de la filière de valorisation des bio-déchets, à déployer en 2013.

10.3 - Le management durable

Le plan d'action management durable, déployé depuis 2008 dans une perspective pluriannuelle, formalise l'engagement de l'AP-HP en faveur du développement durable sur la base de trois principes fondateurs :

- décliner une gestion économe des ressources ;
- tendre à un management socialement responsable ;
- rechercher un fonctionnement respectueux de l'environnement.

Ce plan d'action se décline en cinq orientations prioritaires, intégrant notamment les évolutions réglementaires induites par la loi Grenelle de l'environnement et les orientations de la certification 2010 :

- atteindre la Haute qualité environnementale (HQE) ;
- maîtriser les énergies ;
- maîtriser et valoriser les déchets ;
- développer une politique d'achats éco-responsable ;
- intégrer la dimension sociale.

Le plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP a intégré les orientations de ce plan d'action. C'est ainsi, en particulier, que le projet Ressources humaines inclut un volet visant notamment à élargir la prévention des risques, à associer les personnels aux réflexions sur les réorganisations, à intégrer le développement durable dans les formations, et à élaborer le Plan déplacement entreprise (PDE).

Par note du 27 juillet 2010, le directeur général a défini le cadre du développement de cette politique de management durable :

- en instaurant un comité de pilotage du management durable institutionnel et en demandant à chaque directeur de groupe hospitalier de mettre en place une instance de pilotage du même type à leur niveau, et de désigner un coordinateur référent ;
- en demandant à chaque directeur de groupe hospitalier d'élaborer un plan Développement durable.

Cette déclinaison locale doit permettre de concrétiser les principes fondateurs du développement durable, notamment dans les domaines retenus par la Haute autorité de santé pour la certification V10 (engagement dans le développement durable, achats éco-responsables et approvisionnements, gestion de l'eau, de l'air, de l'énergie, des déchets, hygiène des locaux).

Les principaux faits marquants en 2011 ont été les suivants :

- la construction d'un site de covoiturage au bénéfice de l'ensemble des personnels de l'AP-HP a été engagée avec la société ECOLUTIS, prestataire retenu au terme d'un appel d'offre. Une information sur l'ouverture du site de Covoiturage a été faite au

CHSCT central le 12 décembre 2011. Inscrite dans la politique de ressources humaines, cette étape importante de l'engagement de l'institution en faveur du développement durable, prendra effet en 2012.

- l'AP-HP a été primée deux fois en 2011 au titre du développement durable :
- l'association des paralysés de France a récompensé la mise en œuvre des clauses sociales dans les marchés passés par ACHAT ;
- l'AP-HP a également reçu un prix pour sa politique d'achats responsables lors de l'édition 2011 du baromètre développement durable des établissements de santé.

11 - LES SYSTEMES D'INFORMATION

Définie en juin 2009, l'organisation du pilotage du système d'information (SI) de l'AP-HP, repose sur quatre organes : un comité de pilotage du SI (COPIL SI), une cellule de pilotage stratégique (CPS), une agence technique informatique (ATI) et quatre centres de compétences et de services (CCS).

11.1 - Le système d'information patient (SIP)

Le 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 doit ainsi permettre d'accroître la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient tout en sécurisant les soins pour les patients et les professionnels

La mise en œuvre du SI Patient repose sur un maître mot : le partage d'une information sécurisée et fiable et son échange avec l'extérieur. La mise en place d'un tel système d'information partagé conduit à :

- un partage des bonnes pratiques nécessitant une évolution des organisations ;
- l'élaboration d'un dictionnaire commun aux hôpitaux de l'AP-HP associant chaque fois que possible un code issu de la nomenclature internationale : LOINC (Logical Observation Identifier Names and Codes) pour la biologie et SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms) pour la clinique ;
- la mise en place d'échanges entre les applications basées sur des normes en privilégiant dans la mesure du possible les normes internationales HL7 (Health Level Seven) ;
- la mutualisation des ressources, des serveurs, des données, des compétences ;

Le SI Patient est fondé sur trois composants majeurs de production :

- le système d'information clinique, le système de gestion des plateaux médico-techniques (laboratoires, anatomo-pathologie, médecine nucléaire, radiothérapie) ;
- le système de stockage et de diffusion de l'image (PACS) et un composant de traitement de l'information (pilotage, qualité, aide à l'enseignement et à la recherche).

Le SI Patient comporte des relations fonctionnelles avec les autres composants du SI de l'AP-HP, que ce soit pour alimenter les structures ou adresser les éléments de facturation vers le SI Gestion. De même, le SI Patient est ouvert vers l'extérieur et devra ainsi permettre le partage et l'échange d'informations avec les outils institutionnels comme le dossier médical personnel (DMP) ou le dossier commun de cancérologie.

Le système d'information des laboratoires a permis de bâtir en partenariat avec l'industriel un référentiel commun basé sur la nomenclature internationale (LOINC) et un noyau commun intégrant les matériels, les procédures et les analyses. Il doit ainsi permettre de répondre aux objectifs du plan stratégique de la biologie ainsi qu'aux critères nécessaires à l'accréditation des laboratoires. Après une phase de validation sur deux sites pilote (Saint-Louis et Beaujon), la généralisation à l'ensemble des groupes hospitaliers est prévue sur la période 2010-2013. A ce jour, plus de 50 % des laboratoires sont équipés de ce nouveau système de gestion.

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.

Le Projet SI clinique mené avec la société Agfa, fondé sur un système intégré, est composé de :

- un dossier administratif identité et mouvements ;
- un dossier patient permanent, unique, dans le respect des règles de confidentialité, permettant l'accès à l'image et le partage de l'information entre les acteurs de l'hôpital, des différents hôpitaux et avec l'extérieur ;
- une informatisation des prescriptions, du plan de soins et de la gestion des ressources prestataires ;
- un échange d'informations de et vers les sous-systèmes de gestion de laboratoires et de stockage des images ;
- une production de données médico-économiques nécessaires à l'établissement des recettes de l'institution. Après une première étape (déploiement du module identité mouvement réalisée sur le site pilote d'Ambroise Paré en septembre 2010), la seconde étape incluant le dossier patient, la demande et résultats d'examens, l'accès à l'image, le circuit de la radiologie a été déployée à partir de juin 2011 (la fin de ce déploiement devant intervenir en juin 2012). Les premiers résultats de ce déploiement sont positifs avec une réelle utilisation de la solution conduisant à l'abandon du dossier patient et un partage de l'information sous les règles strictes de confidentialité. Le succès rencontrés conduit à débiter le déploiement de cette première partie de la solution sur deux hôpitaux supplémentaires. Parallèlement, la finalisation des modules du circuit du médicament et gestion des rendez vous est en cours.

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 débuté en 2007 :

- l'application de gestion des blocs opératoires, opérationnelle dans tous les hôpitaux (c'est à dire avec la disparition du cahier de bloc opératoire). Cette application est fondée sur un référentiel commun issu de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et élaboré avec chaque collégiale. Un outil de traitement de l'information a également été mis en place permettant de mettre à disposition un tableau de bord de l'activité opératoire ;
- le dossier clinique partagé intégrant les comptes-rendus, l'image et les résultats d'examen, débuté mi-2006, opérationnel dans l'ensemble des groupes hospitaliers. Ainsi, plus de 800 000 comptes-rendus ont été intégrés dans cette application sur l'année 2011. Cet outil permet également d'adresser vers les médecins traitants les comptes-rendus par messagerie sécurisée. A ce titre, l'AP-HP participe au projet régional lancé par l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) qui sera opérationnel à la fin du premier semestre 2012 ;
- l'outil de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie, premier outil de dossier partagé au sein de l'AP-HP, couvrant actuellement 21 hôpitaux et 135 RCP sur les 167 déclarées à l'AP-HP, et permettant la constitution en 2011 de plus de 50 000 fiches ;
- l'outil de prescription informatisée des médicaments à partir des applications DxCare, Actipidos ou Phedra. Ainsi, aujourd'hui, 50 % des services de court séjour et près de 90 % des services de SSR réalisent la totalité de leur prescription de médicaments à travers un tel outil. De même, l'outil de prescription et de gestion des chimiothérapies (application Chimio) est déployé sur la totalité des hôpitaux excepté Saint-Louis et l'HAD qui sont en cours.

11.2 - Le Système d'Information GESTION (SIG)

Durant l'année 2011 le centre de compétences et de services du domaine gestion s'est principalement consacré aux projets EIFEL, SIRH et CUCCINA.

11.2.1 - Le projet EIFEL (économie, investissement, finances et logistique)

Le déploiement des 26 hôpitaux de la troisième vague ainsi que le déploiement sur les établissements support (service central d'ambulance, service central de blanchisserie...) de EIFEL (Economie, investissements, finance et logistique) s'est correctement déroulé, conformément aux plannings et aux budgets prévus.

Pour la première fois la clôture comptable de l'exercice 2011, sur l'ensemble des établissements de l'AP-HP, a été faite avec le nouveau système EIFEL. Ceci a impliqué l'ensemble des domaines du centre de compétence.

Suite à cette dernière phase du déploiement de la solution EIFEL, le centre de compétences du domaine gestion s'est attaché en premier lieu au maintien en condition opérationnelle et au soutien aux 12 000 utilisateurs de la solution déployée, et en second lieu à faire évoluer la solution sur les différents domaines des finances, de la logistique et du patrimoine pour l'AP-HP mais aussi pour la trésorerie générale.

En logistique, une liaison directe (sans aucune interface) a été mise en place entre les transstockeurs de la plateforme logistique de la Pitié-Salpêtrière et EIFEL, validant ainsi la possibilité de gérer intégralement les flux logistiques, même les plus complexes avec un seul outil. Cette mise en œuvre doit conduire à diminuer le nombre de logiciels utilisés majoritairement pour les flux pharmaceutiques – tels Copilote et Alice.

11.2.2 - Le projet SIRH (système d'information des ressources humaines)

En 2011, outre les travaux permanents de maintien en condition opérationnelle sur l'ensemble des modules RH et de délivrance de toute l'activité de calcul de la paie, le domaine SIRH a connu les évolutions suivantes :

➤ En gestion administrative :

- achèvement réalisation de la déclaration automatisée des données sociales unifiée (DADSU) 2010 et préparation de la DADSU 2011 selon les nouvelles normes N4DS (refonte complète) ;
- mise à disposition d'application et de listings pour la gestion de diverses élections professionnelles ;
- reclassement des infirmières diplômées d'Etat, IDE (outil de simulations, *reporting*, mise en production) ;
- reclassement des personnels administratifs et médico-techniques selon un mécanisme identique à celui développé pour le reclassement des IDE.

➤ En gestion des temps :

- Gestime : le travail engagé en 2010 s'est poursuivi sur l'application permettant la livraison en production en début d'année 2011 d'une version 4.4 contenant de nouvelles fonctionnalités ;
- gestion du temps personnel médical : durant l'année 2011, des ateliers se sont déroulés afin de préciser les attendus de certaines fonctionnalités. L'ensemble des spécifications revues avec la maîtrise d'ouvrage (DPM) a permis une livraison partielle de la solution à

l'été 2011 mais avec un retard important par rapport au calendrier initial. A la fin 2011, l'application a été livrée dans un environnement de simulation afin de mener une campagne de qualification en lien avec la DPM et les sites pilotes.

11.2.3 Le projet de gestion de la restauration CUCCINA

Les travaux d'intégration du logiciel de gestion de la production alimentaire (COCINA) avec EIFEL se sont poursuivis selon le planning prévu, malgré le changement du site pilote initial par l'unité de production alimentaire de la Pitié-Salpêtrière

Le changement de site pilote a permis de terminer la modélisation des liens entre les deux logiciels, en gardant l'objectif de réduire au strict minimum les interfaces indispensables. Le point le plus important et le plus complexe à traiter restant la modélisation du CBN (calcul des besoins nets) qui est la clef de voûte d'un fonctionnement optimal du système intégré.

11.3 - Le système d'information Pilotage de l'AP-HP

Au cours de l'année 2011, les trois applications à la charge du CCS Pilotage – OPALE, SIRIUS et infocentre central – ont évolué prenant en compte les attentes des utilisateurs et des directions fonctionnelles.

11.3.1 - L'application OPALE

L'objectif d'OPALE (outil de pilotage de l'Assistance publique, des établissements et des pôles) est de répondre aux besoins de pilotage stratégique et analytique par la mise à disposition d'un entrepôt de données partagées entre le siège et les groupes hospitaliers. Il fournit aux utilisateurs des tableaux de bord, des rapports et un outillage convivial pour les requêtes des données. Plusieurs versions ont été mises en production en 2011 permettant d'enrichir le périmètre fonctionnel d'OPALE.

Les champs désormais couverts par Opale sont :

- les données de personnel en termes de masse salariale et d'effectifs rémunérés avec intégration des cibles par établissement, permettant un suivi mensuel précis ;
- les données d'activité et de recettes assurance maladie conformes aux données e-PMSI ;
- les structures des nouveaux pôles effectifs à compter du 1^{er} janvier 2012, les restitutions proposées permettant de visualiser l'activité, les recettes et les données de personnel des nouveaux pôles avec reconstruction d'un historique pour chacun d'entre eux, y compris pour les pôles intersites au sein d'un même groupe hospitalier.

L'application « Entrepôt de données partagé » (EDP) a été dé-commissionnée.

11.3.2 - Le référentiel SIRIUS

L'application SIRIUS (système informatisé du référentiel unique des structures) est le référentiel des structures de l'AP-HP. Depuis son démarrage en janvier 2009, SIRIUS gère les créations, modifications et fermeture des différents niveaux de structure appartenant aux axes de gestion et de responsabilité médicale.

Au cours de l'année 2011, deux évolutions majeures ont été spécifiées et développées pour une mise en production programmée pour le mois de mai 2012 :

- la première consiste à modifier le modèle de structure afin qu'il puisse répondre aux besoins de la solution NSI patient tout en continuant à assurer les fonctions attendues par les applications que SIRIUS alimente déjà aujourd'hui. Ce modèle permet désormais la mise à jour de l'axe de localisation contenu dans SIRIUS avec les données issues du recensement patrimonial par bâtiment ;
- la deuxième évolution concerne la migration de version du socle logiciel permettant d'accéder à la dernière version disponible et au support adapté.

11.3.3 - L'Infocentre central

L'infocentre central adapte les formats de transmission des données en fonction des évolutions règlementaires.

En 2011, des nouveaux flux ont été intégrés dans l'infocentre central relatif aux données PMSI SSR et aux données MCO, médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) concernant les reprises des années antérieures.

11.4 - Le système d'information Travail collaboratif et communication

11.4.1 - Le portail Intranet

A la fin de l'année 2011, le portail intranet accueillait 83 sites d'hôpitaux et sites thématiques, auxquels contribuent 483 rédacteurs. Il a totalisé près de 3 257 000 visites dans l'année. Les 466 espaces collaboratifs actifs de groupes de travail ont réuni 2 050 utilisateurs.

Le menu « Etablissements » du portail intranet a été refondu en lien et avec la validation des responsables de communication des groupes hospitaliers pour préparer la convergence des sites intranet d'hôpitaux vers des sites de groupes.

Une nouvelle version du module « Pages blanches » de l'annuaire RIGAP (Répertoire institutionnel général de l'Assistance Publique) a été développée courant 2011. Plus intuitive, plus simple, elle est aussi accessible aux personnes à handicap visuel (norme bronze). L'annuaire fournit aussi en aval les identités des personnels, *via* des interfaces régulières, et cela pour plusieurs applications tierces comme SM7 (gestion du parc informatique), ORBIS (SIC), et bientôt la base Offre de soins (médecins).

Si le renforcement de l'offre d'outils collaboratifs intranet reste un enjeu fort, le centre de compétences et de services Travail collaboratif et communication (CCS-TCC), a orienté en 2011 l'essentiel de ses activités de projets sur internet dans un double objectif d'amélioration de la relation avec l'utilisateur et de soutien de l'activité, notamment par la mise en place d'un portail internet institutionnel venant relayer le site institutionnel, difficile à maintenir et obsolète dans sa conception et son ergonomie. Les attentes vis-à-vis de ce projet sont fortes :

- construire et développer la visibilité et l'image de l'AP-HP dans l'environnement santé ;
- renforcer la notoriété de l'offre de soins de l'AP-HP et soutenir l'activité ;
- développer une approche de services à l'utilisateur.

11.4.2 - Vers un portail Internet

Dès la fin 2009, en parallèle avec le déploiement du portail intranet, le CCS-TCC avait engagé le chantier de préparation du changement pour internet avec la mise à disposition prioritaire des groupes hospitaliers et des sites de centres de référence de maladies rares d'une coquille de site internet qui a permis la création de 32 sites.

L'année 2011 a vu la conception et la réalisation d'un portail internet fédérateur des multiples sites et contenus web de l'AP-HP, sur une plate-forme interagissant avec les outils de mobilité (téléphones et tablettes mobiles), intégrant des fonctionnalités de réseaux sociaux, et aussi en capacité de proposer des services.

Une attention toute particulière a été apportée à la réalisation de nouveaux modules de présentation et de recherche de la base de données « Offre de Soins » : cartographie, requêteur, conception d'une application pour smartphone, permettant ainsi de valoriser le rôle et le travail souvent méconnus du réseau des 1 000 référents qui en assurent la mise à jour au niveau des pôles et services dans les hôpitaux,. Par ailleurs, des études de convergence ont été lancées avec l'équipe projet du Répertoire Opérationnel d'Ile-de-France qui relève de l'Agence régionale de Santé afin d'aller vers la mutualisation et l'optimisation des saisies de données et des contrôles qualité des deux bases de données.

11.4.3 - Davantage de travail collaboratif

Plusieurs projets relevant de l'efficience et de la qualité des « processus métiers » ont permis la refonte de bases de données ou de connaissances métiers ou la mise en place d'applications collaboratives : V2 de la base de données Analyse et amélioration des pratiques professionnelles (AAPP), juste prescription de médicaments et DMI, base affaires juridiques, Oncomolpath.

L'application AAPP fait actuellement l'objet, en collaboration avec la DEFIP, la DAJ et la DPM, d'un projet de partenariat et de valorisation avec les CHU demandeurs de sa mise à disposition. Huit CHU ont déjà signé une convention avec l'AP-HP pour acquérir cet outil.

11.5 - La sécurité du système d'information

La sécurité du système d'information est une priorité institutionnelle qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue, inspirée de la norme internationale de gestion de la sécurité de l'information ISO/IEC 27001. L'objectif d'une telle démarche est d'apporter des résultats concrets, mesurables et proportionnés aux risques.

11.5.1 - La politique de sécurité du système d'information

L'année 2011 a été celle de la mise en place de l'organisation de la gouvernance de la sécurité avec le recrutement d'un responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) et la nomination d'un RSSI pour chaque groupe hospitalier, pour chaque centre de compétences et de services, et pour l'agence technique informatique. Conformément à la politique générale de sécurité des systèmes d'information, huit réunions du comité des RSSI se sont tenues.

11.5.2 - Le plan d'actions Sécurité du système d'information

En 2011, 112 jours de formation ont été dispensés aux RSSI en deux formations ; dix d'entre eux ont été certifiés RISK MANAGER 27005, sept ont participé à un congrès international intitulé « Les assises de la sécurité 2011 ».

Conformément à l'analyse rapide des risques de sécurité de 2010, deux études ont été engagées :

- une sur la gouvernance, les risques et la conformité, des identités et des comptes informatiques de l'application informatique EIFEL ;
- l'autre sur la continuité informatique comportant un diagnostic de maturité et un plan d'action d'amélioration.

Une analyse du schéma organisationnel du circuit de l'agent (arrivée, départ, mouvement) existant au sein de l'AP-HP a été réalisée – aussi bien pour le personnel médical que pour le personnel non-médical.

Une veille sécurité sur les vulnérabilités techniques avec le centre d'expertise gouvernemental de réponse et de traitement des attaques informatiques (CERTA) a été organisée.

Un important travail de mise en conformité du parc informatique des postes de travail a été réalisé au niveau de l'antivirus et des versions logiciels des systèmes d'exploitation.

11.5.3 - La charte des utilisateurs

Une première version de la charte des utilisateurs du système d'information a été présentée aux instances et communiquée à la commission nationale informatique et libertés (CNIL). Une nouvelle version est en cours de préparation tenant compte des observations formulées.

12 - LA POLITIQUE ECONOMIQUE ET FINANCIERE

12.1 - Convergence et efficience

Après un exercice 2010 clos, pour le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP), à un niveau de résultat de -114,6 M€, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2011 affichait une prévision de déficit de -139 M pour une réalisation à hauteur de -90 M€.

Cette situation budgétaire de l'AP-HP rend compte des efforts engagés au cours des dernières années dans le cadre du plan équilibre et de la mobilisation pour développer les recettes et maîtriser les dépenses.

Cette situation engage l'AP-HP à poursuivre, sur plusieurs années, un plan tendant à augmenter son efficience, condition indispensable pour revenir progressivement à l'équilibre budgétaire et dégager les moyens d'une politique dynamique d'investissement et de modernisation.

Dans ce contexte, l'exercice 2011 apparaît comme un exercice particulier. Il s'agit en effet d'une année :

- d'achèvement du processus de convergence intra-sectorielle ;
- de réorganisations notables, avec la première année de fonctionnement des groupes hospitaliers et l'impact de la fermeture quasi-totale de Saint-Vincent de Paul ;
- marquée également par le déploiement intégral du logiciel de gestion économique et financière SAP sur tous les sites. Ce fut donc une année de stabilisation des procédures et de la gestion comptable et budgétaire.

12.2 - L'activité hospitalière 2011

L'activité hospitalière 2011 est globalement légèrement supérieure à la réalisation 2010, mais inférieure aux prévisions, malgré une progression notable des hospitalisations de jour.

	Prévisions EPRD 2011	Réalisations EPRD 2011	Ecart par rapport à la cible
Structure Hospitalisation complète	+2,45 %	+0,76 %	-10 000 séjours
<i>dont plus de 1 jour</i>	+2,45 %	-0,18 %	
Structure Hospitalisation partielle	+2,29 %	+2,71 %	+2 400 séjours
Passages aux urgences	0 %	+5,3 %	+62 000 passages

➤ **Hospitalisation complète** : L'évolution de +0,75 % de l'activité par rapport à 2010 résulte de plusieurs évolutions différenciées selon les secteurs d'activité :

- la gynéco-obstétrique est en baisse de -2,7 % par rapport à 2010 (avec notamment une baisse de 916 accouchements par rapport à 2010). Dans le détail, la baisse est concentrée sur quelques sites : les maternités de Saint-Antoine et Tenon (-700 accouchements), de Port-Royal et Saint-Vincent de Paul (-336 accouchements), de Bicêtre-Béclère (-214 accouchements). Ces baisses sont partiellement compensées par le dynamisme des

maternités de Louis Mourier (+200 accouchements) et de la Pitié (+219 accouchements) ;

- en médecine, la progression est de +0,9 % par rapport à 2010 et se concentre sur quelques spécialités médicales (notamment la pneumologie, l'hématologie et l'urologie) ;
- la chirurgie est en hausse de +1,8 % par rapport à 2010, sur pratiquement tous les sites de l'AP-HP. Le détail par spécialités fait apparaître des progressions significatives en chirurgie digestive, en chirurgie orthopédique et traumatologie et en chirurgie urologique, qui traduisent une reprise des parts de marchés de l'APHP après deux années difficiles.

➤ **Hospitalisation partielle** : l'évolution globale de +2,7% par rapport à 2010 s'explique essentiellement par la poursuite de l'évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire, notamment en ophtalmologie, en chirurgie orthopédique et en chirurgie digestive.

➤ **Hospitalisation à domicile (HAD)** : l'augmentation attendue en 2011 ne s'est pas produite. L'évolution de cette activité s'établit à -11 % par rapport à 2010.

➤ **Consultations et actes externes** : l'activité de consultations est en légère augmentation (+0,9%), les ATU (passages aux urgences non suivis d'hospitalisation) sont en nette hausse (+7 %).

12.3 - Les résultats de l'exercice 2011

L'amélioration notable du résultat 2011 repose sur plusieurs paramètres liés aux produits et aux charges. On peut citer notamment un dégel partiel de la dotation MIGAC (25 %), une valorisation plus importante des séjours réalisés grâce aux efforts de codage et à un poids moyen du cas traité (PMCT) supérieur, un rattrapage de valorisation des séjours des années antérieures plus important que prévu. L'évolution favorable des charges est liée à un effet « reprise de stocks dans SAP » plus important que prévu, un travail sur l'actif et les profils d'amortissement et des charges de personnel sous exécutées, pour des raisons conjoncturelles.

évolution du compte de résultat principal en 2010 et 2011, en millions d'euros					
Charges	2010	2011	Produits	2010	2011
Charges de personnel	4 052	4 016	Produits versés par l'Assurance-maladie	5 004	5 018
Charges à caractère médical	1 258	1 247	Autres produits de l'activité hospitalière	607	650
Charges à caractère hôtelier	602	604	Autres produits	822	850
Amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles	635	741			
Total des charges	6 548	6 608	Total des produits	6 434	6 518
			Résultat (déficit)	- 114,6	- 90,0

La masse salariale 2011 a baissé de 26,4 millions d'euros tous comptes de résultats principaux (CRP) confondus (personnel médical+ personnel non médical) et de 27 millions d'euros (PM + PNM) au compte de résultat prévisionnel principal (CRPP).

Le détail de cette évolution montre une diminution de la masse salariale du PNM de 35,4 millions d'euros par rapport à 2010, et de 36,6 millions d'euros au seul CRPP. Tous CRP confondus, les ETPR évoluent de manière négative pour les PNM permanents, en baisse de 1 870 ETPR moyens par rapport à 2010 (-2,6 %) alors que les effectifs des PNM de remplacement ont à l'inverse progressé de 352 ETPR moyens par rapport à 2010 (+11 %). Au CRPP, les PNM

permanents diminuent de 1 787,75 ETPR moyens contre une progression des PNM de remplacement de 324,5 ETPR moyens.

La masse salariale du personnel médical progresse de 9 millions d'euros entre 2010 et 2011 tous CRP, dont 9,5 millions d'euros au CRPP et les effectifs médicaux de 2,77 ETPR moyens par rapport à 2010 tous CRP, et de 10,6 ETPR moyens pour le seul CRPP.