

Projet d'établissement 2015-2019

UNE AP-HP
OUVERTE, UNIE
INNOVANTE

Sommaire

Plan stratégique

Préambule	11
Introduction	13
Les fondements de notre projet	15
Axe 1 - Penser le parcours patient de demain	21
A. L'AP-HP, le CHU de son territoire	22
B. Coopérer avec la médecine de premier recours pour organiser la prise en charge du patient	24
C. Faire évoluer la prise en charge : réussir le défi de moins hospitaliser pour mieux soigner	24
D. La qualité, comme levier de transformation	26
E. L'AP-HP innovante sur les nouveaux besoins	28
Axe 2 - Faire de l'AP-HP un acteur des révolutions médicales et numériques, partenaire des universités	35
A. Améliorer l'utilisation des moyens dédiés à la recherche	36
B. Renforcer nos relations à l'université	39
C. Soutenir l'innovation	40
Axe 3 - Améliorer la performance sociale et managériale	43
A. Promouvoir un management par la confiance	44
B. Accompagner et sécuriser les parcours professionnels	45
C. Améliorer la santé et la qualité de vie au travail	47
D. Conforter la responsabilité sociale de l'AP-HP	49
Axe 4 - Construire un projet financièrement responsable	51
A. Garantir le retour à l'équilibre du compte principal en 2016 et l'indépendance financière de l'AP-HP, pour préserver l'investissement	52
B. Accélérer la transformation de nos organisations	53
C. Une politique d'investissement remédiant aux poches de vétusté	55
D. L'innovation dans nos ressources	57
E. Repenser notre action, en la coordonnant mieux avec le comptable public	58
Annexe 1 : Objectifs qui feront l'objet d'indicateurs de suivi	59
Annexe 2 : Liste des contributions institutionnelles	61
Annexe 3 : Liste des auditions institutionnelles	62

Projet médical

Principes et contexte	65
Qualité et sécurité des soins & Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	69
Soins palliatifs et fin de vie	69
Gouvernance et réorganisations hospitalières	69
Informatique et communication	70
Recherche	71
Spécialités cliniques	72
Spécialités paracliniques	76
Pharmacies à usage intérieur (PUI)	78
Coopérations	78
Nos lits pour quoi faire ?	79
Adoption et déclinaison du projet médical	80

Projet de soins

Introduction	83
1. Redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée	85
2. Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins	85
3. S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens	86
4. Développer et formaliser les parcours de soins	88
5. Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes	89
6. Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins	89

7. Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leurs savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé	90
8. Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge	92
9. Accompagner sur le plan soignant la mise en oeuvre du Développement professionnel continu	92
10. Renforcer les collaborations entre les centres de formation et les groupes hospitaliers en formation initiale et continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies	93
Les liens avec les instances institutionnelles	95
Les références réglementaires du projet de soins	95
Les fonctions et missions des directeurs de soins	95
Plan d'actions des 10 orientations du projet de soins 2015-2019	97
Contributeurs des groupes de travail	205

Projet de prise en charge

Introduction	211
1. Une communauté d'acteurs pour co-construire	213
A. Dynamiser le dialogue avec les représentants d'usagers et des proches	213
B. S'appuyer sur l'expérience et le savoir du patient comme levier de recherche et d'innovation	214
C. Développer la place des associations à l'hôpital et encourager le bénévolat	215
2. La mesure et la prise en compte opérationnelle de la satisfaction des usagers	215
A. Coordonner et simplifier les outils de recueil de la satisfaction et tenir compte de l'avis des patients	215
B. Optimiser le traitement des plaintes et réclamations	216
C. Soutenir et structurer le modèle de la médiation hospitalière	217

3. Un hôpital accueillant et bienveillant	217
A. Promouvoir la qualité de vie à l'hôpital dans le cadre d'un parcours de santé	218
B. Développer l'hospitalité pour les proches et les aidants : conforter leur place et leur rôle	218
C. Faciliter l'accès et l'orientation au sein de l'hôpital	219
D. Améliorer le bien-être et le confort au quotidien	220
4. Un accompagnement adapté aux personnes en situation critique et/ou en situation de vulnérabilité	222
A. Mobiliser des compétences pluridisciplinaires dans les situations critiques	222
B. Publics vulnérables et accès aux soins et aux droits	223

Projet gestion des risques et qualité

Fédérer l'AP-HP autour de la gestion des risques et de la qualité	229
I. Le management stratégique au service de la gestion des risques et qualité	231
1-1 Optimiser le management stratégique et la gouvernance du CHU	231
1-2 Dynamiser le management de la qualité et des risques	232
II. Sécurisation et amélioration continue de nos pratiques	233
2-1 Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	233
2-2 Gérer le risque infectieux	234
2-3 Mieux intégrer dans nos pratiques la prise en charge des urgences et des soins non programmés	234
2-4 Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse	235
2-5 Améliorer la performance du plateau médico-technique d'imagerie et de biologie	235
2-6 Améliorer la prise en charge du patient au bloc opératoire	236
2-7 Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique	236
2-8 Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque	237
III. Primauté de l'expérience vécue par le patient	238
3-1 Optimiser le parcours du patient	238
3-2 Promouvoir les droits des patients	238
3-3 Gérer le dossier du patient	239
3-4 Prendre en charge la douleur et la fin de vie	240

IV. Pour une organisation performante, au service de la qualité du soin	240
4-1 La qualité de vie au travail comme levier	240
4-2 La performance de notre gestion, en soutien à la qualité de nos activités cliniques	241
Conclusion	243
Actions prioritaires	244
Ont participé à la construction du projet gestion des risques et qualité	277

Projet social et professionnel

Introduction	281
La méthodologie	283
Le contexte	283
Les facteurs environnementaux	283
Les facteurs institutionnels	285
Orientations	286
1. Sécuriser les parcours et promouvoir le développement professionnel	286
2. Promouvoir un management par la confiance	291
3. Améliorer la santé et la qualité de vie au travail	294
4. Conforter la responsabilité sociale de l'AP-HP	297
5. Anticiper l'évolution des emplois et des effectifs	299

Glossaire	303
-----------	-----

Plan stratégique

Document collectif

rédigé sous l'égide du directoire de l'AP-HP

approuvé par le Conseil de surveillance le 9 juillet 2014.

Préambule

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

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme ».

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

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

- penser le parcours patient de demain ;
- faire de l'AP-HP un acteur des révolutions médicales et numériques, partenaire des universités ;
- améliorer la performance sociale et managériale ;
- construire un projet financièrement responsable.

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

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

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

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

Introduction

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

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

L'environnement de l'AP-HP connaîtra dans les prochaines années de fortes évolutions : c'est une période où, après quarante ans de déficit public continu, la France doit assainir durablement ses finances publiques. C'est aussi une période de fortes évolutions démographiques, aussi bien dans la population générale que parmi les professionnels de soins, en particulier les médecins. C'est une période au cours de laquelle les technologies numériques auront un impact déterminant sur le soin.

C'est la période où se constituera le Grand Paris, effaçant la frontière du boulevard périphérique au profit d'une métropole d'une dizaine de millions d'habitants, d'une grande diversité sociale. C'est une période au cours de laquelle le rôle sociétal de l'hôpital et de l'université doit s'amplifier, en lien avec les acteurs du développement territorial, que ce soit en termes de cohésion sociale, d'accès à la formation et aux soins, et de lieux d'exercice que de rayonnement sur la recherche et l'innovation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les fondements de notre projet

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

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

Cela signifie pour l'AP-HP plusieurs impératifs :

- pouvoir maîtriser les délais de rendez-vous pour les consultations,

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

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

L'AP-HP, plus qu'elle ne le fait aujourd'hui, doit s'ouvrir sur les autres acteurs de santé. Coopérante, elle s'inscrit résolument dans la « médecine de parcours », en lien étroit avec le médecin traitant du patient, et considère comme prioritaires ses partenariats avec les autres établissements, sanitaires, médico-sociaux et sociaux, mais aussi avec les professionnels des centres de santé et les praticiens libéraux, dans le cadre d'une conception large du service public territorial de santé, permettant à chaque acteur de jouer pleinement son rôle. Les Groupes hospitaliers (GH) et les autres hôpitaux de l'AP-HP participeront à la construction des contrats locaux de santé. L'AP-HP pourra capitaliser sur l'expérience des trois campus hospitalo-universitaires du Grand Paris (Mondor, Vallée scientifique de la Bièvre, projet Vallée scientifique du Val-de-Seine) développés avec les Universités.

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

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

La coopération et les rapprochements, c'est également :

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

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

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

Toutes les activités pratiquées à l'AP-HP méritent une attention particulière, mais certains parcours feront l'objet d'une attention prioritaire pour que

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

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

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

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

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

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

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

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

4^e fondement : Une AP-HP encore plus innovante

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

Cela conduit à privilégier plusieurs axes :

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

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

Axe 1

Penser le parcours
patient de demain

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

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

1. Recours et proximité, en lien avec les partenaires

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

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

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

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

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

2. Une meilleure accessibilité

Il est donc stratégique, pour y répondre :

- de rendre lisible l'offre de l'AP-HP, à la fois pour le grand public et pour les professionnels de santé (le site internet de l'AP-HP, entièrement repensé, et la réorganisation de l'Hôtel-Dieu y contribueront) ;
- de créer une ou plusieurs plateformes d'information interactives (donnant accès à la prise de rendez-vous) ;
- de pouvoir garantir des accès simplifiés, dans des conditions non aléatoires, aux patients adressés par des praticiens correspondants de l'AP-HP ;

- d'équiper ses praticiens et ses personnels paramédicaux en matériel de téléphonie mobile pour les rendre plus facilement joignables, en particulier des médecins généralistes ;
- de pouvoir mesurer la satisfaction des praticiens correspondants et d'avoir un système d'adaptation à leurs besoins.

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

3. Définir le territoire du CHU

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

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

4. Une stratégie globale d'amélioration des urgences

Dans la période du plan stratégique, l'AP-HP déploiera sa stratégie globale d'amélioration des urgences, dont l'objectif est de diviser

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

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

- diviser par deux le temps moyen d'attente aux urgences ;
- rendre exceptionnels les délais de prise en charge supérieurs à quatre heures pour les patients qui n'ont pas à être hospitalisés (à terme, moins de 5 % des patients adultes, moins de 3 % pour les enfants) ;
- améliorer la régulation médicale et l'orientation des patients en amont des services d'urgence, par une coopération renforcée avec les pompiers, mais aussi par un renforcement de la permanence des soins ambulatoires avec les médecins généralistes et une amélioration de l'orientation vers les maisons médicales de garde et les autres acteurs de la médecine de ville ; pour éviter le passage aux urgences, améliorer l'accès direct aux services de soins spécialisés (avis téléphonique, consultations d'urgence dans les spécialités, hospitalisations) ;
- transformer les conditions d'attente des patients, en ne les laissant plus seuls (accompagnement par un proche, un bénévole formé et dépendant d'un tuteur) ;
- diversifier les conditions de prise en charge et mieux les adapter aux besoins spécifiques : généralisation des « filières rapides » pour les patients ayant besoin d'un avis médical simple, renforcement de la présence des psychiatres dans les services d'urgence, renforcement des liens pour une prise en charge sociale, au regard de l'expérimentation d'équipe mobile d'urgences sociales (EMU) au SAMU 75 ;

- réaliser des transformations architecturales pour les services d'urgences qui ne sont plus adaptés au volume de patients qu'ils accueillent ;
- renforcer la fluidité avec l'aval des urgences, c'est-à-dire renforcer la capacité à hospitaliser rapidement les patients, dans la bonne filière, en mobilisant l'ensemble de la communauté hospitalière ; mais aussi renforcer la coordination avec les établissements sociaux et médicosociaux, afin de rendre les parcours patients moins traumatisants et plus lisibles, mais aussi s'adapter systématiquement aux contraintes inhérentes au fonctionnement de ces établissements.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Le virage de l'hospitalisation à domicile

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

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

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

4. La création de formules intermédiaires permettant un continuum de prise en charge

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

De même, dans le cadre des parcours, notamment en cancérologie, il est envisageable, si le système de tarification évolue (l'AP-HP

pouvant participer à des expérimentations dans ce domaine), de concevoir une hospitalisation qui pourrait être « partagée » entre un service très spécialisé de l'AP-HP et un autre, dans un autre établissement.

D. La qualité, comme levier de transformation

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

L'exigence de certification, la culture de la qualité ont profondément transformé l'organisation hospitalière, imprégné les organisations, nécessité des moyens spécifiques. Sous l'égide de sa commission médicale d'établissement (CME), l'AP-HP a mis en place une politique globale de la qualité, qui devra s'enrichir de l'implication dans le compte qualité de chacun des établissements de l'AP-HP, avec des auto-évaluations régulières, dans la logique de la V2014 proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les cinq années du plan stratégique seront marquées par une prise en compte plus globale de la qualité dans l'ensemble des domaines, associant les patients à cette transformation. Elle comprendra :

1. Une démarche intégrant la parole du patient

Le patient détient un savoir et une expérience, lesquels aujourd'hui restent souvent inexploités par les équipes hospitalières.

Si les représentants des usagers sont intégrés dans les démarches qualité, le patient en lui-même doit être identifié comme un partenaire actif de la formation, de l'optimisation des organisations, de la qualité et de la sécurité des soins et de la mise en oeuvre de projets innovants. Les équipes hospitalières de l'institution s'attacheront à développer encore plus cette intégration de la parole du patient.

2. Un traitement plus systématique des événements indésirables graves

La déclaration des événements indésirables est aujourd'hui partie intégrante des missions

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

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

3. Un renforcement de la juste prescription

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

La pharmacie clinique sera promue, en favorisant le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions, une participation active à des programmes d'éducation thérapeutique et la préparation des doses à administrer. Enfin, l'action du pharmacien pour garantir la qualité de la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours patient, du domicile à l'hôpital, et de l'hôpital à la ville sera mieux reconnue. Plus largement, cette politique qui concerne également la biologie et l'imagerie, devra anticiper l'évolution des pratiques liées à la mise en place de la prescription connectée, qui apportera un soutien supplémentaire à la prescription « au plus juste ».

4. Une politique d'évaluation des pratiques professionnelles

Depuis plus de dix ans, les sites hospitaliers ont lancé des démarches formalisées d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur des thématiques liées aux prises en charge des patients. Ainsi, début 2014, l'AP-HP disposait de plus de 1 600 programmes d'EPP publiés (et donc consultables) dans la base institutionnelle AP-HP.

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

5. Un déploiement de la politique de sécurité des biens et des personnes sur tous les sites

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

Après extension à l'ensemble des départements d'Île-de-France des protocoles d'accord entre commissariats de police, parquets et AP-HP, à l'instar de celui signé le 24 février 2014 entre l'AP-HP, la Préfecture de Police de Paris et le Parquet de Paris, visant à renforcer la coopération entre les hôpitaux de l'AP-HP et les services de l'État en matière de « prévention de la violence et de traitement de la délinquance », seront établis des diagnostics de sécurité partagés pour chacun des sites.

Ceux-ci permettront la définition d'un plan d'actions concret, sous la forme d'un schéma directeur de sécurité par site. Suivis sur la durée du plan stratégique, ces schémas permettront, dans le cadre d'une politique de sécurité, d'améliorer la protection des personnes et des biens des hôpitaux de l'AP-HP, au bénéfice des professionnels comme des patients.

6. Un engagement confirmé dans la responsabilité environnementale

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

7. L'amélioration de nos organisations

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

8. Un investissement collectif pour réussir les certifications

L'AP-HP affiche une ambition solide en matière de résultats de la certification par la Haute autorité de Santé. C'est la raison pour laquelle les démarches de prévention des risques et de qualité doivent être poursuivies, consolidées et affirmées dans le cadre d'une véritable politique institutionnelle.

L'enjeu sera de la pérenniser, dans tous les domaines d'activité, en considérant qu'il s'agit d'une priorité pour chaque professionnel et chaque équipe.

En pratique, trois axes sont à développer :

- passer à un véritable management de la qualité, en intégrant les résultats de la certification HAS V2010 et en préparant celle de la V2014 qui débutera en 2015, en édifiant un véritable management institutionnel de la

qualité et en déployant les nouvelles modalités de certification que sont les comptes qualité, les approches par processus et la méthode du patient traceur ; les équipes du siège de l'AP-HP aideront chaque GH à développer une approche à la fois systématique et pragmatique de la qualité, reposant sur une culture de l'évaluation régulière par les pairs ;

- achever les démarches d'accréditation des laboratoires engagées dans tous les GH d'ici à 2018 ;
- promouvoir les certifications de secteurs (stérilisation, biomédical, maintenance, formation, etc.).

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

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

Premier CHU français, premier producteur de publications scientifiques, en prise directe avec les évolutions épidémiologiques, médicales et scientifiques, organisationnelles, l'AP-HP, fidèle à sa tradition, doit poursuivre son adaptation pour être toujours à la pointe de l'innovation clinique et organisationnelle.

1. Le patient acteur de son parcours

a) *Prendre notre part dans les actions de prévention et promotion de la santé*

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

Il n'est pas un domaine - qu'il s'agisse de cancer, d'obésité, de santé mentale, d'addiction, de

vieillesse ou d'odontologie pour ne citer que quelques exemples - duquel la dimension de prévention peut être absente. Des équipes de l'AP-HP participeront à des programmes de prévention collective, à destination des publics sensibles, en particulier les jeunes.

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

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

b) Proposer des parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques

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

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

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

c) Donner un nouvel élan à l'éducation thérapeutique

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

Avec l'expertise et l'expérience de terrain acquise par les acteurs de l'AP-HP, l'institution souhaite donner un nouvel élan à cette

politique, en consolidant son offre et en informant les partenaires publics et associatifs pour rendre celle-ci plus accessible. L'AP-HP souhaite promouvoir la participation des patients et la présence des associations de patients dans les services où se conçoit et s'exerce l'éducation thérapeutique, et accompagner les initiatives des services qui co-construisent des programmes avec les patients et associations ; elle souhaite aussi s'appuyer sur l'évaluation quadriennale pour pouvoir, au besoin, réorienter ou améliorer ces programmes au bénéfice des patients des équipes, et plus largement de l'institution ; elle souhaite également associer les acteurs de ville pour permettre le développement d'une offre au plus près du domicile des patients. Elle cherchera à mieux utiliser les outils numériques et à favoriser l'émergence de projets pilotes intégrant internet et les nouveaux moyens de communication. Elle augmentera et diversifiera son offre de formation institutionnelle pour les personnels, et poursuivra l'organisation de journées annuelles pour développer un partage d'expériences.

Enfin, il apparaît important d'intégrer la dimension éthique dans l'approche ETP, et d'évaluer la valeur ajoutée de tels programmes, au plan de la qualité comme en termes de rapport coût / efficacité.

d) Prendre en compte les vulnérabilités

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

(interprétariat, médiation-pair et professionnel, etc.).

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

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

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

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

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

Elle se propose aussi de créer un label « Cancer AP-HP », répondant aux exigences du Plan cancer 3 en termes de qualité des soins et

de filières. Cette labellisation se traduira par la mise en place d'engagements précis et concrets concernant les soins, la recherche et l'enseignement. Ils engageront l'AP-HP et seront évaluables sur des indicateurs et des objectifs préétablis dans une charte qualité spécifique.

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

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

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

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

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

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

Si toutes les spécialités cliniques et médico-

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

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

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

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

b) Rendre plus lisible notre offre en périnatalité

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

L'AP-HP se doit aussi de mieux structurer le parcours de soins des patientes, notamment celles ayant des grossesses à bas risque, représentant la majorité des femmes, en construisant des circuits spécifiques pour les

grossesses physiologiques. L'insertion de nos maternités dans leurs territoires et leur dynamisme dans l'animation des réseaux de périnatalité seront poursuivis et généralisés, parce qu'ils permettent de prendre en charge les femmes en coordination avec les autres acteurs. C'est notamment par ce biais que les patientes en situation de précarité ont une prise en charge sécurisée.

Comme pour les autres programmes visant à accompagner le retour à domicile (PRADO) lancés par l'assurance maladie, les maternités de l'AP-HP participent au déploiement de celui sur la sortie accompagnée. Pour la mise en oeuvre de ces objectifs, l'AP-HP s'attachera à conforter, en concertation avec les gynécologues-obstétriciens, le rôle des sages-femmes. Elle entend être exemplaire pour assurer la reconnaissance de l'apport de cette profession au service public hospitalier, anticipant autant que faire se peut sur les textes nationaux.

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

c) Adapter notre offre de soins en pédiatrie

Compte tenu de la démographie médicale en pédiatrie générale et spécialisée, et des besoins insatisfaits sur la région, en particulier dans le nord et l'est, et en grande couronne, la pédiatrie dans son ensemble fera l'objet d'une réflexion organisationnelle, en construisant des parcours de soins, en particulier sur les maladies chroniques, telles que la drépanocytose, l'asthme, les troubles de l'apprentissage. Pour asseoir l'offre de soins en pédiatrie générale sur l'ensemble de la région, l'AP-HP expérimentera la création de postes médicaux partagés, avec les centres hospitaliers, voire avec les centres de santé.

De même, avec l'ARS, elle travaillera à redéfinir les conditions architecturales et organisationnelles des unités de soins continus (USC), permettant d'adapter les contraintes

réglementaires pour permettre de mieux répondre aux besoins de la région lors des épidémies hivernales.

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

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

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

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

e) Adapter la prise en charge des personnes âgées

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

démence profonde (maladie d'Alzheimer et apparentées).

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

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

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

f) Structurer et valoriser notre expertise sur le handicap

L'AP-HP a un long passé de qualité de prise en charge du handicap, à tous ses stades.

Au-delà de nos services et sites franciliens spécialisés dans le handicap et le polyhandicap, l'institution dispose de trois centres héliomarins spécialisés.

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

- rendre plus lisible l'offre diversifiée au sein des différents sites,
- valoriser les expertises AP-HP en matière d'innovation et de prise en charge du handicap, par la poursuite des journées d'études nationales ouvertes sur l'extérieur (exemple : journée « innovation handicap » à compter de 2016) ;
- améliorer l'accueil et la prise en charge des patients handicapés, par l'augmentation du nombre de professionnels formés à la communication avec les handicapés, par la diffusion d'outils pour patients en situation de handicap et enfin, par l'amélioration de l'accessibilité de nos services pour la prise en charge en santé des personnes handicapées.

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

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

Acteur de la psychiatrie francilienne et nationale, l'AP-HP est sur ce segment trop peu connue dans la qualité de ses prises en charge. L'objectif stratégique est ainsi de renforcer et valoriser la lisibilité et la reconnaissance des activités propres à l'AP-HP : centres d'expertise, activités de recours, synergie avec les expertises somatiques, activités universitaires de recherche et d'enseignement, accueil et prise en charge des urgences.

Sur ce dernier point, l'AP-HP créera des centres renforcés, au sein de six SAU volontaires, disposant de lits post-urgence dédiés qui permettront une observation, une stabilisation puis une réorientation du patient dans les 72 heures.

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

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

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

h) Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires

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

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

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

Axe 2

Faire de l'AP-HP un acteur
des révolutions médicales
et numériques, partenaire des
universités

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

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

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

1. Affirmer nos priorités de recherche

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

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

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

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

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

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

b) *Installer un institut médico-économique d'économie de la santé pour appuyer nos décisions*

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

L'Hôtel-Dieu pourra ainsi accueillir un grand centre fédératif de recherche et de formation sur

les enjeux publics de la santé, ce qu'on appelle parfois la « dimension médico-économique » des activités hospitalo-universitaires.

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

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

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

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

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

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

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

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

De multiples initiatives sont déjà à l'oeuvre dans certains hôpitaux : il s'agit désormais de les organiser au niveau de l'AP-HP et de fédérer les forces vives intéressées par ces thématiques pour faire un état des besoins et pour proposer des projets innovants, en partenariat avec les universités et établissements en pointe dans ce domaine. L'AP-HP devra également utiliser pleinement les politiques volontaristes du gouvernement français et de la Commission européenne. Dans toutes ses démarches, l'AP-HP sera très vigilante sur les enjeux légaux et éthiques liés à ces sujets, à mettre en regard avec le risque de perte de chances pour les patients si elle ne s'investissait pas dans cette voie.

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

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

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

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

Pour stimuler ces collaborations, il convient que l'AP-HP augmente son attractivité en réduisant les lourdeurs administratives pour les partenaires mais également en leur proposant une cartographie lisible des compétences, expertises et ressources disponibles en interne. En particulier, le développement de partenariats industriels avec l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP (AGEPS) sera accentué pour renforcer le transfert industriel de produits de l'AGEPS.

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

Enfin, il est également indispensable de promouvoir la « signature AP-HP » dans tous les projets de recherche qui associent ses équipes, afin de valoriser l'attractivité de ses projets de recherche au plan international :

ceci doit devenir une condition systématique de participation, avec les partenaires publics comme privés.

3. Simplifier les procédures et optimiser les sources externes de financement de la recherche

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

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

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

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

Ainsi, alors que les perspectives offertes par le programme européen « Horizon 2020 » et le lancement du 8^{ème} programme cadre de recherche et de développement (PCRD) fin 2013 permettent de tableer sur un financement croissant de la recherche en santé sur fonds

européens, il apparaît indispensable de professionnaliser l'instruction de ces dossiers réputés particulièrement lourds. Au sein du DCRD, l'AP-HP met ainsi en place un « guichet unique Europe » permettant une aide au montage et à la gestion des projets, en lien avec les plateformes nationales concernées par le développement des projets européens (à l'image de la plateforme F-CRIN – French clinical research infrastructure network).

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

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

b) Créer ou intégrer une fondation hospitalière pour la recherche

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

B. Renforcer nos relations à l'université

1. Organiser la stratégie hospitalière au sein des territoires universitaires

Pour faire coïncider les stratégies hospitalières et les stratégies universitaires, il apparaît important de s'organiser de manière plus systématique avec les facultés, et renouveler ainsi nos modes de gouvernance, pour compléter la vice-présidence du directoire confiée au

président de la conférence des doyens d'Île de France. Il est proposé d'organiser deux fois par an une rencontre hospitalo-universitaire, permettant une réflexion collective avec toutes les facultés et la définition d'objectifs hospitalo-universitaires communs. La représentation de l'AP-HP au sein des conseils de gestion des UFR sera également rendue plus homogène.

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

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

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

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

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

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

3. Dynamiser la formation initiale et continue pour maintenir une formation de haut niveau

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

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

Enfin, l'universitarisation des professions de santé paramédicales se poursuivra dans le cadre du LMD (licence, master, doctorat), avec la création de masters spécifiques. L'AP-HP s'attachera à favoriser l'interdisciplinarité et à développer de nouvelles technologies de

l'enseignement. Elle élaborera des partenariats avec l'Éducation Nationale pour les filières post-bac.

C. Soutenir l'innovation

1. Accompagner et structurer le développement de la médecine personnalisée

Le concept de médecine personnalisée, déjà ancien, devrait probablement connaître des évolutions consécutives de la révolution technologique en cours, notamment dans le domaine de la génétique.

Ce concept correspond à l'un des quatre « P » de la médecine de demain : prédictive, préventive, personnalisée et participative, même si la médecine personnalisée est présente dans ces quatre notions. Elle sous-tend la notion de thérapeutique adaptée au patient.

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

Le développement accéléré des techniques à haut débit a un coût et une telle masse de données qu'il nécessite un mode de gestion adapté.

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

L'AP-HP devra démontrer enfin ses compétences en matière de gestion des problématiques éthiques liées au développement des nouvelles technologies : le

séquençage d'un génome amène à détecter des maladies inattendues, affectant le patient et dont sa famille peut également être porteuse. Le développement de la médecine personnalisée devra conduire à généraliser les réunions multidisciplinaires visant à identifier les patients pour lesquels un séquençage est indiqué. Cette nouvelle approche doit conduire à la mise en place de conseils génétiques destinés à obtenir le consentement éclairé des patients et à favoriser leur compréhension, quant à l'incidence de découvertes fortuites, pour eux-mêmes et leur famille. L'institution devra être porteuse de la poursuite de la réflexion éthique, en développant la sensibilisation des personnels à ces questions.

2. Encourager l'innovation en biologie

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

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

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

3. Soutenir les initiatives innovantes permettant la création d'entreprises

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

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

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

4. Participer à la mise en place d'une plateforme SI multi-territoriale en Île-de-France

Au cours du prochain plan stratégique, l'AP-HP accompagnera et soutiendra l'expérimentation des Hôpitaux universitaires Paris-Sud, retenus par l'ARS pour la région Île-de-France, à la suite de l'appel d'offres du programme national « Territoires de soins numériques ». L'objectif est de permettre, sur le plan organisationnel, des parcours de soins entre les professionnels de santé du territoire en numérisant les processus de coopération et, sur le plan technologique, de faciliter le partage d'informations et l'interprétation automatique de données patient (domotique, dispositifs communicants). Cette expérimentation constitue le premier pas vers la mise en place d'une véritable plateforme territoriale sur le territoire francilien au développement duquel l'AP-HP participe, pour rendre effectifs puis efficaces les parcours de soins ouverts sur la ville.

5. Adopter une stratégie en matière d'équipement innovant

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

Axe 3

Améliorer la performance sociale et managériale

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

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

A. Promouvoir un management par la confiance

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

1. Améliorer le dialogue social

Comme annoncé dès décembre 2013, l'AP-HP définit un nouveau cadre général du dialogue social qui sera décliné au niveau local (formation-information, concertation et négociation) par la négociation d'un accord-cadre sur le dialogue social. Donner plus de vitalité au dialogue social constitue une orientation forte du plan stratégique. Sans un

dialogue social de qualité, il ne peut y avoir de vision partagée des changements ou adaptations nécessaires de l'offre de soins.

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

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

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

2. Redonner du sens à la fonction managériale, pour favoriser l'attractivité et les parcours

L'AP-HP affichera ses valeurs managériales à travers une charte institutionnelle du management, laquelle contribuera à rendre lisible les schémas d'organisation de l'encadrement. Pour la décliner, des accompagnements et des missions d'appui, type atelier de co-développement, coaching individuel et d'équipe seront largement proposées à l'encadrement, y compris médical. L'encadrement de proximité devra bénéficier d'une formation initiale et continue qui lui permette de développer les compétences nécessaires pour faire face aux évolutions des organisations. Les périmètres d'activité et les responsabilités confiés devront être clarifiés dans la déclinaison des chartes d'encadrement. L'accès à la fonction de cadre, qui peut donner lieu à une période de « faisant-fonction », devra faire l'objet d'une contractualisation afin de ne pas pérenniser des discordances entre le grade et la structure de l'emploi.

Par ailleurs, à partir des évolutions démographiques et des besoins définis par les schémas d'organisation, une politique de communication, interne et externe, et de

détection des praticiens investis dans la vie hospitalière permettra de mieux répondre aux besoins de l'institution.

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

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

3. Rechercher une meilleure régulation entre le siège et les directions des GH

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

B. Accompagner et sécuriser les parcours professionnels

1. S'inscrire dans une démarche « Projet professionnel »

Les entretiens annuels d'évaluation et de formation - qui doivent d'abord être généralisés - sont, pour tous, le moment privilégié pour

favoriser l'émergence des projets professionnels et permettre aux agents de s'engager dans un parcours de développement professionnel. Conformément aux dispositions du décret relatif à la formation tout au long de la vie, les entretiens carrière seront mis en place, afin de donner plus de lisibilité aux projets et aux parcours. Une attention particulière sera portée aux métiers affectés par l'allongement de la carrière et dont la pénibilité est reconnue.

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

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

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

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

Afin de décliner le plan stratégique, les centres de formation organiseront les dispositifs d'adaptation à l'emploi et aux nouveaux métiers que requièrent les besoins de l'AP-

HP, et interviendront pour accompagner les agents dans leur souhait d'évolution de carrière. L'AP-HP poursuivra la formation au management et au pilotage des exécutifs de pôle. Elle construira une politique de promotion interne afin d'accompagner les professionnels dans leur souhait de mobilité verticale ou horizontale et de développement d'une expertise. A titre d'illustration, une formation d'accompagnement des professionnels reçus en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) sera mise en place pour leur permettre d'aborder avec succès les enseignements dispensés.

3. Accompagner l'émergence des nouveaux métiers

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

4. Repositionner les professionnels soignants sur leur cœur de métier

Pour rendre l'activité de soins toujours plus humaine, et permettre au personnel soignant d'optimiser le temps auprès du patient, un travail de révision des processus de travail sera organisé dans les unités de soins. Ce travail s'appuiera sur l'expérimentation, puis la généralisation après évaluation, de nouveaux métiers spécialisés dans la gestion des lits et des séjours, la coordination des parcours des

patients, l'organisation logistique, permettant ainsi de recentrer les soignants sur le soin. Cette dynamique sera aussi permise par la simplification et la dématérialisation des procédures, qui permettra également de recentrer l'encadrement soignant sur ses missions de proximité et de management des soins.

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

5. Promouvoir les coopérations entre professionnels

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

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

6. Mettre en place une cellule de gestion des talents

L'AP-HP, promoteur de talents, mettra en place une cellule pour détecter, valoriser et encourager les talents dans un parcours professionnel diversifié, à partir de la généralisation de l'entretien annuel.

Cette cellule sera destinée aux cadres soignants, administratifs et techniques, qui pourront bénéficier, en complément de revues annuelles des cadres, d'outils spécifiques de détection. Elle pourra concerner des médecins investis dans la vie hospitalière au plan clinique, au niveau de l'enseignement ou dans les organisations collectives. Il leur sera proposé des parcours carrière, intégrant notamment des mobilités à l'intérieur et à l'extérieur de l'AP-HP, afin d'éviter à terme leur départ de l'institution.

7. Guider les mobilités et sécuriser les parcours professionnels

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

A l'instar de la formation des techniciens d'information médicale (TIM) organisée en interne pour reconverter et professionnaliser des personnels à ces nouvelles fonctions, l'AP-HP devra développer des formations qualifiantes, garantes du développement professionnel et répondant à l'émergence de besoins nouveaux : gestionnaire de lit, gestionnaire de risques, gestionnaire de parcours patient, coordonnateur de bloc, etc.

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

8. Accompagner les personnels dans la seconde partie de carrière

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

L'AP-HP souhaite entreprendre une démarche de fond sur la seconde partie de carrière, en concertation avec les référents RH des GH, les

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

C. Améliorer la santé et la qualité de vie au travail

1. Renforcer le service de santé au travail

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

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

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

2. Réduire la pénibilité au travail

La dynamique de modernisation de l'AP-HP se doit d'intégrer dans chacun des projets, la mise en œuvre de facteurs favorables aux conditions d'exercice de ses professionnels. Cette approche globale doit tout autant concerner la gestion du temps de travail des

personnels médicaux et non médicaux dans les unités, avec l'objectif de stabiliser les plannings et assurer la prévisibilité des congés, que la qualité de l'aménagement des lieux de travail, la prise en compte de l'axe sécurité et prévention dans le choix des équipements de travail et de leur maintenance, mais aussi la mise en œuvre d'organisations de travail propres à favoriser la santé et la qualité de vie au travail. Une attention particulière sera faite à la réduction de la pénibilité des postes de travail postés, en particulier au bloc opératoire, comme une attention sera portée aux conditions de garde (chambre, repas) pour les professionnels assurant la permanence des soins.

3. Prévenir les risques psychosociaux

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

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

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

4. Privilégier les démarches participatives autour de la qualité de vie au travail

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

Les restitutions issues des espaces de dialogue peuvent fournir à l'encadrement des éléments

de réflexion sur d'une part, d'éventuelles évolutions de l'organisation du travail tournée vers une meilleure prise en charge des patients et d'autre part, sur le rôle et les moyens des équipes médico-soignantes.

Ces espaces de discussion ne doivent pas faire obstacle aux attributions des institutions représentatives du personnel ni au pouvoir hiérarchique de l'encadrement.

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

5. Intensifier l'effort de reclassement en cas d'inaptitude

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

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

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

6. Mobiliser les acteurs de prévention

La richesse de l'activité hospitalière a pour

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

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

7. Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail

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

8. Améliorer la gestion de l'absentéisme

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

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

L'AP-HP se positionne comme un employeur de référence par une application rigoureuse du statut de la fonction publique hospitalière. L'AP-HP poursuivra sa politique de renforcement des emplois permanents occupés par des personnels stagiaires et titulaires. Pour autant, lorsque la nature des fonctions l'impose ou n'est pas susceptible d'être remplie par un corps de fonctionnaires, certains emplois ont vocation à être sous contrat, - de préférence

à durée indéterminée - sachant que les emplois de missions et ceux liés à des crédits non pérennes ont vocation à être occupés par des personnels sous contrat à durée déterminée.

1. L'AP-HP, employeur exemplaire

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

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

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

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

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

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

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

L'AP-HP s'engage dans le développement

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

2. En termes de prestations crèches et logements

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

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

La politique de logement des personnels de l'AP-HP comporte des logements par nécessité absolue et utilité de service en contrepartie de gardes, et des logements pour les personnels en activité dans le cadre de conventions d'occupation ou de contrats avec clause de fonction. Cette politique se donne comme objectifs principaux d'attirer et de fidéliser les personnels concernés. Elle s'adresse

pour cela aux jeunes diplômés infirmiers ou paramédicaux en cours de recrutement sur des emplois sensibles et aux agents titulaires ou en contrats à durée indéterminée à titre de soutien social et professionnel. Elle repose sur un potentiel supérieur à 10 000 logements, dont la gestion est soit déconcentrée, soit concentrée.

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

Axe 4

Construire un projet financièrement responsable

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

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

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

L'équilibre de nos comptes passe par divers leviers. Le premier repose sur la croissance de l'activité en réponse aux besoins des territoires couverts ; toutefois, celle-ci n'a de sens qu'orchestrée et régulée, au vu de l'offre de soins présente dans nos territoires, tant en ville qu'en établissements d'une part ; au vu de la stratégie médicale et de la pertinence des actes d'autre part. Dans les territoires de la première couronne où les besoins sont importants et croissants, la recherche d'activité sera poursuivie en association avec les autres établissements et l'offre de ville. Les établissements du centre de Paris devront articuler leur stratégie d'activité les uns avec les autres, et ainsi tisser des coopérations permettant de privilégier l'AP-HP, au détriment des transferts à l'extérieur de l'AP-HP, que ce soit sur les activités cliniques ou médicotecniques, en programmé comme en non programmé. La stratégie d'activité sera

également pensée en tenant compte de nos ambitions médicales : outre notre activité de proximité pour le voisinage de chaque site, position forte sur les activités de recours, le cancer, la pédiatrie et la chirurgie ; stratégie d'adressage ciblé pour la médecine en lien avec la médecine de ville notamment.

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

Deuxième levier, les années 2015-2019 seront mises à profit pour faire valoir les missions de service public portées par l'AP-HP : les pertes régulières de financements sur la période du précédent plan stratégique (consécutives à l'existence de dotations historiques) n'ont pas à se poursuivre au vu des missions de service public aujourd'hui assumées par les sites hospitaliers. Il s'agira donc d'exiger la juste rémunération de ces dernières sur quelques segments forts : recherche, maladies rares et recours, dotations relatives à la psychiatrie et au SSR, permanence des soins, précarité, prise en charge des bactéries multi-résistantes, nutrition parentérale à domicile, compensation des missions de service public assurées par l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP.

Par ailleurs, l'AP-HP poursuivra son travail de transparence dans la réallocation des dotations entre les différents sites ; en particulier, les dotations annuelles de fonctionnement (DAF) relatives au SSR et à la psychiatrie seront chaque année allouées en fonction de critères partagés avec les collégiales et la CME, afin de s'assurer que les DAF soient bien dédiées à leur destination. Elle s'engagera aussi résolument

dans la préparation du passage au nouveau mode de tarification à l'activité des SSR en participant notamment à l'échelle nationale de coûts (ENC) afin d'assoir les tarifs sur des bases solides et fiables et mettre en avant l'expertise de ses activités de rééducation.

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

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

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

moindre coût aux marchés financiers et obligataires.

B. Accélérer la transformation de nos organisations

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

1. Rechercher la taille critique pour nos activités

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

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

La recherche de la taille critique peut enfin être vue sous l'angle de la spécialisation de l'offre, et l'AP-HP mènera à ce propos une réflexion sur la possible création de structures spécialisées de prise en charge, permettant, par un volume important d'activité, la définition et la mise en place de chemins cliniques et de protocoles thérapeutiques standardisés, source de qualité

de soins et d'efficacité organisationnelle, et attractif pour le grand public. L'expérimentation de telles structures pourrait permettre d'évaluer la pertinence et, au-delà, pourrait répondre à un double objectif : améliorer la qualité et combler une partie de l'écart avec les établissements privés qui, pour les grandes spécialités (chirurgie de la prothèse, diabète, thyroïde, par exemple) sont de fait organisées en « centres de maladies fréquentes ».

2. Mutualiser les capacités d'hospitalisation

À la lumière des travaux des collégiales, il apparaît que certaines disciplines médicales ont fortement converti leur prise en charge en hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour ou la consultation, diminuant fortement les besoins capacitaires en lits de certaines spécialités.

L'obtention de gains d'efficience suppose la fermeture de « groupes de lits » de taille significative : demi-unité de soins, unité de soins, étage, bâtiment, site.... La fermeture de deux tiers des lits dans une unité de 25 lits ne permet pas de réduire les moyens en personnels, alors qu'en comparaison, la fermeture d'une unité de 25 à 30 lits mobilisant deux agents par lit permet une économie de 2,5 à 3 M€.

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

3. Faire bouger nos schémas organisationnels interventionnels

Concernant les activités interventionnelles et pour privilégier le parcours du patient, l'AP-HP cherchera à développer des « plateaux interventionnels mutualisés », regroupant au sein d'un même lieu géographique et modulaire, toutes les activités interventionnelles (chirurgie, radiologie interventionnelle, cardiologie, etc.) qui nécessitent un plateau technique, des ressources humaines spécialisées, des besoins logistiques communs et un accès à l'expertise des anesthésistes. Si ce concept pourra être

mis en œuvre lors de création de structures neuves, les plateaux techniques existants devront être regroupés pour mutualiser les compétences et les investissements dans les équipements innovants au profit d'une taille critique d'activité. Les gains induits pourront permettre, par exemple, l'acquisition d'équipements plus innovants.

4. Poursuivre la réorganisation de la biologie l'AP-HP

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

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

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

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

Les commissions de juste prescription devraient permettre de rendre les prélèvements les plus pertinents possibles, les moins redondants et devraient ainsi en baisser les volumes. L'objectif pourra être de changer la répartition de l'activité de biologie en réduisant l'activité liée aux hospitalisations, en augmentant parallèlement l'activité liée aux consultations en lien avec la création de centre de prélèvements et en augmentant très significativement l'activité externe, en facilitant la logistique (pour l'acheminement des prélèvements) et le rendu dématérialisé des résultats.

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

5. Améliorer la logistique pharmaceutique

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

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

6. Optimiser les fonctions support administratives et logistiques

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

Il est nécessaire d'accélérer la réflexion pour améliorer l'organisation interne vers plus de qualité et d'efficacité : une comparaison

des pratiques doit permettre un alignement progressif sur les meilleures, tout comme l'utilisation de méthodes participatives, intégrant le patient, doit permettre d'améliorer nos organisations.

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

C. Une politique d'investissement remédiant aux poches de vétusté

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

1. Reconfigurer la cartographie des sites

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

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

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

L'autre enjeu, en matière d'investissement, est constitué par la nécessaire mise aux normes techniques des sites au sein desquels certains bâtiments peuvent être frappés d'interdiction d'exploitation, mais aussi la mise en place d'une maintenance régulière des sites plus récents pour éviter un vieillissement accéléré qui peut risquer de conduire à une interdiction d'exploitation. Cette garantie de sécurité fera l'objet d'une organisation humaine et financière adaptée, favorisée par le réseau des responsables sécurité incendie qui permet échange de connaissances et de compétences techniques.

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

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

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

- l'hôpital Raymond-Poincaré dont l'offre de soins est unique ;

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

2. Diminuer nos surfaces exploitées

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

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

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

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

3. Valoriser notre patrimoine

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

4. Améliorer la maîtrise énergétique de nos installations

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

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

D. L'innovation dans nos ressources

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

1. Participer à l'évolution des modèles de financement

Pour promouvoir une évolution des modèles de financement, il est important de passer par une phase d'expérimentation de nouvelles modalités de tarification : compte tenu de

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

2. Permettre l'assise juridique du mécénat et des fondations

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

3. Moderniser nos équipements en diversifiant les modalités de financement

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

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

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

Les équipes de l'AP-HP ont, de longue date, mené des projets de coopération Nord/

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

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

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

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

Depuis plusieurs années, l'AP-HP s'est engagée dans un partenariat constructif avec les services de la Direction spécialisée des Finances publiques (DSFP) permettant d'œuvrer à la simplification des procédures et à la mise en commun des données. Le logiciel commun NSI gestion est le témoin de ces avancées. Il s'agit aujourd'hui de poursuivre la rénovation des méthodes et des circuits, dans un souci commun de simplification et de

confiance. Le plan 2015-2019 sera à ce titre l'occasion de créer un véritable « infocentre », construit en partageant les bases de données de l'ordonnateur et du comptable, permettant ainsi d'éclairer la gestion.

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

Il s'agira d'adapter l'organisation aux besoins des patients, en décentralisant et en allégeant les procédures pour permettre le paiement simplifié des patients: expérimentation des encaissements par bornes libre-service, regroupement des relances, paiement par internet, échanges simplifiés par mail et sms.

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

2. Poursuivre l'optimisation du traitement des dépenses

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

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

A. Territoire

Développement des parcours de soins structurés
Évolution des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales, médecine de ville

B. Offre de soins

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

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

C. Qualité/Gestion des risques

Satisfaction des patients : enquête annuelle I.SATIS

Infections nosocomiales : incidence des infections nosocomiales BHRé épidémiques

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

EPP : évolution et qualité des EPP actives

Certification : indicateur de résultat V2014

Délai d'envoi des lettres de sortie

D. Recherche

Nombre de malades inclus dans les essais cliniques

Publications : évolution de points SIGAPS

Publications médico-économiques : évolution des publications

Évolution de la valorisation de la recherche

E. Performance de l'organisation

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

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

Durée moyenne de séjour : indice de performance MCO

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

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

HAD : évolution de l'activité

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

Codage : évolution du gisement potentiel de recettes

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

Impayés : réduction du taux de créances non imputées

Surfaces : évolution des surfaces disponibles uniquement dédiées aux activités hospitalières

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

F. Ressources humaines

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

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

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

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

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

Apprentissage : nombre d'agents dans le dispositif

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

Encadrement : évolution de la résorption des faisant-fonction

Handicap : taux de travailleurs handicapés

Annexe 2 : Liste des contributions institutionnelles

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

Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint-Georges

Centre hospitalier intercommunal de Créteil

Centre hospitalier du Sud-Francilien

Communauté hospitalière de territoire du 75

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

Conférence des directeurs généraux de CHU

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

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

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

Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency

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

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

Syndicat MG-France section Paris

Annexe 3 : Liste des auditions institutionnelles

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

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

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

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

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

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

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

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

Projet médical

Document rédigé par la Commission médicale d'établissement,
sous la direction du **Pr Loïc Capron, président de la CME,**

approuvé par la CME à l'unanimité le 10 juin 2014,
et par le Conseil de surveillance le 9 juillet 2014.

Principes et contexte

Le projet médical est le coeur du plan stratégique de l'AP-HP. Il doit être construit autour d'un objectif : améliorer sans relâche la qualité et la sécurité des soins (QSS), et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPCU). Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme ».

Divers impératifs sont à satisfaire :

- garantir le plus haut niveau d'excellence dans les trois missions que le centre hospitalouniversitaire
- préserver l'universalité de la mission hospitalière publique de soins au service de tous les patients, sans distinction d'âge, de diagnostic ni de statut économique – activités externe, court séjour MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), moyen séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) et long séjour en soins de longue durée (SLD) ; actes avec et sans rendezvous (programmés et non programmés), du trivial (activités dites de proximité) au très hautement spécialisé (activités dites de recours) ; de la conception à la mort ;
- admettre que l'AP-HP n'est pas exclusivement un établissement d'élite qui doit consacrer l'essentiel de ses réflexions et de son énergie aux missions de recours – nous assurons certes les deux tiers du recours en Île-de-France, mais il ne représentait, en 2013, que 6,2 % de notre activité MCO ; les critères que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) utilise pour définir le recours sont sans doute trop restrictifs, mais la trivialité et la proximité font notre quotidien ; sans elles nous ne pourrions pas exécuter pleinement nos missions de formation et de service au public ;
- réserver les moyens lourds de l'hôpital, soignants et techniques, aux cas qui les justifient – ce qui pose la question de notre place légitime dans les approches plus légères, comme le dépistage et la prévention, mieux adaptées aux missions de ville, mais où nous devons continuer, grâce à des coopérations bien partagées, à jouer notre rôle, qui consiste à innover, organiser et évaluer ;
- s'adapter aux nouveaux modes de prise en charge – les progrès techniques permettent de convertir un nombre croissant d'hospitalisations complètes en soins ambulatoires (consultations, hospitalisations de jour [HdJ]) ; mais sans perdre de vue que l'hôpital entièrement ambulatoire est autant un oxymore qu'une utopie ;
- prendre en compte la géographie et la démographie de l'Île-de-France pour doter plus équitablement notre périphérie (petite couronne) par rapport au centre (Paris), en trouvant le bon équilibre entre les malades qui se déplacent vers l'hôpital, et l'hôpital implanté là où vivent les malades ;

- toujours plus ouvrir l'AP-HP sur son environnement, au travers de coopérations moins crispées et mieux organisées avec la médecine de ville et avec les autres établissements hospitaliers de la région, dans un esprit de complémentarité plutôt que de concurrence ;
- favoriser sans relâche notre rayonnement international en accueillant des patients et surtout des médecins en formation, en exportant notre savoir-faire, en contribuant aux progrès mondiaux du savoir soignant ;
- maîtriser nos rivalités internes, dispendieuses et devenues plus rudes depuis la création des 12 groupes hospitaliers (GH), en nous réorganisant pour cultiver entre nous les coopérations et l'émulation, qui sont des processus vertueux car ils améliorent la prise en charge des malades et la satisfaction des soignants ; en dépit du gigantisme de l'AP-HP, dont on lui fait parfois grief, notre union doit rester notre force ;
- préserver et accroître notre plasticité, cette intelligence collective qui nous permet d'accompagner les progrès médicaux liés à des découvertes diagnostiques ou thérapeutiques, parfois révolutionnaires, qui peuvent modifier radicalement les pratiques en un court espace de temps, souvent inférieur aux cinq années de notre plan stratégique ; lors des précédents plans, par exemple, les transformations radicales du pronostic et du traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont profondément modifié les missions des services de maladies infectieuses ;
- protéger notre capital le plus précieux qui est la très haute technicité de nos personnels soignants – dissuader de partir celles et ceux que nous avons formés et attirer toujours plus de jeunes ; car on trouve chez nous un épanouissement personnel plus attirant que ce qui existe dans d'autres structures de soins, même si les salaires ne jouent pas en notre faveur ; cela est particulièrement crucial dans certaines spécialités dont les rangs se trouvent temporairement clairsemés (anesthésie, radiologie, urgences, pédiatrie) ;
- accepter et accompagner les choix budgétaires maintenant notre capacité d'investissement à un niveau qui permette d'entretenir et de moderniser nos équipements et nos bâtiments.

Le principal défi de ce projet est de devoir l'accomplir dans un contexte économique national qui impose au secteur public des efforts budgétaires sans précédent, et qui n'épargneront pas l'hôpital. La solution ne consiste pas à soigner pareil en dépensant moins ; elle consiste à coûter moins cher en soignant aussi bien, voire mieux, mais autrement. Autrement veut dire :

- éviter les hospitalisations inutiles en privilégiant les soins externes et les coopérations avec la médecine de ville – l'hôpital est un partenaire et non un concurrent de la médecine de ville ;
- choisir toujours la solution hospitalière la moins coûteuse, sans dégrader la QSS ;

- adapter les moyens mis en oeuvre aux besoins objectifs des patients, et non l'inverse ; autrement dit et par exemple, voir plus d'intérêt à trouver un lit pour un malade, qu'à chercher des malades pour remplir des lits ; sortir du modèle absurde, car contraire aux intérêts publics de santé, qui veut toujours accroître l'activité de l'hôpital.

Nous faisons face à une révolution des mentalités hospitalières : s'il l'a jamais été, l'« hospitalocentrisme » n'est plus le modèle à convoiter ; l'heure est à la parcimonie, l'hôpital doit trouver sa juste place dans l'organisation des soins, qui est celle d'un système puissant mais coûteux, dont il faut réserver les recours aux cas les plus lourds, que la raison en soit médicale ou sociale.

Le nombre des lits d'hospitalisation va nécessairement diminuer. De nombreuses activités hospitalières vont se faire sans alitement. Les métiers soignants et les formations qui y préparent vont s'adapter à d'autres pratiques. Les tarifs de l'Assurance maladie vont nous y contraindre ; mais ils devront aussi permettre aux CHU d'équilibrer leur budget sous ce nouveau régime, avec un maintien de dotations spécifiques à la hauteur des missions d'intérêt général (MIG) qu'ils assurent.

En tant que CHU, l'AP-HP ne doit pas voir cette mutation comme une menace de stagnation, voire de régression ; mais au contraire, la tenir pour une exceptionnelle occasion d'exercer son génie inventif, de mettre à profit ses capacités de recherche pour construire l'hôpital dont un État soucieux de maîtriser ses dépenses publiques a désormais besoin. Préparons intelligemment notre manière de travailler autrement.

Qualité et sécurité des soins & Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Le programme d'action Qualité et sécurité des soins & Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) de l'AP-HP concerne neuf domaines :

1. événements indésirables graves,
2. développement professionnel continu,
3. certification des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux,
4. infections associées aux soins,
5. promotion des bonnes pratiques soignantes,
6. prise en charge médicamenteuse,
7. troubles nutritionnels,
8. douleur et soins palliatifs,
9. satisfaction et participation des usagers.

Tous doivent mobiliser les énergies ; mais hormis les soins palliatifs qui font le sujet du paragraphe suivant, cinq domaines méritent d'être mis en exergue dans notre projet médical, en raison de leur nouveauté ou de leur poids dans la sécurité des soins.

- En étant soigneusement analysés, les événements indésirables graves (ÉIG) fournissent des occasions irremplaçables de faire avancer la QSS. Ils doivent être déclarés à l'échelon central, de manière que leurs enseignements diffusent à l'ensemble de l'AP-HP. Il est inacceptable que le nombre de déclarations annuelles au Siège n'ait été que de 23 en 2013, alors que les recensements sont nettement plus exhaustifs au niveau des GH. L'objectif est de multiplier ce chiffre par dix sur la durée du plan, essentiellement en améliorant les connexions entre les GH et le Siège pour ces déclarations.
- Les accidents liés aux médicaments tiennent le premier rang dans les ÉIG liés aux soins. La sécurité de la chaîne complète, allant de la prescription à la prise du médicament par le malade, doit être constamment renforcée en combinant les énergies des médecins, pharmaciens et paramédicaux.
- Les infections nosocomiales et la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques

doivent être une préoccupation permanente des équipes soignantes. Il faut promouvoir sans relâche la lutte contre les risques bactériens : amélioration de l'hygiène hospitalière, prescription raisonnée des antibiotiques, contrôle des infections du site opératoire.

- Mis en place en 2013, le développement professionnel continu (DPC) devrait prendre son entière expansion dans la durée du plan. L'AP-HP est prête à pleinement jouer son rôle d'organisme de DPC, en facilitant les obligations d'évaluation et de formation que doivent satisfaire chaque année ses médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes. Il conviendra en outre de proposer des formations interdisciplinaires et interprofessionnelles, en particulier médico-paramédicales.
- Les usagers prennent une place croissante dans l'organisation et dans le fonctionnement de nos hôpitaux, comme partenaires de soins, dans l'esprit de la démocratie sanitaire. Les efforts porteront spécialement sur le développement d'une dynamique d'hospitalité à l'AP-HP, dans la ligne des réflexions que la CME a engagées sur ce sujet.

Soins palliatifs et fin de vie

Deux objectifs sont retenus pour la durée du plan :

1. généraliser l'application de la loi du 22 avril 2005 (loi Léonetti) dans nos hôpitaux, notamment en incitant les patients à formuler des directives de fin de vie, et en mettant en œuvre tous les moyens disponibles (informatiques en particulier) pour qu'elles soient fidèlement exécutées ;
2. améliorer les prises en charge des patients en lits identifiés de soins palliatifs (LISP) en élaborant des critères d'admission communs à toute l'AP-HP ; sans toutefois exonérer les autres équipes soignantes des soins aux mourants – ce qui impose une vigilance particulière dans leur formation et dans leur encadrement.

Gouvernance et réorganisations hospitalières

Le précédent plan stratégique a mis en place les groupes hospitaliers et la 2^{ème} génération des

pôles. Ce nouveau mode de gouvernance s'est rodé, mais doit encore évoluer.

- L'organisation des hôpitaux a été profondément modifiée par la mise en place des pôles : les services restent les unités de référence pour les soins, l'enseignement et la recherche, mais la participation des chefs de service dans le fonctionnement des pôles et des GH est à renforcer ; nombre d'entre eux vivent le fonctionnement en pôle comme un éloignement des prises de décisions et comme une perte de responsabilités et d'implication ; l'encadrement infirmier des services s'est trop longtemps délité, il est à renforcer.
- La contribution des pôles à la gouvernance des GH doit être partout harmonisée, et développée vers une plus grande participation à la concertation et aux décisions.
- La délégation de gestion des moyens reste à construire dans les pôles.
- Certains équilibres entre les gouvernances centrale (direction générale et CME) et périphériques (directions des GH et CME locales) sont à affiner ; les concurrences délétères entre les budgets et les projets médicaux des GH réclament des arbitrages centraux concertés et bien organisés.
- Les sept facultés de médecine ont parfaitement intégré la répartition en GH, avec parfois la tentation au repli sur soi-même, en ignorant les enjeux et difficultés des GH voisins.
- La direction générale et la CME doivent renforcer les échanges qui favorisent la cohésion de l'AP-HP en permettant à ses composantes de mieux se connaître et se comprendre, dans l'intérêt des malades et des soignants. Dans la durée du plan, certains rapprochements de GH pourront être mis en discussion, notamment au sein des trois facultés du centre de Paris (Paris 5, 6 et 7) : les avantages et inconvénients devront en être soigneusement pesés, en prenant bien en compte l'unité de l'AP-HP et ses équilibres globaux.

L'Hôtel-Dieu est l'hôpital de l'AP-HP dont l'avenir doit être décidé et le nouveau projet réalisé au cours des cinq prochaines années. Il se situe à présent entre :

- le grand hôpital MCO qu'il a été,
- et l'hôpital pluri-universitaire qu'il peut

devenir, entièrement tourné vers les soins ambulatoires (consultations et plateau technique), l'hospitalisation à domicile (HàD), la recherche en santé publique et l'enseignement.

Ce dessein peut intéresser la communauté médicale, mais en insistant sur la création d'une structure financièrement équilibrée, et dans ses investissements et dans son fonctionnement ; ce qui est tout spécialement requis dans le contexte des restrictions budgétaires. Si cette exigence ne peut être satisfaite, il faudra examiner d'autres solutions.

D'autres projets sont à établir dans la durée du plan :

- l'hôpital Raymond-Poincaré (Garches, Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest),
- l'hôpital Charles Richet (Villiers-le-Bel, Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine),
- l'hôpital Nord qui combine les projets de Lariboisière, et de Bichat et Beaujon.

En attendant les inaugurations, il convient absolument de permettre aux sites de poursuivre et développer leurs activités dans de bonnes conditions, pour éviter la dispersion de leurs équipes médicales et garantir une qualité constante de soins aux malades qu'elles continuent à prendre en charge.

Informatique et communication

Le plus tôt possible et au maximum dans la durée du projet, l'AP-HP doit absolument mener à bien l'informatisation complète et standardisée de ses dossiers médicaux à l'aide du système ORBIS, choisi en 2008, qui se développe et se déploie dans nos hôpitaux depuis septembre 2011.

Une fois entièrement mis en place (au plus tard à la fin 2019), ce dispositif contribuera puissamment à la QSS & CAPCU, notamment en :

- unifiant les procédures de recueil et d'échange d'informations sur les patients ;
- raisonnant les prescriptions de médicaments et d'examen complémentaires ;
- garantissant le plus haut niveau de sécurité et de confidentialité d'accès aux données ;
- facilitant nos ouvertures sur nos territoires de santé (échanges avec la ville et les autres

établissements de soins grâce en particulier à la télémédecine) ;

- améliorant la qualité des comptes rendus et accélérant leur production, pour mieux garantir la continuité des soins tout au long des circuits suivis par les patients.

ORBIS doit aussi :

- faciliter le codage et la facturation des actes,
- augmenter nos capacités de recherche clinique par le partage et l'exploitation de nos bases de données.

L'informatique (logiciel, bases de données et infrastructures) doit faire l'objet d'évaluations régulières, car elle devient une partie intégrante de nos hôpitaux et des soins qu'on y prodigue quotidiennement.

Le portail internet de l'AP-HP entièrement rénové doit rendre plus facile et plus efficace l'accès du grand public à notre offre de soins : localisation des services, noms des médecins, numéros de téléphone, adresses électroniques, prises de rendez-vous, etc.

Recherche

L'AP-HP, CHU d'Île-de-France, doit favoriser la participation de tous ses praticiens et même de tous ses soignants aux progrès de la médecine, c'est-à-dire à la recherche clinique. L'appartenance de nombreux praticiens aux universités et leurs liens avec les organismes de recherche (en particulier l'INSERM) facilitent cette mission et lui donnent un haut niveau de priorité. Ces aspects sont détaillés ailleurs dans le plan stratégique. Quelques-uns méritent ici un court développement.

- Le financement de la recherche clinique est un enjeu prioritaire, et plus spécifiquement, la part que doit y prendre l'AP-HP : notre production (publications, brevets, inclusions dans les essais) engendre des financements MER-RI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) ; pour apaiser le sentiment d'injustice qui est souvent ressenti, une réflexion de fond est à mener sur la part de cette somme qui doit être réinvestie dans la recherche hospitalière, sous quelle forme et selon quelle répartition (dans et en dehors de

l'enveloppe destinée au financement des départements hospitalo-universitaires -DHU-).

- Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD), qui appartient à la direction des organisations médicales et des relations avec les universités (DOMU), coordonne les activités des 12 unités de recherche clinique (URC), une par GH. Une enquête récente de la CME a mis au jour les critiques des médecins-chercheurs, dont certaines peuvent trouver une solution dans la réorganisation du DRCD, en précisant bien la manière dont les médecins participeront à son pilotage central. Ce plan doit aussi confirmer la relance du comité d'évaluation et de diffusion des innovations techniques (CEDIT).
- Sur le modèle de ce qui a été accompli à l'échelle nationale dans le domaine des maladies rares, notre taille doit être mise à profit pour partager les ressources de nos hôpitaux, en dépassant les limites de nos GH et de nos facultés, en vue de rassembler des cohortes de grande taille propices aux recherches cliniques sur les maladies communes. Avec l'appui du DRCD, les collégiales de spécialistes pourront y jouer un rôle déterminant.
- Sur bien des thématiques, l'ensemble des ressources franciliennes forme un potentiel considérable, mais souffre de dispersion. L'AP-HP a vocation à fédérer les acteurs régionaux de la recherche, comme l'illustre l'implantation de trois instituts hospitalo-universitaires (IHU) dans ses murs ; ou encore sa participation à GEROND'IF, pôle régional d'excellence en gériatrie et gérontologie pour développer la recherche, en lien étroit avec la valorisation industrielle, l'enseignement et les pratiques innovantes.
- Pour accompagner notre évolution vers d'autres pratiques hospitalières, nos recherches doivent davantage s'aventurer en dehors des thématiques dominantes, diagnostiques et thérapeutiques, pour porter attention à l'organisation et à l'économie des soins, ainsi qu'à la part active qu'y prennent désormais et de plus en plus les usagers (patients et leurs proches).

Spécialités cliniques

Chaque collégiale de spécialité a mené une réflexion stratégique spécifique. Étant donné la richesse de ces travaux préparatoires, il est impossible d'en faire un état détaillé dans un projet d'ensemble. Ils sont disponibles en annexe. Ce chapitre du projet médical dégage seulement les grandes lignes d'action générale, avec quelques plongées sur des secteurs spécifiques qui feront l'objet de programmes particuliers.

L'enjeu commun à toutes les spécialités cliniques est d'accroître le transfert d'activité vers l'ambulatoire ; ce qui mène à réduire proportionnellement le nombre de lits d'HC. En outre, les exigences techniques de plus en plus pointues et le besoin de faire étroitement coopérer plusieurs compétences médico-chirurgicales incitent aux regroupements en centres dits lourds, notamment dans des domaines comme la cardiologie, les neurosciences, la polytraumatologie, l'ophtalmologie, le handicap, ou les transplantations d'organe. En concertation avec l'agence régionale de santé (ARS), qui décerne les autorisations d'activité, les instances centrales de l'AP-HP doivent coordonner les réflexions dans ce domaine, en vue :

- de décider la meilleure répartition territoriale de ces centres, compte tenu de l'état présent des lieux, mais aussi et surtout des besoins de la population et des coopérations avec les autres établissements du territoire de santé ;
- d'établir des critères pour le maintien des structures de moindre taille en définissant les missions qui leur incombent, notamment dans des spécialités comme la cardiologie ou l'ophtalmologie ;
- d'anticiper, dans toute la mesure du possible, sur les évolutions thérapeutiques ; avec par exemple, une vigilance toute particulière sur la place de la neuroradiologie interventionnelle dans le traitement de l'ischémie cérébrale.

Spécialités médicales

Court séjour

La définition actuelle des quelques 30 spécialités médicales dans nos hôpitaux repose probablement trop sur des notions de locaux, de lits et de personnels dédiés. L'idée

générale consiste à mettre en commun ce qui peut raisonnablement l'être :

- chaque hôpital doit entamer une réflexion sur le partage des hospitalisations de jour (HdJ) et des consultations entre plusieurs services ;
- chaque spécialité doit examiner avec attention la possibilité de partager avec d'autres lits d'HC, au sein d'une unité médicale polyvalente ; sur le modèle de ce qui s'est toujours fait pour la réanimation (avec quelques exceptions pour les réanimations spécialisées).

Ces deux grandes évolutions doivent faire l'objet d'incitations et d'un accompagnement institutionnels, avec des aides financières et organisationnelles. Le respect des compétences soignantes et académiques (enseignement et recherche) doit être garanti, mais sans devenir bloquant. Aucune spécialité médicale ne doit s'exclure de cette introspection. Lancée en 2015, la réflexion doit aboutir à des réorganisations durant les quatre dernières années du plan stratégique.

Les services qui se crispent sur les anciens modèles risqueront d'être confrontés à de nouveaux modes de tarification et de contrôles qui ne leur permettront plus de fonctionner convenablement. Chaque hôpital doit en outre disposer de lits de surveillance continue, médicale et chirurgicale, situés à proximité des réanimations médicales et chirurgicales et des unités d'hospitalisation de courte durée : ces secteurs hospitaliers doivent rassembler médecins et paramédicaux en nombre suffisant pour assurer permanence et continuité des soins.

Les lits d'hospitalisation sont à bien distinguer des plateaux techniques lourds (endoscopie, cathétérisme, blocs opératoires, etc.) qui doivent garder toute leur individualité pour maintenir nos compétences de diagnostic, l'innovation et de formation dans certaines spécialités telles que cardiologie, chirurgie robotisée, hépato-gastro-entérologie, pneumologie où la concurrence est vive avec le secteur privé.

Soins de suite et de réadaptation (SSR)

- Nos SSR se situent en majorité dans des hôpitaux gériatriques où ils assurent la

fonction indispensable d'aval des services de MCO (ou de 2ème aval des urgences, v. infra). Depuis quelques années déjà, ces unités tendent à se spécialiser : psychogériatrie, oncogériatrie, cardiogériatrie, etc. ; ce qui peut créer des filières orientées de recrutement aux dépens des SSR gériatriques polyvalents, principalement ouverts aux missions d'aval. Il est nécessaire de faire un point précis sur les SSR gériatriques pour évaluer les besoins des GH et trouver le meilleur équilibre entre la polyvalence et les spécialités. En favorisant les coopérations entre GH, cette étude pourra aussi atténuer la tendance des GH à se refermer sur eux-mêmes en s'accordant une excessive priorité d'accès à leurs SSR gériatriques. Il conviendra ainsi de mieux équilibrer la disponibilité des lits de SSR entre le nord et le sud de l'AP-HP, en surveillant les progrès sur des indicateurs fiables.

- Les SSR non gériatriques sont bien moins nombreux, essentiellement consacrés à la médecine physique et réadaptation (MPR).

Diverses spécialités réclament l'ouverture ou l'augmentation d'autres SSR pour adultes : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, cancérologie, réanimation, bariatrie, etc. L'objectif est de diminuer la durée de séjour en MCO, mais les besoins doivent être soigneusement recensés avant de décider des créations.

Dans tous les cas le financement des SSR ne repose pas sur la tarification des séjours, mais sur une dotation annuelle de financement (DAF) : enveloppe fermée dont l'ARS fixe le montant, sans rien pouvoir créer autrement qu'en redistribuant les ressources ; en somme, les SSR innovants, malgré leur utilité clinique, ne peuvent se développer qu'aux dépens des SSR existants (essentiellement gériatrie et MPR). Si nous voulons dynamiser le secteur MCO adultes en y réduisant les durées de séjour, nous devons trouver avec l'ARS les moyens de sortir de l'équation contrainte du SSR.

Soins de longue durée (SLD)

Entièrement gériatriques (à de rares exceptions près), les SLD appartiennent au secteur médical : ils ne doivent recevoir que des sujets âgés malades requérant des soins

hospitaliers quotidiens, ne relevant pas ou plus du secteur médico-social (aide au maintien à domicile, maison de retraite, ÉHPAD [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes]). Le programme détaillé d'humanisation de nos SLD, établi avec l'ARS, doit être appliqué sur la durée du plan. Il aboutira à un rééquilibrage des lits de SLD au profit de Paris et de la petite couronne.

Le SLD gériatrique est un secteur très éprouvant pour les personnels soignants : prévalence très élevée des démences profondes chez les malades, longue durée des séjours, sans autre perspective que le décès, etc. Il est difficile d'y assurer toujours et partout un haut niveau de QSS. L'AP-HP poursuivra la réflexion multidisciplinaire (médecins, paramédicaux, usagers, directeurs) qu'elle a engagée sur le sujet en 2014.

La question des SLD non gériatriques doit aussi trouver des solutions dans la durée du plan, comme c'est évoqué plus loin.

Pédiatrie

Pendant la durée du plan, le nombre des enfants continuera d'augmenter en Île-de-France, tandis que celui des pédiatres, en particulier libéraux, diminuera. La demande de soins hospitaliers va croître dans toutes ses modalités. Le CHU doit donc s'organiser pour assurer sa double mission de proximité et de recours :

- coopérations plus étroites avec la ville et avec les autres structures pédiatriques de la région ;
- réflexion d'ensemble, comme pour les adultes, sur les volumes respectifs des unités hospitalières polyvalentes et spécialisées, programmées et non programmées ;
- appui sur des plateaux techniques de plus en plus spécialisés et répondant aux exigences de la médecine des enfants.

Spécialités chirurgicales

L'effort doit continuer à porter sur la chirurgie ambulatoire pratiquée dans des structures dédiées, partagées entre plusieurs spécialités. La plupart des GH ont déjà bien avancé dans cette direction. Ils doivent tous être incités et encouragés à progresser sur ce cap.

Outre cet impératif de tout premier plan, la chirurgie dans son ensemble fait face à

plusieurs enjeux :

- assurer un meilleur accueil des patients (délais d'attente, secrétariat, hôtellerie, etc.), notamment dans les activités qui sont soumises à une forte concurrence des autres établissements de soins ;
- favoriser les activités de très haute technicité dont le CHU détient l'exclusivité quasi complète, telles que les transplantations d'organes - avec en particulier, la répartition optimale des sites chirurgicaux équipés pour les pratiquer, l'organisation des centres de prélèvements, la gestion des listes d'attente ou la surveillance au long cours des patients greffés ;
- disposer d'un nombre suffisant d'anesthésistes pour assurer l'activité ; question spécifiquement envisagée plus bas, mais où la meilleure organisation des blocs et des tableaux opératoires tient une part non négligeable ;
- acquérir les équipements qui permettent d'innover, mais aussi de former et de retenir les jeunes (quand le secteur privé lucratif commence à offrir des stages aux internes) ; tout en gardant l'esprit hospitalo-universitaire qui exige l'évaluation des techniques et des instruments avant leur diffusion ;
- maintenir une médecine périopératoire qui garantisse la QSS à tous les malades ; cette fonction incombe toujours aux anesthésistes qui, malgré leur nombre actuellement réduit, devront continuer de s'investir, avec d'autres, dans cette activité pour en assurer la pérennité ; une réflexion sera menée sur la prise en charge médicale des malades chirurgicaux ;
- garantir l'avenir et la modernisation de l'école de chirurgie des hôpitaux qui permette la formation initiale et continue de nos opérateurs, ainsi que l'essor continu de notre recherche chirurgicale.

Filière des urgences

Environ 20 % des adultes qui consultent dans les services d'accueil des urgences (SAU) sont hospitalisés. Les SAU engendrent ainsi autour d'un tiers des HC en MCO à l'AP-HP, ce qui représente la plus grande partie des hospitalisations dites non programmées. Bien que régulier et prévisible, cet afflux est une source récurrente de soucis : temps d'attente

excessifs aux urgences, saturation des plateaux techniques ralentissant l'obtention des résultats d'examen complémentaires, surmenage des personnels, difficultés à trouver un lit dans l'hôpital. Le transfert des malades vers d'autres établissements détériore souvent la qualité, voire la sécurité des soins, et représente toujours une perte d'activité pour nos hôpitaux.

Les efforts doivent être poursuivis dans cinq directions principales :

- créer des consultations hospitalières sans rendez-vous permettant, après premier tri, de prendre en charge les patients qui n'ont pas besoin des ressources diagnostiques et thérapeutiques du SAU ; quelques sites ont créé des systèmes de ce type, mais avec des avis encore mitigés sur leur efficacité ; ce devrait être le sens de la grande consultation de médecine générale du centre de Paris qu'il est envisagé de créer à l'Hôtel-Dieu ;
- favoriser les circuits courts de prise en charge au SAU ;
- améliorer de manière continue l'architecture, les équipements et la dotation en personnel soignant des SAU ; mais avec pour principale limite, les difficultés actuelles de recrutement des personnels médicaux dans les SAU ;
- en chirurgie, dédier un nombre suffisant de vacations de bloc opératoire aux urgences ;
- inciter l'ensemble de l'hôpital à tenir les hospitalisations non programmées, en aval du SAU, pour l'une de ses priorités :
 - en diminuant la durée de séjour dans les services largement ouverts à l'aval des urgences (médecine interne, gériatrie aiguë, réanimation, orthopédie notamment),
 - en dédiant prioritairement à l'aval (avec ou sans mutualisation) les lits que le transfert vers les activités ambulatoires aura libérés.

Cancer

Lors du précédent plan stratégique, le comité opérationnel cancer (COC) a mis en place une organisation de nos activités cancérologiques en centres experts, centres intégrés et centres spécialisés. Un projet cancer spécifique de l'AP-HP est annexé à ce projet médical. Son

objectif essentiel est le regroupement des centres définis par le COC en trois blocs ou clusters :

- **sud-ouest** (Hôpitaux universitaires Paris Ouest, Hôpitaux universitaires Paris Centre, Hôpitaux universitaires Paris Sud et Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest),
- **nord** (GH Lariboisière-Saint-Louis, Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine, Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis),
- **sud-est** (GH Pitié-Salpêtrière et Charles-Foix, Hôpitaux universitaires Paris Est parisien, Henri-Mondor) ;
- auxquels s'ajouteront les activités onco-pédiatriques de Robert-Debré, Armand-Trousseau et Necker-Enfants malades.

Cette organisation doit améliorer l'accueil et le parcours des patients, ainsi que les coopérations avec les autres établissements de soins d'Île-de-France. Elle devrait aussi favoriser la recherche (clinique et translationnelle) en facilitant la création et le suivi de cohortes, sans cloisons hermétiques entre les clusters. Il conviendra en particulier de respecter les affinités universitaires qu'ont déjà créées les communautés universitaires d'établissements (COMUE qui se sont substituées aux PRES, pôles de recherche et d'enseignement supérieur) ; notamment pour la COMUE Sorbonne Paris Cité qui groupe les universités Paris 5 Descartes, Paris 7 Diderot et Paris 13 Nord, soit des entités qui vont se répartir entre les clusters oncologiques Sud-Ouest et Nord.

En matière de cancer, il est spécialement crucial que l'AP-HP préserve son universalité, restant ouverte à tous les malades à tous les stades de leur maladie, en incluant leurs autres fragilités, tant médicales que sociales.

Obstétrique

Les 13 maternités de l'AP-HP se répartissent en :

- 4 de type IIA avec médecine néonatale (Beaujon, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Tenon),
- 2 de type IIB avec médecine et soins intensifs néonataux (Bichat, Jean-Verdier),
- 7 de type III avec médecine, soins intensifs et réanimation néonataux (Antoine-Béclère, Bicêtre, Louis-Mourier, Cochin, Necker-Enfants malades, Armand-Trousseau, Robert-Debré).

Trois d'entre elles (Beaujon, Pitié-Salpêtrière et Tenon) doivent impérativement et rapidement bénéficier de travaux pour améliorer les conditions d'accueil et l'activité.

L'organisation des réseaux obstétricaux ville-hôpital doit permettre de réduire encore les durées de séjour sans affecter la QSS.

Conformément aux directives ministérielles du 10 avril 2014, l'AP-HP doit mieux intégrer les sages-femmes aux personnels médicaux, avec notamment la nomination d'un référent spécifique au sein des ressources humaines médicales, et le respect des préconisations touchant au statut médical des sages-femmes.

La création d'unités de surveillance des grossesses physiologiques, placées sous la responsabilité de sages-femmes, pose de délicates questions liées à l'imprévisibilité des frontières entre le normal et le pathologique. Obstétriciens et sages-femmes devront réfléchir à créer ensemble une « filière hospitalière » de la grossesse et de l'accouchement dits physiologiques ou à faible risque. Ce parcours de soins, placé sous la responsabilité des sages-femmes, semble mieux adapté que la création de secteurs physiquement séparés au sein des maternités.

Anesthésie-réanimation

La spécialité couvre divers domaines : anesthésie, réanimation chirurgicale, médecine d'urgence hospitalière et préhospitalière, médecine de la douleur, médecine péri-opératoire. Le déficit de praticiens qui la caractérise depuis plusieurs années devrait commencer à se résorber durant ce plan stratégique.

La concurrence des autres établissements de soins, qu'elle touche au salaire ou aux conditions de travail, continue à affecter le recrutement des anesthésistes à l'AP-HP, ce qui retentit sur le nombre et l'organisation des interventions requérant une anesthésie : chirurgie, endoscopie, etc. Une réflexion menée par la CME en 2012 a dégagé des recommandations touchant essentiellement aux échelons salariaux, mais elles sont encore loin d'avoir pallié le manque de praticiens. Il convient impérativement de poursuivre la réflexion en explorant des pistes telles que : le respect des horaires de travail des praticiens fixés par la loi et les règlements ; la meilleure organisation des plateaux techniques (chartes de bloc)

qui améliore les conditions de travail ; les statuts à temps partiel ; le respect des demi-journées consacrées aux activités d'intérêt général (recherche, formation, enseignement, etc.).

Psychiatrie

L'AP-HP est un acteur majeur de la psychiatrie en Île-de-France :

- avec 50 000 passages annuels, elle assure le tiers des urgences psychiatriques régionales ;
- elle dispose de 632 lits MCO (dont 84 de pédopsychiatrie, ce qui est insuffisant) et 209 places d'HdJ, dont le mode de financement repose sur une DAF distincte de celle des SSR (v. supra) ;
- elle contribue au secteur psychiatrique dans quatre hôpitaux situés hors de Paris (Corentin-Celton, Albert-Chenevier, Louis-Mourier et Paul-Brousse) et a la responsabilité de quatre inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Le projet psychiatrique insiste notamment sur :

- la création de 6 centres renforcés d'accueil des urgences psychiatriques ;
- la structuration et le développement de la psychiatrie de liaison et des filières pour les soins spécifiques (périnatalité, sujet âgé, addictologie) ;
- une augmentation des ressources consacrées au dépistage et à la prévention des maladies mentales ;
- une organisation des soins en filières privilégiant les modalités ambulatoires, en plus étroite collaboration avec la médecine de ville.

Fédération du polyhandicap et du multi-handicap

Créée en 2008, la fédération du polyhandicap et du multihandicap (selon qu'existe ou non une déficience mentale profonde) réunit les soignants de nos quatre hôpitaux spécialisés : Hendaye (Pyrénées-Atlantiques), San-Salvador (Hyères, Var), Berck (Pas-de-Calais, rattaché au HUPIFO) et La Roche-Guyon (Val-d'Oise, rattaché au HUEP). Tous contribuent pour une part non négligeable aux parcours de patients venus de nos hôpitaux. Le polyhandicap est sorti de son isolement, mais il reste beaucoup à faire pour :

- poursuivre la modernisation et l'humanisation de ces sites ;
- accroître leurs liens avec les autres hôpitaux

de l'AP-HP autour de thèmes comme vieillissement et polyhandicap, polyhandicap et maladies rares, ou maladies graves et évoluées du système nerveux, chez les adultes et les enfants, avec ou sans ventilation mécanique ;

- fédérer les sites autour de projets médicaux partagés d'organisation des soins et de recherche, en dépit de leur éloignement géographique et de leur hétérogénéité médicoadministrative.

Un rapport annuel d'activité de la fédération devra être présenté à la CME.

Odontologie

L'activité odontologique hospitalo-universitaire est exclusivement ambulatoire et totalise un nombre élevé d'actes (182 000 en 2012) dans les six hôpitaux où elle est implantée : Albert-Chenevier, Louis-Mourier, Bretonneau, Charles-Foix, Rothschild et Pitié-Salpêtrière (où sont assurées les urgences). Il convient de mettre en oeuvre les préconisations contenues dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) paru en mai 2013, et tout particulièrement :

- uniformiser le codage et la facturation des actes ;
- transférer le service d'Albert-Chenevier à Henri-Mondor dans des locaux neufs, et mettre en conformité les services de Louis-Mourier et de Pitié-Salpêtrière ;
- harmoniser les statuts des personnels médicaux avec ceux des autres disciplines, en augmentant le nombre des praticiens hospitaliers et des hospitalo-universitaires à temps plein.

Spécialités paracliniques

Des examens complémentaires de très haute qualité sont l'un des atouts majeurs de l'AP-HP : ils font partie de nos activités de recours et d'expertise, s'intègrent au parcours des patients que nous soignons, alimentent une part élevée de nos publications scientifiques et contribuent largement aux progrès diagnostiques et thérapeutiques (imagerie interventionnelle). Nous devons non seulement les préserver, mais les développer en assurant la mise à niveau permanente du matériel et en affrontant le défaut de personnel médical qui frappe certaines disciplines (imagerie et anatomie pathologique notamment). Cela mène à l'alternative entre :

- regrouper en plateformes couvrant les besoins d'un, voire plusieurs GH,
- recourir à des prestataires extérieurs (externalisation dont les implications financières sont toujours à soigneusement peser).

Les impératifs académiques sont aussi à bien prendre en considération : pour assurer son enseignement et sa recherche, chaque faculté désire légitimement disposer dans ses hôpitaux de l'éventail complet des disciplines paracliniques, lequel est particulièrement riche en spécialités biologiques. Les périmètres des regroupements se situent donc aux bornes des facultés plutôt qu'à celles des GH.

L'ancien système des « labos de service » a heureusement disparu, mais il a laissé après lui une louable volonté de proximité entre cliniciens et paracliniciens. Les moyens modernes de communication et de transmission électronique permettent de relativiser cette contrainte. À l'image de ce qui a été partout développé pour le cancer, il faut encourager les réunions de concertation pluridisciplinaire et y favoriser la participation des paracliniciens.

La tarification des séjours intègre les examens complémentaires dans le forfait global, ce qui :

- rend complexe et partiellement artificielle la comptabilité des structures paracliniques ;
- peut mettre un frein au développement des HdJ dont la facturation n'est pas ajustée sur le nombre et la complexité des examens complémentaires réalisés ;
- attribue une valeur spéciale aux prestations accomplies à titre externe, au bénéfice de patients non hospitalisés.

Ce modèle économique particulier doit nous conduire à :

- poursuivre les efforts de juste prescription paraclinique chez les malades hospitalisés,
- ouvrir tant nos services d'imagerie et de pathologie que nos laboratoires sur l'extérieur, en facilitant l'accès et améliorant les conditions d'accueil, pour égaler le niveau de prestation offert par le secteur privé lucratif.

Une informatique médicale puissante et partagée entre tous nos GH et tous nos hôpitaux est spécialement cruciale pour améliorer l'organisation et les performances de nos structures paracliniques.

Imagerie

Discipline mixte, diagnostique mais aussi thérapeutique, l'imagerie regroupe les techniques utilisant la radiologie, la résonance magnétique, les ultrasons et les isotopes. Elle souffre globalement d'un manque de praticiens titulaires, en raison non pas du manque de médecins formés, mais de la faible attractivité salariale de l'hôpital public par rapport au secteur privé. L'AP-HP doit néanmoins continuer d'offrir dans tous ses hôpitaux MCO une imagerie de très haute qualité au tarif opposable de la Sécurité sociale (secteur 1).

L'imagerie interventionnelle continuera à se développer à grands pas, tant à des fins diagnostiques (biopsies, ponctions) que thérapeutiques (angioplastie, embolisation, ablation, etc.).

Le nombre de médecins formés à ces techniques doit être suffisant pour pouvoir répondre à une demande qui peut croître à grande vitesse dans des domaines comme les accidents ischémiques cérébraux.

Nous devons rester à la pointe des progrès techniques extrêmement rapides et nombreux de l'imagerie, domaine trop intimement lié au fonctionnement quotidien de l'hôpital pour pouvoir être massivement externalisé. Cela exige des investissements réguliers et conséquents pour suivre le perfectionnement continu des équipements, comme sont par exemple les systèmes d'imagerie métabolique et fonctionnelle, ou les salles hybrides combinant imagerie interventionnelle et chirurgie. Chaque hôpital ne peut pourtant pas tout avoir : des choix d'implantation sont à faire, tenant compte des compétences et de l'environnement clinique de chaque site.

À l'échelon central, il convient d'engager une réflexion sur les moyens d'affronter le déficit démographique de la spécialité : statut des praticiens, organisation de leur travail avec participation aux tâches expertes (seconds avis, notamment par téléradiologie) et académiques, coopérations permettant des délégations de tâches, etc.

Biologie, anatomie pathologique, physiologie

Les laboratoires de biologie couvrent plusieurs spécialités distinctes : biochimie et biologie moléculaire, microbiologie, hématologie, immunologie, génétique, biologie cellulaire, embryologie

et cytogénétique, biologie de la reproduction, pharmacologie et toxicologie. Les services d'anatomie et cytologie pathologiques, et les laboratoires de physiologie et explorations fonctionnelles sont confrontés à des enjeux de même ordre que la biologie. Outre ceux qui concernent l'ensemble des disciplines paracliniques (v. supra), la question des regroupements se pose ici avec acuité.

En biologie, le précédent plan stratégique a fixé comme cible le rassemblement des structures au sein de chaque GH, à l'exception des laboratoires à réponse rapide qui doivent subsister dans chaque site doté d'un SAU. Cet objectif est loin d'avoir été partout atteint. Il convient non seulement d'achever ce plan de regroupements au sein des GH, mais aussi d'envisager son extension à la notion d'implantation unique au sein des GH appartenant à une même faculté de médecine ; notamment dans certaines spécialités qui sont confrontées à des difficultés de démographie médicale, comme la cytogénétique. La même fragilité existe en anatomie pathologique et en électro-encéphalographie qui doivent pourtant être disponibles dans tout hôpital MCO ; des solutions télé diagnostiques sont à y expérimenter.

Des analyses médico-économiques poussées devront permettre de décider s'il est ou non justifié d'externaliser certaines activités recourant à des techniques rapidement évolutives et imposant de lourds budgets d'équipements et de fonctionnement.

Nos plateformes de biologie, d'anatomie pathologique et de physiologie seront parties prenantes dans les coopérations avec les autres hôpitaux de la région.

Pharmacies à usage intérieur (PUI)

- Avec les cliniciens, les pharmaciens doivent concevoir et accompagner tous les projets qui visent à accroître la sécurité du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ; leur présence régulière dans les unités de soins est à favoriser.
- Pour les dispositifs médicaux implantables, l'objectif est d'améliorer la double traçabilité, sanitaire et financière, notamment avec l'aide d'une informatique mieux adaptée.

Coopérations

Poussée par les impératifs budgétaires, l'organisation sanitaire nationale incite les hôpitaux à s'ouvrir sur leur environnement. Pour l'AP-HP, il s'agit des autres établissements de soins d'Île-de-France et de la médecine de ville.

Autres établissements de soins

L'AP-HP ne peut pas fonder son avenir sur une croissance permanente de son activité : avec les autres établissements de soins, elle est au service d'une population dont les besoins hospitaliers ne croissent que lentement et peuvent même décroître (expansion de la chimiothérapie orale des cancers, par exemple). Notre expertise médicale dans de nombreux domaines doit être en priorité partagée avec les centres hospitaliers (CH) de la région et les établissements de santé privés,

d'intérêt collectif (ÉSPIC). Ces coopérations peuvent déjà être très avancées (exemple emblématique de Créteil avec Henri-Mondor et le centre hospitalier intercommunal), mais sont appelées à se multiplier dans de nombreux endroits si nous voulons éviter les concurrences frontales et dispendieuses, pour privilégier les collaborations intelligentes, avec toujours l'intérêt des malades en point de mire. Ces « ententes cordiales » doivent faire l'objet de contrats fondés sur des projets médicaux développés ensemble, sans ignorer les implications académiques de ces collaborations : programmes communs d'enseignement (formation des étudiants hospitaliers et des DES) et de recherche clinique ; postes médicaux d'assistants partagés ; expansion contrôlée des équipes hospitalo-universitaires hors-AP-HP, comme il en existe déjà plusieurs dans nos sept facultés de médecine.

Il faut renforcer les relations médicales entre l'AP-HP et les autres établissements en donnant notamment un tour plus officiel et régulier aux contacts entre présidents de CME (PCME), amorcés depuis 2012 : ils doivent impliquer les PCME centrale et locales de l'AP-HP, les PCME des CH et les PCME des ÉSPIC.

Les évolutions du Service de santé des armées ont fait ouvrir des discussions sur nos relations avec les trois hôpitaux d'instruction des armées de la région (Val-de-Grâce dans le V^{ème} arrondissement de Paris, Bégin à Saint-Mandé, Percy à Clamart). Les plus avancées concernent

le Val-de-Grâce avec des projets pouvant impliquer les hôpitaux Cochin et Raymond-Poincaré. Les décisions devront soigneusement prendre en compte la triple logique sanitaire, médicale et financière.

Ville

La relation entre la ville et l'AP-HP sort peu à peu du modèle historique des praticiens attachés (vacataires libéraux salariés par demi-journées à l'hôpital), qui s'étiole à mesure que les demijournées se convertissent en postes de titulaires. Rien n'avancera si les deux mondes médicaux – l'hôpital salarié et la ville libérale – continuent à se toiser et à ne travailler ensemble que comme à contrecœur et la main forcée. Ce mur doit tomber quand nous devons simplifier et assouplir les parcours de soins des patients, en y limitant la part de l'hôpital à l'indispensable. Le chantier est immense, mais deux axes seront prioritaires dans la durée du plan :

- améliorer et faciliter concrètement les contacts quotidiens entre l'hôpital et la ville – relations téléphoniques, échanges de documents par messagerie électronique sécurisée, rapidité et ponctualité des comptes rendus d'hospitalisation et des lettres de liaison, souci accru de la confraternité et de la déontologie ;
- réactiver l'intérêt des médecins de ville pour venir travailler à l'hôpital ; sans s'en réserver l'exclusivité, le nouvel Hôtel Dieu pourra servir de plateforme pour expérimenter dans divers domaines (consultations de médecine générale et d'autres spécialités cliniques, imagerie médicale, activités académiques de médecine générale) ;
- sur la base du volontariat et au titre des activités d'intérêt général, favoriser le temps partagé des praticiens entre l'hôpital et les centres de santé de son territoire.

Nos lits pour quoi faire ?

L'expansion de l'ambulatoire impose une réflexion sur les lits d'hospitalisation complète (HC) en MCO. Ces séjours de plus de 24h sont à réserver aux cas incompatibles avec l'ambulatoire :

- complexité médicale ou sociale ;
- malades en situation critique requérant un séjour en unité de réanimation ou de surveillance continue ;
- fin de vie.

Les hospitalisations en SSR et SLD doivent

répondre aux mêmes exigences, mais avec un moindre poids du critère social, normalement pris en compte par d'autres structures que l'hôpital.

Depuis que la gériatrie répond mieux aux demandes, les séjours de durée excessive en MCO concernent surtout les adultes lourdement handicapés, qui combinent le plus souvent un déficit médical grave (atteinte du système nerveux ou de l'appareil locomoteur dans la majorité des cas) et un désavantage social (pauvreté, solitude). Une étude détaillée doit dénombrer et caractériser ces patients qui bloquent des lits (bed blockers) pour déterminer nos besoins en unités dédiées de SSR et de SLD permettant de les extraire du MCO. Une réflexion est à mener sur la qualification et la motivation des personnels soignants qui travaillent dans ces unités spécialisées.

Les habitants d'Île-de-France meurent de moins en moins à domicile, mais de plus en plus à l'hôpital. La mort est une mission hospitalière étroitement liée à la QSS & CAPCU. L'expansion des soins palliatifs (équipes mobiles et lits dédiés) est un indéniable progrès mais ils ne résolvent pas tous les problèmes et n'exonèrent pas les équipes soignantes des soins aux mourants ; ce qui impose une vigilance particulière dans leur formation et dans leur encadrement. L'évolution des lois sur la fin de vie imposera sans doute des adaptations dans les cinq prochaines années.

Le nombre des décès doit :

- diminuer aux urgences, dans les unités d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD),
- augmenter en HâD.

Pour clarifier globalement la question des lits en excès, une expertise est à mener dans tous les services dont le taux d'occupation des lits est inférieur à 80 %, ou dont la durée de séjour dépasse de deux jours la moyenne de la spécialité.

Ces audits doivent mener à fermer des lits ou à les réorienter vers des activités insuffisamment dotées (comme, par exemple, l'accueil des malades venant des urgences, et les unités de réanimation et de surveillance continue). Il faut expérimenter la possibilité de regrouper les lits en mutualisant des unités de soins : à l'instar de ce qui s'est toujours fait en réanimation, de tels services polyvalents de médecine et de chirurgie pourraient accueillir des patients de diverses spécialités ;

Une réflexion particulière est à mener sur la qualité et la formation des médecins et des paramédicaux qui oeuvreront dans ces unités, en coopération avec ceux qui exercent la spécialité dont relève chaque patient.

Les hôpitaux de semaine assurent des séjours programmés qui commencent le lundi matin et se terminent le vendredi après-midi. Ils doivent faire l'objet d'une évaluation détaillée, pour établir leur réelle utilité par comparaison avec les ressources qu'offrent désormais les HdJ et les consultations.

Adoption et déclinaison du projet médical

- « Le président de la commission médicale d'établissement [...] élabore, avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement » (Code de la Santé publique, art. L6143-7-3).
- « Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement » (art. L6143-7-4).
- La CME est consultée sur le projet médical (art. R6144-1).
- Le projet d'établissement est soumis à la délibération du conseil de surveillance (art. L6431-6).

Le présent texte a été soumis à la lecture critique de la CME (du 28 avril au 6 juin). Il a fait l'objet d'une concertation entre le PCME et le directeur général, puis été discuté en directoire (20 mai et 3 juin). Le texte définitif, que la CME a approuvé à l'unanimité le 10 juin, sera intégré dans le plan stratégique de l'AP-HP. Ce plan, incluant le projet médical, sera soumis à l'avis de la CME (8 juillet) puis du conseil de surveillance (10 juillet).

Pour prendre tout son sens et trouver ses applications spécifiques, le projet médical devra être décliné :

- par les GH et par les hôpitaux non rattachés à un GH, sous la conduite des présidents de CME locale et de comité consultatif médical ;
- par les pôles et les services ;
- par les collégiales de spécialités.

Projet de soins

Document rédigé par les directions des soins des groupes hospitaliers
et la direction centrale des soins sous la direction de
Françoise ZANTMAN, présidente de la CCSIRMT
et de **Martine MASSIANI, coordonnatrice générale**
des soins, directrice-adjointe de la DSAP

approuvé par la CCSIRMT à l'unanimité le 2 juillet 2014,
et par le Conseil de surveillance le 9 juillet 2014.

Introduction

Confrontés à de nouveaux enjeux liés, tout à la fois à l'évolution des besoins de santé du bassin francilien, à la nécessité de fluidifier le parcours patient et à l'évolution des prises en charge (développement de l'ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation), les groupes hospitaliers (GH) et hôpitaux portent un immense défi : celui de faire converger les pratiques professionnelles parfois éloignées des attendus vers un objectif d'amélioration de la qualité des soins dans un contexte économique contraint.

Le projet de soins 2015-2019 s'efforcera de porter ce lourd défi. Le management des professionnels soignants doit pouvoir réaffirmer les collectifs de travail en cohérence avec les lignes posées dans le projet médical. La ligne managériale du projet de soins, assise institutionnellement sur des valeurs partagées ; celle de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) et celle de l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPCU) irriguera toute la démarche.

La préoccupation de la DSAP est d'accompagner au mieux les professionnels de santé afin qu'ils épondent aux exigences d'un parcours de soins plus efficient.

Comment concilier à l'hôpital public efficience soignante et accompagnement individualisé des parcours ?

Loin d'être antinomique, ce double impératif peut être réalisé en synergie dans un cadre coopératif entre tous les acteurs de santé.

Le premier impératif est crucial : optimiser nos ressources et limiter les risques de façon à répondre ux exigences de la certification. Il sera proposé des groupes de travail sur ces thèmes en lien avec les réflexions engagées jusqu'alors.

La deuxième exigence répond à une préoccupation commune réglementaire. L'accompagnement de la mise en oeuvre du Développement Professionnel Continu (DPC) est ssentiel au niveau de la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP). De cela en dépend le bon développement des compétences de chacun des professionnels dans leur secteur concerné (Infirmier-e-s diplômés d'État, rééducateurs, médico-techniques...).

Faire coïncider les compétences et l'appropriation d'une culture qualité est essentielle à la démarche globale d'amélioration continue de la qualité des soins (simplifier, sécuriser). Redonner du sens et de la lisibilité au parcours patient, c'est travailler autour d'une sécurisation de celui-ci, d'une meilleure coopération des professionnels autour du patient.

En construisant un outil fiable et partagé, l'informatisation du dossier patient devrait apporter une véritable plus-value à cette dynamique et donner un plus grand gage d'efficience.

Si l'on souhaite construire un parcours de soins plus efficient, il y a un prérequis qui est celui de mieux connaître, de mieux comprendre les nouveaux besoins du bassin de santé francilien et inscrire les centres hospitaliers universitaire dans leurs territoires. Le débat doit changer de curseur : remettre le patient au centre du dispositif en développant la démocratie sanitaire.

L'AP-HP doit répondre à des besoins très différents selon les GH et les populations implantées autour. Il s'agit de prendre en compte tout autant la fragilité de certaines populations dans des zones excentrées que la hausse des maladies chroniques (en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population) et que le besoin croissant d'hébergement en soins de longue durée.

Nos services de pointe doivent apporter une qualité des soins égale à toutes ces populations dans le respect du principe d'égalité de traitement cher au service public.

L'ensemble de ces préoccupations conduit la DSAP à privilégier **10 orientations prioritaires** pour le projet de soins 2015-2019 de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris :

- 1 - Redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée
- 2 - Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins
- 3 - S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens
- 4 - Développer et formaliser les parcours de soins
- 5 - Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes
- 6 - Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins
- 7 - Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leurs savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé
- 8 - Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge
- 9 - Accompagner sur le plan soignant la mise en oeuvre du développement professionnel continu
- 10 - Renforcer les collaborations entre les centres de formation et les groupes hospitaliers en formation initiale et continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies

1. Redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée

Pivot d'une démarche d'efficience, le travail de redéfinition des organisations est incontournable. La difficulté pour beaucoup de GH réside dans leur caractère multi-site et la coexistence d'organisations très différentes.

Le rôle des coordonnateurs et des directeurs de soins est de fédérer les cadres paramédicaux de pôle (CPP) autour d'objectifs partagés, intégrant les difficultés rencontrées dans chaque pôle ou site.

La formalisation du schéma d'encadrement du groupe hospitalier et de sa déclinaison dans le projet managérial de chaque pôle est le préalable à l'adhésion au collectif de travail. Cela implique de formaliser les rôles et missions de chaque cadre au travers d'un organigramme, de fiches de poste redéfinies, afin de poser une ligne managériale lisible.

Ce travail doit donner lieu à une large diffusion afin qu'il soit accessible pour tous les professionnels, dans le but de redonner de la lisibilité aux équipes dans les unités de soins : diffusion par note de service, sur intranet...

Un management participatif intégrant l'encadrement intermédiaire et supérieur est garant d'une meilleure prise en compte des points sensibles dans la définition d'organisations optimales.

La connaissance du pôle et des organisations des unités qui le composent est précieuse pour comprendre forces et les faiblesses des fonctionnements en place. D'où la nécessité pour le coordonnateur général des soins (CGS) d'animer régulièrement des réunions ou groupes de travail thématiques.

Le constat est celui d'une hétérogénéité d'organisations soignantes qui coexistent au sein d'un groupe hospitalier ou sur l'ensemble du parc hospitalier de l'AP-HP, sans toujours de fondement objectif (la nature de l'activité n'est souvent pas différente, le bassin de population non plus). Comment travailler sur des « organisations historiques » afin de leur donner du « sens », sans déstructurer des activités ?

La problématique est très sensible, notamment sur certains secteurs.

On ne peut échapper dans une réflexion sur les organisations à une réflexion globale sur le temps de travail. Menée en collaboration avec la direction des ressources humaines (DRH), ce sujet est un des leviers d'un management renouvelé.

Il est proposé d'engager des groupes de travail en partenariat avec les DRH afin de commencer à réfléchir autrement sur les choix présidant aux temps de travail. S'intéresser aux roulements et cycles, parallèlement au temps de travail quotidien : il s'agit de mieux concilier l'utilité pour le patient et la qualité de vie au travail.

Par ailleurs, une attention particulière sera portée aux équipes de nuit et une réflexion sur la formalisation d'un plan d'action de nuit sera nécessaire.

Partie intégrante de la réflexion sur l'organisation du temps de travail, le travail engagé sur les transmissions inter-équipes doit être poursuivi. La formalisation des temps de transmission est nécessaire dans une logique de sécurisation de la prise en charge.

Afin d'être garant des organisations en place, la DSAP veut tendre tout à la fois vers une permanence de l'encadrement et la rédaction de chartes afin de rendre opposables des modes de fonctionnement. Ces points doivent s'inscrire dans le schéma d'encadrement du GH et être adaptés à ses spécificités. Le travail de rédaction des chartes des plannings, engagé sur plusieurs GH, est à encourager ainsi que la formalisation de chartes visant à améliorer les pratiques managériales. L'objectif est de limiter les pratiques déviantes, dans un souci de la qualité de la prise en charge.

La clé de réussite de ce travail d'ensemble sur les organisations repose sur un travail conjoint DRH/DSAP.

2. Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins

L'actuelle complexité du monde hospitalier impose de nombreux changements organisationnels et sollicite beaucoup les soignants médicaux et paramédicaux à l'hôpital. Comme tout établissement de santé, l'AP-HP évolue dans

un environnement en pleine mutation, source de menaces mais aussi porteur d'opportunités. La démarche d'amélioration continue de la qualité des soins a apporté de nouvelles approches aux soins et aux soignants. Cette évolution est la conséquence des progrès scientifiques, technologiques et des mutations importantes dans le milieu hospitalier.

Au regard de ce contexte, une redéfinition de l'organisation des soins doit être envisagée afin de recentrer les équipes soignantes sur le patient au sein des secteurs d'activités cliniques pour plusieurs raisons :

- les soignants sont des ressources précieuses au sein des organisations et des projets ;
- les organisations de soins actuelles sont performantes et perfectibles au vu des procédures de certification ;
- l'organisation du travail dans les unités de soins et la qualité des soins sont en complète interdépendance ;
- la qualité des soins est une exigence et une attente légitime des usagers, des tutelles et des professionnels dans une approche qui prend en compte la charge en soins ;
- l'insatisfaction de l'utilisateur déclenche une altération potentielle de l'image de marque de nos services de soins et de notre institution ;
- la satisfaction des usagers est obtenue par une organisation des soins centrée sur leurs attentes.

Comment permettre d'anticiper et d'appréhender la mise en place et l'accompagnement d'une organisation des soins centrée sur le patient, répondant aux attentes des usagers et des professionnels de santé ?

Un groupe de travail a mené une réflexion autour de propositions portant sur les problématiques suivantes :

- réaffirmer la place de l'encadrement médical et paramédical de proximité dans les organisations de travail et de soins ;
- anticiper les organisations futures dans toutes leurs dimensions (RH, médicales et paramédicales) en s'appuyant sur un SIH intégré ;
- centrer la réflexion sur le parcours de soins le plus pertinent pour le patient ;

- mettre en adéquation la Gestion prévisionnelle des emplois métiers et compétences (GPEMC) avec les besoins futurs de l'institution en personnel soignant ;
- poursuivre la politique qualité et sécurité des soins, engagée dans tous les domaines d'activité, en considérant qu'il s'agit d'une priorité pour chaque professionnel et chaque équipe.

Le groupe de travail « organisations des soins médicales et paramédicales » propose des orientations prioritaires sur la thématique « prise en charge globale du patient »¹.

Une transformation des organisations et son corollaire l'accompagnement du changement seront indispensables pour atteindre une organisation des soins performante au bénéfice de la prise en charge clinique du patient.

3. S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens

Cette orientation du projet de soins, à mettre en lien avec les objectifs de la QSS&CAPCU est partie prenante du PAQSS (Programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins). Elle s'inscrit totalement dans les attendus de l'article 6111-2 du Code de la santé publique (article 1 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires) : « Les établissements de santé élaborent et mettent en oeuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités ». L'ensemble des paramédicaux, aux côtés des médecins, est partie prenante de la qualité des soins et de la prévention des risques liés aux soins.

L'articulation entre le projet de soins et les actions du programme PAQSS est à formaliser en collaboration entre la direction des soins aux patients (DSAP) et la Commission médicale d'établissement.

¹ Groupe 5 du plan stratégique 2015/2019

a. Intégrer les actions du PAQSS dans l'organisation des soins

a.1 Information du patient

[Critère 11.a : information du patient sur son état de santé et les soins proposés]

La loi du 4 mars 2002 (CSP articles L.1111-2, L.1111-4 et suivants) réaffirme le droit du patient d'être informé.

Cette information est l'affaire de tous les professionnels dans leur domaine de compétence. L'évaluation de la tenue du dossier de soins a montré une amélioration du critère « l'information donnée au patient » au cours des dernières années. Les actions d'amélioration doivent être poursuivies.

a.2 Douleur

[Critère 12.a Prise en charge de la douleur / Pratique exigible prioritaire et indicateur national]

Les paramédicaux ont une place centrale et un rôle fondamental dans l'évaluation de la douleur et sa prise en charge. L'évaluation lors du recueil des indicateurs qualités transversaux IPAQSS de la traçabilité de l'évaluation de la douleur (uniquement en MCO, SSR et HAD) a montré des résultats pour l'AP-HP inférieurs à la moyenne nationale. Le plan d'actions est à mettre en lien avec le Comité de lutte contre la douleur (CLUD).

a.3 Dossier du patient

[Critère 14.a -gestion du dossier du patient / pratique exigible prioritaire et indicateur national]

La DSAP pilote l'évaluation annuelle de la tenue du dossier de soins (TDS) qui est aujourd'hui saisie sur la base QUALHAS. Les derniers résultats montrent une variabilité de la qualité de la tenue du dossier de soins en fonction des types de prise en charge.

La qualité et la pertinence des écrits des paramédicaux est à mettre en lien avec la qualité des pratiques professionnelles - préalable à une implantation réussie du dossier de soins informatisé. Les actions d'amélioration doivent être poursuivies avec le soutien de l'encadrement.

a.4 Dénutrition

[Critère 19.b Troubles de l'état nutritionnel / pratique exigible prioritaire et indicateur national]

30 à 60% des personnes hospitalisées sont dénutries ou à risque de dénutrition, notamment les personnes âgées qui présentent un risque d'aggravation de la dénutrition pour 60 % d'entre eux.

Les résultats de l'AP-HP pour le niveau N3 [Poids, taille, évolution du poids avant hospitalisation] sont inférieurs au niveau national. Les attentes de la QSS & CAPCU est le niveau N3 et non le niveau N1. Le plan d'actions est à mettre en lien avec le Comité de liaison alimentation nutrition (Clan).

a.5 Sortie

[Critère 24.a Sortie du patient / indicateur national]

L'organisation de la sortie et notamment la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge est importante. Les paramédicaux y contribuent fortement.

Un projet institutionnel est déployé actuellement sur les GH. Une mobilisation de l'ensemble des professionnels est attendue afin d'optimiser sa mise en place.

La réactualisation et la standardisation des procédures est un enjeu majeur pour l'amélioration des pratiques.

b. Gérer les risques associés aux soins afin d'éviter les pratiques non conformes

b.1 Éviter en amont la survenue d'évènement indésirable grave (EIG) et développer la culture du risque chez les paramédicaux

Renforcer la déclaration des EIG et la formation des professionnels aux vigilances et aux risques iatrogènes.

S'inscrire dans le développement des Comités de retour d'expériences (CREX), des Revue de mortalité et de morbidité (RMM), de pédagogie de l'erreur et Évolution des pratiques professionnelles (EPP), privilégier les fonctionnements favorisant le décroisement et la collaboration médico-soignante sont des axes prioritaires à développer.

b.2 Sécuriser le circuit du médicament

[Critère 20.a bis Prise en charge médicamenteuse du patient / Pratique exigible prioritaire et indicateur national]

Contribuer à la mise en oeuvre des plans d'actions définis dans le cadre de l'audit Archimède.

Poursuivre la politique de formation des professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles afin d'affirmer la politique de prise en charge médicamenteuse. Améliorer les pratiques soignantes afin de développer les connaissances et les compétences des professionnels.

b.3 Identification du patient

[Critère 15.a Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge / Pratique exigible prioritaire]

Mettre en place la politique d'identitovigilance définie au sein des GH et systématiser les EPP dans ce domaine afin de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne. Les blocs opératoires feront l'objet d'une attention toute particulière.

b.4 Le risque infectieux

[Critère 8.g. Maîtrise du risque infectieux / pratique exigible prioritaire et indicateur national]

La maîtrise du risque infectieux doit être une priorité dans nos établissements de santé. Les paramédicaux doivent s'impliquer dans la mise en oeuvre du programme de maîtrise du risque infectieux de leur établissement en réalisant des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux en collaboration avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) et en lien avec l'Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). Leur participation à l'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux en s'appuyant sur les indicateurs issus du tableau de bord national (ICALIN, ICSHA, ICBMR, ICATB, ISO.) est requise ainsi que leur participation à la mise en oeuvre des actions d'amélioration nécessaires après évaluation.

b.5 Transfusion

[Critère 8.j. S'assurer de la maîtrise du risque transfusionnel]

Par la formation systématique des infirmiers et par des évaluations régulières des pratiques et le suivi d'indicateurs, le risque transfusionnel doit être maîtrisé.

b.6 Escarre

La mise en place de mesures générales de prévention commence dès l'identification des

facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient. Celle-ci s'effectue au moyen du jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque et la poursuite de l'enquête de prévalence annuelle pour tous les GH.

b.7 Chutes [Coviris]

Évènements indésirables les plus signalés à l'AP-HP via le logiciel OSIRIS, les chutes doivent faire l'objet de l'attention de tous les professionnels et ce, quelles que soient les prises en charge. Diffuser les préconisations, communiquer au sein des GH et évaluer, par le biais d'indicateurs et/ou par une enquête un jour donné, l'impact de la mise en oeuvre de ces préconisations sont des actions à privilégier afin de réduire les risques.

b.8 Incontinence urinaire

Sujet qui peut être mis en lien avec un risque de maltraitance passive et fait l'objet d'une attention forte de la Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU). Mettre en oeuvre les préconisations rédigées par la CCSIRMT et développer les connaissances et les compétences des professionnels dans ce domaine.

b.9 Contention

Pratique parfois nécessaire mais pouvant être à risques, voire maltraitante, elle doit s'inscrire dans le projet de soin du patient. S'assurer de la connaissance des procédures par les professionnels et développer les EPP.

Développer les connaissances et les compétences des professionnels par des formations adaptées.

4. Développer et formaliser les parcours de soins

La notion de parcours de soins répond à l'évolution de notre système de santé avec notamment la progression des maladies chroniques liée aux effets cumulés de l'allongement de l'espérance de vie et du progrès médical.

La qualité de la prise en charge et l'accompagnement des malades reposent sur une mise en oeuvre des bonnes pratiques, la coordination

des professionnels et la personnalisation des réponses au bénéfice des patients.

C'est pourquoi il nous semble important au travers de nos projets de soins d'intégrer les leviers définis par la Haute autorité de santé (HAS) :

- promouvoir une prise en charge prospective et coordonnée des patients, et l'organiser dans la durée. Il s'agit de prévoir les étapes de la prise en charge du patient, de coordonner l'action et le partage d'information entre tous les professionnels impliqués (notamment au travers du dossier patient informatisé),
- favoriser l'implication du patient et l'expression de ses préférences pour lui permettre d'être acteur de sa prise en charge sur la durée. Pour cela, l'accès à l'éducation thérapeutique est notamment un vecteur à développer davantage,
- cibler les points critiques du parcours de soins pour minimiser les risques et harmoniser les pratiques des professionnels de santé.

Le développement de ces parcours est prioritairement axé dans les secteurs de maladies chroniques et de cancérologie, dans une dynamique ville-hôpital.

5. Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes

[Certification HAS – Référence 10 – critères 10]

Cette orientation s'inscrit dans la politique de prévention et de promotion de la bientraitance du plan stratégique avec une dimension forte dans le projet qualité et gestion des risques. Promouvoir la bientraitance, lutter contre la maltraitance passive et intégrer la dimension éthique dans le soin sont des enjeux importants au bénéfice concret des usagers. Les professionnels doivent savoir concilier liberté de mouvement, confidentialité, dignité, intimité et organisation des soins. La mobilisation de l'ensemble des managers autour du développement d'une culture de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance est une priorité.

6. Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour

garantir une meilleure continuité et coordination des soins

Le dossier de soins, élément constitutif du dossier patient est une obligation réglementaire (article R.1112-2 et article R.4311-3 du Code de la santé publique). Le dossier de soins est un document personnalisé pour chaque patient, regroupant l'ensemble des informations relatives à la personne soignée. Il permet d'organiser les soins, facilite la dispensation de soins adaptés aux patients et leur continuité. L'ensemble des acteurs qui dispensent des soins (infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, médicotéchniques) y transcrivent des informations qui doivent être complètes, fiables et structurées. Le dossier de soins contribue ainsi à la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des patients et à la coordination des professionnels dans le cadre des processus de soins. Il est une source d'information, de transmissions et possède une valeur juridique importante grâce à la traçabilité du suivi du patient.

Le dossier de soins paramédical informatisé est un outil d'optimisation de la qualité des soins et d'efficacité de l'organisation des soins. La direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) de l'AP-HP, maîtrise d'ouvrage (MOA) a fait le choix de tracer la démarche clinique infirmière (jugement clinique) et la démarche de soins au travers du dossier de soins infirmiers.

La démarche de soins infirmière est basée sur le raisonnement clinique infirmier. Elle comprend plusieurs étapes ordonnées (retrouvées au travers des transmissions ciblées) :

- établir un recueil de données (qui se fait dans ORBIS selon les 14 besoins selon Virginia Henderson) ;
- traiter des données (jugement clinique) qui permettent de poser un problème de santé / cible / diagnostic infirmier (pour la plupart répertoriés dans la classification internationale de la NANDA) ;
- poser des objectifs de soins et procéder à la planification des actions de soins et mettre en oeuvre ces actions de soins (décrites pour la plupart dans la classification internationale de la CISI) ;
- évaluer les résultats des soins prodigués (en partie dans la classification internationale de la

CRSI)

a. Les prérequis d'une informatisation réussie

Une stratégie de déploiement a été organisée et formalisée :

• Au niveau central

La DSAP assure d'une part la MOA et d'autre part accompagne en tant qu'expert le déploiement sur les GH.

Un comité de pilotage, Cellule de suivi opérationnel (COPROJ) est en place (composé de cadres experts, cadres de proximité, cadres formateur, IDE, médecins, Centre de compétences et de services (CCS) aux patients et DSAP pour suivre l'avancement du projet et émettre un avis sur les demandes d'évolution du dossier de soins informatisé Orbis.

• Au niveau GH

Bien que la démarche clinique et la démarche de soins soient utilisées et enseignées depuis de nombreuses années, il convient de s'assurer dans les services de la bonne transcription de ces démarches et d'accompagner vers une transcription informatique.

Il est important que le projet soit soutenu et porté par la DSAP du GH. Les cadres experts et cadres de santé du GH ont un rôle primordial dans les prérequis métier, l'étude organisationnelle et l'accompagnement au changement des équipes de soins.

- S'appuyer sur le réseau des directions des soins (DS) et cadres experts en soins des GH.
- Disposer de personnel paramédical dédié.
- Nommer des référents paramédicaux par GH (cadres/cadres supérieurs) et par service (IDE/AS) et l'assurer de leur disponibilité.
- Animer un club utilisateurs.
- Dispenser des formations obligatoires autant que nécessaire (jour, nuit) pour tous les professionnels utilisateurs.
- Assurer la programmation des déploiements.
- Disposer de salles de formation dédiées.
- Organiser une hotline...

b. L'étude organisationnelle

L'accompagnement du changement et des nouvelles organisations est indispensable. Le déploiement du dossier de soins Orbis nécessite en amont une étude de l'organisation des soins

et du travail permettant d'adapter les modalités de mise en place du dossier de soins Orbis au service des patients et des professionnels.

Les cadres de proximité et les référents projet du GH ont un rôle majeur dans cette étape d'analyse organisationnelle du terrain.

La formation initiale des utilisateurs à l'outil est sous la responsabilité du CCS patient en lien avec la DSAP.

Toutefois, il faut prévoir également le maintien des compétences dans les services au fil des mouvements des personnels.

7. Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leur savoirfaire et de leur périmètre d'activités au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé

L'évolution des techniques médico-chirurgicales, de l'organisation de l'offre de soins conduit aujourd'hui à identifier les métiers « sensibles ». Il est donc essentiel de mesurer l'effet direct observable aujourd'hui de ces changements sur les métiers et les impacts qu'ils auront demain sur l'exercice des paramédicaux notamment dans l'émergence de nouveaux métiers.

La valorisation des métiers des professionnels travaillant en secteur gériatrie, métiers en devenir et évolutifs au regard du bassin de population sera une priorité pour la DSAP. La mise en place d'infirmiers cliniciens spécialisés dans les secteurs gériatriques sont des initiatives à encourager.

a. Les métiers sensibles

Le manque d'attractivité, le financement des études sont autant de freins à l'engagement de certains professionnels dans les métiers d'infirmier-e anesthésiste diplômé-e d'État (IADE), d'infirmier-e bloc opératoire diplômé-e d'État (IBODE), de cadres paramédicaux de santé.

D'autres métiers, du fait du vieillissement de la

population, des réorganisations et du développement du parcours de soins orientés vers l'extra-hospitalier et vers les structures de long séjour et/ou médico-sociales, sont à surveiller : le préparateur en pharmacie, l'aide-soignant, le masseur-kinésithérapeute, le technicien de laboratoire.

Le projet de soins 2015-2019 devra permettre de :

- suivre en lien avec la DRH l'évolution des métiers sensibles
- poursuivre et mesurer l'impact de la mise en oeuvre du plan attractivité/fidélisation de l'encadrement et le développer pour les préparateurs en pharmacie et les masseurs-kinésithérapeutes
- maintenir des relations privilégiées avec les instituts de formation IADE / IBODE / MK

b. Les protocoles de coopération de leur mise en oeuvre à l'émergence de pratiques avancées vers de nouveaux métiers et modes de prise en charge

L'article 51 de la loi Hôpital, patient, santé et territoires (HPST) relatif aux coopérations entre professionnels de santé autorise depuis juillet 2009, à titre dérogatoire, le transfert d'actes ou d'activité de soins entre professionnels de santé. Depuis trois ans, l'AP-HP via la DSAP s'est investie dans cette démarche novatrice grâce à un engagement fort de ses équipes médico-soignantes. Les protocoles de coopération contribuent désormais à l'évolution des pratiques professionnelles paramédicales, à la reconnaissance de nouvelles compétences, à la modernisation et l'efficacité des modes de prise en charge au regard des besoins de la population régionale.

Le projet de soins 2015-2019 devra permettre de :

- insuffler une dynamique d'engagement dans les coopérations entre professionnels de santé dans chaque groupe hospitalier,
- renforcer la collaboration avec la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) et la DRH de l'AP-HP afin d'offrir un accompagnement efficace aux équipes volontaires,
- développer et encourager l'entrée dans des protocoles de coopérations nationaux

(exemples prélèvements de cornées, réalisation des échographies par la MERM),

- privilégier des thématiques ayant un impact bénéfique sur la coordination du parcours du patients et/ou des intégrations dans une filière de soins dans des domaines comme la cancérologie, la gériatrie, l'ambulatoire...en apportant une réponse en adéquation aux attentes de la tutelle,
- continuer à investir des domaines transversaux comme la douleur, la prise en charge des plaies et de la cicatrisation, la nutrition, etc,
- maintenir des relations/échanges avec les référents de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), de l'Agence régionale de santé (ARS) et de la Haute autorité de santé (HAS) et être force de proposition pour faire évoluer les outils existants,
- suivre l'évolution des protocoles de coopération à l'AP-HP et leur évaluation,
- communiquer à l'AP-HP et benchmarker hors AP-HP.

Maintenir et développer les coopérations entre professionnels de santé est un enjeu et un axe fort de la politique de soins à conduire en collaboration avec la DOMU et la DRH.

c. L'émergence de nouveaux métiers et fonctions : une opportunité pour les paramédicaux

Le développement de nouveaux parcours de prise en charge souhaité par les usagers et qui répond à l'objectif d'efficacité de l'organisation hospitalière, conduit à l'apparition de nouveaux métiers comme les gestionnaires de lits, les programmistes, les logisticiens.

L'évolution de l'organisation de l'offre de soins territoriale sous-tend l'acquisition de nouvelles compétences liées au travail en réseau (métier de la rééducation) et la reconnaissance de nouveaux métiers de coordination (coordinateur de parcours patient, coordinateur de réseau et pour l'hospitalisation à domicile, la reconnaissance des infirmières de coordination (IDEC) et des infirmières de liaison (IDELIA).

Les innovations médicales et technologiques de plus en plus nombreuses et rapides, de fait, vont avoir un effet direct sur les métiers de fortes composantes techniques : manipulateur

en électroradiologie médicale PACS (picture archiving and communication system), l'aide opératoire dans la radiologie interventionnelle, les gestionnaires de dispositifs médicaux implantables (DMI) dans les services hyperspécialisés (bloc opératoire, radiologie interventionnelle par exemple).

La multiplication des normes et de la réglementation en termes de qualité, de sécurité des soins et de l'environnement impose de s'organiser pour acquérir de nouvelles compétences en prévention-gestion des risques : métiers de radioprotection, dosimétristes, gestionnaires de risques.

Le projet de soins devra permettre :

- de faciliter en lien avec la DRH et les Directions de soins l'étude des besoins au regard des nouvelles organisations de demain, en lien avec la DGOS,
- d'accompagner le développement des compétences requises avec la DRH,
- d'encourager la participation des professionnels concernés aux projets novateurs.

d. Les infirmières cliniciennes spécialisées

En réponse au projet de l'ARS concernant la préfiguration des fonctions d'infirmière clinicienne spécialisée, le Directeur général de l'AP-HP a demandé à la DSAP d'assurer le pilotage du dispositif du projet de préfiguration d'infirmière clinicienne spécialisée avec la direction des ressources humaines et un référent de la DOMU.

Le projet s'inscrit dans une démarche pragmatique en lien avec les pratiques avancées et les projets de coopération entre professionnels de santé.

Plusieurs hôpitaux de l'AP-HP ont été sollicités par l'ARS pour intégrer le projet.

Les domaines identifiés comme prioritaires au niveau de la région Île-de-France sont :

- sujet âgé,
- santé mentale et psychiatrie,
- accompagnement des personnes dépendantes,
- soins de premier recours,
- les maladies chroniques.

Ce projet a débuté en mars 2014 et se met en oeuvre avec la participation des équipes hospitalières et la participation des universités concernées. Un démarrage est prévu pour la mise en place des Masters en 2016.

8. Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge

Depuis quatre ans, la direction des soins de l'AP-HP en lien avec le Département de la recherche clinique et du développement (DRCD) soutient et favorise la participation des paramédicaux à des projets de recherche dans leur domaine de compétence.

Les engagements sont les suivants :

- faciliter l'information concernant les appels à projets nationaux Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) – Programme de recherche sur la performance de système de soins (PREPS) etc,
- diffuser largement les travaux des équipes qui conduisent des recherches paramédicales,
- former des professionnels à répondre à des appels à projets et à élaborer des projets de recherche en lien avec le centre de formation continue de l'AP-HP,
- organiser une journée sur la recherche infirmière et paramédicale institutionnelle par an pour partager les expériences des équipes,
- poursuivre avec le DRCD l'offre de formation doctorat concernant les infirmiers,
- faciliter le positionnement des infirmiers titulaires de ces doctorats dans les directions de soins des hôpitaux,
- animer le réseau des doctorants paramédicaux de l'AP-HP.

Pour accompagner les évolutions des pratiques de soins, nos recherches doivent continuer à investiguer les domaines des soins, du management mais aussi des organisations de soins et de la formation des paramédicaux.

9. Accompagner sur le plan soignant la mise en oeuvre du développement professionnel continu (DPC)

La mise en place du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé a pour objectif l'amélioration de la sécurité des soins et du patient.

Afin de contribuer à la performance du dispositif, il convient :

- d'assurer l'animation du conseil scientifique paramédical,

- de mettre en place une cellule d'instruction des programmes,
- de valider des programmes de DPC,
- de communiquer auprès des professionnels sur l'obligation de DPC et sur les enjeux,
- d'impliquer l'encadrement paramédical dans le recueil des besoins, l'information des équipes et la validation des formations.

Il s'agit de sélectionner des thématiques prioritaires pour les différents métiers en privilégiant des actions pluri professionnelles et en lien avec les résultats de la certification et les orientations nationales de DPC (arrêté du 26 février 2013).

10. Renforcer les collaborations entre les centres de formation et les groupes hospitaliers en formation initiale et continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies

Le centre de la formation et du développement des compétences (CFDC), qui regroupe 40 instituts, est le plus important centre de formation initiale diplômante de France (8 500 étudiants). Il comprend également un service de la politique de formation continue et des centres de formation continue.

Le CFDC accompagnera les GH dans les évolutions des structures, des programmes et des technologies.

a. L'évolution des structures

a.1 Au niveau de la formation initiale

2015-2019 correspondra à la maturation de la restructuration de l'AP-HP en GH et verra la création des campus Hôpital Nord, Henri-Mondor et Paris Sud. Il convient aussi de ne pas oublier la dimension territoriale de la formation initiale et son articulation avec les GH.

Cette articulation est nécessaire pour l'accueil des étudiants en stages, la détermination de la politique promotionnelle.

a.2 Au niveau de la formation continue

La stabilisation du découpage en pôles sera l'occasion d'accompagner et de décliner la politique de formation continue avec l'appui du réseau des

responsables de formation.

Il convient de suivre les évolutions institutionnelles et les orientations prioritaires des professionnels.

Il est important de veiller à une bonne lisibilité des possibilités de formation pour les professionnels.

L'ouverture du campus Picpus (2017), qui regroupera l'offre centrale de formation continue avec des moyens pédagogiques modernes, sera une opportunité pour améliorer la formation continue des professionnels de santé.

b. Le changement des programmes de formation

b.1 Formation initiale

La réingénierie des diplômes paramédicaux a et aura des conséquences sur les compétences des professionnels formés puis recrutés à l'AP-HP. Le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur ce sujet doit être exploité pour faire le bilan de la première phase de cette réingénierie et déployer la phase suivante en en tirant les enseignements.

Ainsi, pour la filière infirmière, les premiers diplômés du nouveau référentiel sont sortis en 2012.

Leur formation en stage a été bâtie avec de nouveaux acteurs de terrain (les tuteurs et professionnels de proximité) et de nouveaux outils (par exemple le portfolio).

Il faudra s'assurer que les recommandations pour sécuriser et harmoniser les pratiques d'encadrement des étudiants à l'échelle de l'institution sont réellement mises en place.

L'évaluation périodique de l'exercice des nouveaux professionnels, en lien avec les IFSI et les universités sera indispensable.

Pour les autres filières de formation (partiellement ou non encore engagées dans la réingénierie), il faudra associer les professionnels du terrain aux travaux.

Une collaboration avec le CFDC permettra de mieux communiquer pour recruter de nouveaux professionnels (salons, plaquettes, ...).

b.2 Formation continue

Les priorités de celle-ci seront définies avec les GH, le CFDC, la DSAP en cohérence avec les orientations de la DGOS en matière de développement des compétences des personnels des établissements de santé.

Ainsi, il faudra accompagner l'évolution des métiers et des compétences (requalification des professionnels, accompagnement de la deuxième partie de carrière, etc), les évolutions réglementaires (Validation des acquis par l'expérience, coopérations, etc), organisationnelles (par exemple coordination des parcours patients) et managériales (Institut, formation des adre de santé).

Le développement professionnel continu devra favoriser les coopérations territoriales et l'articulation avec la démarche qualité.

L'organisation régulière de journées professionnelles et/ou thématiques permettra d'appuyer les éléments majeurs du projet de soins.

C. Les mutations technologiques

Celles-ci s'accélèrent, tant dans les hôpitaux que dans les structures de formation. Il faut les préparer pour pouvoir les utiliser pleinement.

c.1 Dans les GH

Les principales mutations sont les suivantes : informatisation du dossier patient, télétransmission, évolution des équipements biomédicaux, automatisation des tâches, etc.

Les professionnels (futurs et en poste) doivent être moteurs. Les formations initiales et continues doivent les y aider.

c.2 Dans les structures de formation, il faut en tirer les conséquences :

Les étudiants et les stagiaires (formations initiale et continue) doivent pouvoir utiliser ces nouveaux outils et profiter également des nouveaux modes d'apprentissage (e-learning, simulation, contenus en ligne, etc.)

Le développement de ces nouvelles technologies ne doit pas se faire au détriment du contact avec les utilisateurs.

Afin de veiller à une bonne adaptation de l'offre de formation aux besoins, des rencontres régulières avec les GH, le CFDC et la DSAP permettront un suivi et une actualisation régulière des priorités arrêtées conjointement.

Références

Les liens du projet de soins avec les instances institutionnelles

Les interactions médico-paramédicales au sein des instances : CCSIRMT, CME, cellule QSS & CAPCU sont à favoriser et à développer au niveau central et dans les groupes hospitaliers et hôpitaux hors GH.

Les références réglementaires du projet de soins

Document réglementaire précisé dans plusieurs textes : « fait partie intégrante du projet d'établissement » article L.6143-2 du CSP modifié par l'Ordonnance n°2010 du 23 février 2010.

« Le projet d'établissement comporte un projet de prise en charge du patient en cohérence avec le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'un projet social ».

Article 10 de la loi HPST : article L. 6143-7-4 : « Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ».

Rôle de la CME depuis le décret du 20 septembre 2013 : elle demeure informée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les fonctions et missions des directeurs de soins

Liées au statut

Le statut de directeur des soins est régi par le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Sous l'autorité du directeur d'établissement ...

« 3. Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en oeuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ... »

La déclinaison des orientations stratégiques du projet de soins 2015-2019 se fera au sein des groupes hospitaliers et des hôpitaux non rattachés aux GH sous la conduite des coordonnateurs généraux des soins et des directeurs de soins.

Plan d'actions des 10 orientations du projet de soins 2015-2019

*construit à partir des travaux
des groupes hospitaliers*

Fiches actions des 10 orientations

- ▶ **Orientation 1**
Redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée 101

 - Fiche actions 1 - 2 et 3

- ▶ **Orientation 2**
Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins 107

 - Fiche action 2.1
 - Fiche action 2.2
 - Fiche action 2.3

- ▶ **Orientation 3**
S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens 115

 - Fiche action 3.1
 - Fiche action 3.2
 - Fiche action 3.3
 - Fiche action 3.4
 - Fiche action 3.5

- ▶ **Orientation 4**
Développer et formaliser les parcours de soins 137

 - Fiche action 4.1
 - Fiche action 4.2
 - Fiche action 4.3

- ▶ **Orientation 5**
Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes 145

 - Fiche action 5

- ▶ **Orientation 6**
Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins 153

 - Fiche action 6.1 DSAP AP-HP
 - Fiche action 6.1 GH
 - Fiche action 6.2
 - Fiche action 6.3
 - Fiche action 6.4

- ▶ **Orientation 7**
Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leurs savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé 171

 - Fiche action 7.1
 - Fiche action 7.2
 - Fiche action 7.3

- ▶ **Orientation 8**
Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge 183
 - Fiche action 8

- ▶ **Orientation 9**
Accompagner sur le plan soignant la mise en oeuvre du développement professionnel continu 189
 - Fiche action 9

- ▶ **Orientation 10**
Renforcer les collaborations entre les centres de formation et les groupes hospitaliers en formation initiale et continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies... 195
 - Fiche action 10.1
 - Fiche action 10.2

Orientation 1

*Redonner de la lisibilité aux organisations soignantes
et aux acteurs qui les portent au travers
d'une ligne managériale paramédicale renforcée*

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique :

Redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée

Actions n°1, 2 et 3

Intitulé des actions :

Action 1 : formaliser le schéma d'encadrement, le faire vivre et lui donner du sens au sein des GH au plus près des équipes.

Action 2 : formaliser le schéma d'information, de communication et d'animation.

Action 3 : mieux organiser le temps de travail.

Objectif cible : chaque professionnel connaît les organisations soignantes en place et identifie les différents acteurs qui les portent.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DRH

Direction de la communication

Direction opérationnelle du parcours patient

Direction des affaires médicales

Directions du site

Equipes exécutives de pôles

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
 - L'ensemble des professionnels de santé des groupes hospitaliers.
- **Services, secteurs, sites concernés**
 - Les pôles d'activité.
 - Les directions de soins de site.
- **Organismes indépendants et Tutelles**
 - Les organisations syndicales et les instances consultatives.
- **Au titre des relations avec les usagers et ou leurs représentants**
 - Les représentants des usagers et/ou associatifs.

Contexte

Plan attractivité / fidélisation des cadres de l'APHP.

Mouvement des cadres à l'AP-HP.

Projet social et professionnel AP-HP.

Baromètre interne enquête de satisfaction.

Evolution du système de santé.

Hétérogénéité des organisations et des temps de travail.

Amélioration dans la synchronisation des temps paramédicaux et non médicaux

Structures complexes de certains pôles d'activité.

Restructurations accompagnant la mise en œuvre des projets médicaux.

Nouveau système d'information.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : formaliser le schéma d'encadrement paramédical (cible 100% des GH), le faire vivre et lui donner du sens au sein des GH au plus près des équipes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir et préciser les rôles et les missions de l'encadrement de proximité et de l'encadrement supérieur. • Accompagner, clarifier et contractualiser les projets professionnels des FFCS. • Définir les grands axes d'une politique d'attractivité et de fidélisation des cadres de santé. • Etablir le dimensionnement des équipes de cadres et déterminer des effectifs cibles par grades et métiers. • Mettre à disposition des cadres en fonction de leurs niveaux de responsabilité les outils permettant leurs missions. • Définir les modalités de continuité de l'encadrement H24. • Organiser et structurer l'accompagnement des équipes de nuit. 	X		DRH	X				
<p>ACTION 2 : formaliser le schéma d'information, de communication et d'animation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurer les modalités de dialogue avec l'encadrement paramédical : <ul style="list-style-type: none"> - définir les types de réunions et leur fréquence ; - organiser un séminaire d'encadrement annuel /GH • Mettre en place un réseau partagé d'outils de suivi. • Recenser les domaines ou lieux d'expertise. • Utiliser le rapport d'activité par pôle comme outil de communication avec les équipes. • S'appuyer sur l'entretien professionnel en tant que repérage des potentiels, de développement des compétences et de valorisation. 		X	Direction générale du GH DRH Direction informatique DRH	X				

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 3 : mieux organiser le temps de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> Appliquer les règles de bonnes pratiques de gestion et d'organisation du temps de travail inhérentes à la politique RH institutionnelle. Elaborer et mettre en œuvre une charte de planning de présence au travail dans tous les GH Elaborer la politique de remplacement et de fonctionnement des services infirmiers de compensation. Définir une politique de transmission inter-équipe. Fluidifier et améliorer les interfaces organisationnelles médico-soignantes (synchronisation des temps médico-soignant). Adapter les organisations de travail paramédicales en lien avec un outil d'évaluation de la charge en soins. 	X	X	DRH Direction des affaires médicales		X			

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
<p>ACTION 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de GH ayant formalisé le schéma d'encadrement. Nb de FFCS ayant contractualisé leur projet professionnel/Nb de FFCS de l'AP-HP Nb de GH ayant élaboré le tableau des effectifs cibles de cadres (y compris grève)/Nb de GH Taux de GH ayant défini les modalités de continuité de l'encadrement sur H24. 	DSAP Siège DRH Siège DSAP GH	Annuelle
<p>ACTION 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de GH organisant un séminaire cadres paramédicaux/an Taux de pôles de l'AP-HP réalisant un rapport synthétique d'activité. (cible 100%) Taux de cadres et de FFC ayant eu un entretien professionnel/ Nb de cadres et FFC concernés à l'AP-HP 	DSAP Siège DRH Siège DSAP GH	Annuelle
<p>ACTION 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de GH ayant mis en place une charte des plannings Taux de pôles ayant une procédure sur la réalisation des transmissions inter/équipe/ Nb total de pôles du GH. 	DSAP Siège DSAP GH	2016 / 2017
Indicateurs de résultat	Réfèrent de l'action	Fréquence

Orientation 2

*Développer la coordination médecins / soignants
pour une prise en charge efficiente au service du patient
garantissant qualité et sécurité des soins*

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique :

Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins

Action n°2.1

Intitulé de l'action : collaboration efficiente du binôme médecin responsable d'unité / cadre de santé paramédical d'unité au bénéfice de la qualité des prises en charge

Objectif cible : permettre aux médecins responsables d'unité et cadres paramédicaux d'unité de structurer et coordonner leurs activités en lien avec la gestion de l'unité au bénéfice de la qualité et de l'efficience des prises en charge.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DOMU

DSAP

DRH

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Médecins responsables d'unité, cadres paramédicaux de gestion.
- **Services, secteurs, sites concernés**
Toute unité clinique ou médico-technique de chaque GH.

Contexte

Bilan réalisé pour le plan stratégique

Baromètre interne 2013

Plan attractivité / fidélisation des cadres

Projet social et professionnel

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 1 : formaliser les missions de chaque acteur et les communiquer <ul style="list-style-type: none"> Formaliser les missions du cadre paramédical. Communiquer sur les modalités de formation des cadres paramédicaux et sur les fonctions du cadre paramédical en gestion. 	X	X	Les pôles	X				
ACTION 2 : assurer la formation continue commune pour le binôme médecin responsable d'unité / cadre paramédical <ul style="list-style-type: none"> Elaborer un programme de formation continue commune afin de favoriser : <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'équilibre médico-économique de l'unité ; ✓ la qualité et la sécurité des prises en charge ; ✓ l'adaptation des organisations à l'évolution des prises en charge ; ✓ le développement des parcours de soins. Déployer le programme de formation commune sur l'ensemble des GH. 		X	DRH Les pôles	X	X			
ACTION 3 : élaborer les outils pour une collaboration médecin chef d'unité / cadre paramédical <ul style="list-style-type: none"> Organiser les espaces de coordination : séances de travail communes, séances d'analyse des indicateurs de gestion de l'unité et élaboration de plans d'actions, réunions d'équipes, rencontres avec le trio de pôle. Formaliser l'organisation et les projets de services : procédures organisationnelles, projets de service, charte de fonctionnement. 		X	Les pôles		X			

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
ACTION 2 <ul style="list-style-type: none"> Taux de de binômes (CPP et chef de pôle) ayant participé à une formation continue commune en lien avec la qualité sécurité des soins 	DSAP du GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référénts de l'action	Fréquence
ACTION 3 <ul style="list-style-type: none"> Taux de pôles ayant formalisé une charte de fonctionnement médecins/cadres au sein du pôle 	DSAP du GH	Annuelle

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique :

Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins.

Action n°2.2

Intitulé de l'action : développement du raisonnement clinique paramédical.

Objectif cible : permettre aux professionnels de maîtriser le raisonnement clinique pour ensuite co-construire avec le corps médical des outils au service de l'amélioration continue de la qualité des soins (parcours de soins, plans de soins types, chemins cliniques, guide de séjour).

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DOMU

DSAP

Direction du système d'information

Frontières de l'action

• **Acteurs ciblés**

- ✓ Ensemble des professionnels paramédicaux, toutes filières et chaque acteur de la ligne managériale paramédicale.
- ✓ Etudiants des instituts de formation paramédicale de l'AP-HP.

• **Services, secteurs, sites concernés**

- ✓ Tous services cliniques et médico-techniques participant à la prise en charge des patients de chaque GH.
- ✓ Les instituts de formation paramédicale de l'AP-HP.

Contexte

- Informatisation du dossier patient.
- Méthodologie V2014 de la certification HAS.
- Développement des parcours de soins.
- Participation des paramédicaux à des soins de plus en plus complexes.

Référentiels et/ou textes réglementaires

Référentiels : plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjour

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique :

Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins.

Action n°2.3

Intitulé de l'action : Impact de l'informatisation des outils de soins et de l'émergence de la domotique sur les organisations médico-soignantes.

Objectif cible : l'évolution rapide des nouvelles technologies dans le domaine de la santé fait évoluer les pratiques et les organisations médico-soignantes. Ces évolutions doivent être anticipées et portées par les utilisateurs médecins et paramédicaux pour un gage d'appropriation et d'efficacité.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DOMU

DSAP

Direction du système d'information

DEFIP

Frontières de l'action

• **Acteurs ciblés**

✓ **Médecins de toutes disciplines.**

✓ **Ensemble des professionnels paramédicaux, toutes filières et chaque acteur de la ligne managériale paramédicale.**

• **Services, secteurs, sites concernés**

✓ **Toutes unités de gestion de chaque GH.**

Contexte

Référentiels et/ou textes réglementaires

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 1 : organiser la veille documentaire relative à l'évolution des nouvelles technologies en santé (informatique, domotique) et la diffuser aux utilisateurs soignants médicaux et paramédicaux	X	X	DRH DSI DOMU	X	X			
ACTION 2 : consolider la participation des utilisateurs soignants médicaux et paramédicaux aux comités stratégiques, de pilotage et opérationnels pour les projets de déploiement de logiciel métier ou d'équipement de domotique		X	DSI	X	X	X		
ACTION 3 : informer au plus tôt les responsables médicaux et cadres paramédicaux concernés par les projets de déploiement de tout nouveau logiciel ou d'équipement <ul style="list-style-type: none"> Séances d'information à un niveau GH, pôle ou unité de gestion selon le type de projet. Présentation de l'impact potentiel sur les organisations médico-soignantes. Actualisation des chartes de fonctionnement des unités de soins si besoin/an 		X	DSI	X	X	X		

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
ACTIONS 1, 2 et 3 <ul style="list-style-type: none"> Nb de comités relatif à ce type de projet intégrant les utilisateurs médicaux et paramédicaux/GH 	DSAP GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référénts de l'action	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> Nb de réunions de présentation des projets de déploiement de logiciel métier ou d'équipement domotique/GH 	DSAP GH	Annuelle

Orientation 3

*S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration
de la qualité des soins et de prévention
des risques évitables liés aux soins
en poursuivant les actions engagées dans ce sens*

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique :

S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens.

Action n° 3.1

Intitulé de l'action :

Objectif cible : garantir à tous les patients accueillis sur le GH des soins de qualité.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

Direction qualité et gestion des risques et relations avec les usagers

Pharmacie

Hémovigilance

EOH

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Tous les professionnels de santé relevant de la direction des soins.
- **Services, secteurs, sites concernés**
Ensemble des pôles et des services du GH

Contexte

Le service public territorial de santé selon le rapport Devictor précise les principes du service public hospitalier :

- **neutralité** : non-discrimination pour des motifs d'ordre moral, politique, religieux ou financier.
- **égalité d'accès aux soins** : accessibilité financière et géographique pour tous les patients quels que soient leurs situations et leurs handicaps. Délais d'attente-clé.
- **continuité** : accès permanent et régulier à l'offre de soins, réponse aux soins non programmés et continuité territoriale.
- **adaptabilité** : adaptation aux besoins des usagers et propositions de services en lien avec les avancés.

Avant-projet de loi relatif à la santé.

Référentiels et/ou textes réglementaires

- Discours des vœux de Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP, 16 janvier 2014.
- Projet médical 2015 – 2019 de l'AP-HP.
- Le patient-traceur en établissement de santé – Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS, octobre 2013.
- Le service public territorial de santé (SPTS), développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé, rapport de B. Devictor, mars 2014.
- Le troisième plan cancer : l'AP-HP s'engage, Serge Uzan et le groupe cancer, mai 2014 (document synthétique).
- Liste des thématiques de la V2014, HAS.
- Plan stratégique 2015 – 2019, AP-HP.
- Rapport « L'an II de la démocratie sanitaire », de C. Compagnon en collaboration avec V. Ghadi, 14 février 2014.
- Avant-projet de loi relatif à la santé, août 2014.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>Objectif : Assurer à tous les patients des soins de qualité et une équité de traitement, sans discrimination pour des motifs d'ordre moral, culturel, politique, sexuel, religieux ou financier.</p> <p>Actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir les patients en tenant compte de la situation clinique et de leurs besoins spécifiques (malvoyants, mobilité réduite) par une identification des besoins et une traçabilité dans le dossier de soins. • Adapter et réajuster les soins dispensés en fonction de l'état de dépendance, de précarité, de fragilité ou de handicap des patients, quelque soit l'âge. • Permettre au patient d'effectuer des choix éclairés, par la délivrance d'une information loyale et adaptée et tracer cette information dans son dossier. • Respecter la confidentialité des informations partagées et préserver l'intimité des patients. • Participer à la sécurisation des biens du patient. • Garantir un accès aux soins, en mettant tout en œuvre pour optimiser les délais. • Proposer un transport interne ou des équipements adaptés aux besoins particuliers du patient. • Associer, pour tous les patients, l'entourage et les familles à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de nutrition, dans la mesure du possible et sur avis médical, et de manière systématique en pédiatrie. • Concernant l'enfant et l'adolescent, Intégrer le jeu dans le projet thérapeutique et s'attacher à maintenir le développement psychoaffectif. • Prévenir la banalisation dans les soins et préserver le sens du soin, par l'intégration d'une réflexion éthique multidisciplinaire dans les pôles et les services. • Renforcer la préparation à la sortie du patient hospitalisé en organiser l'aval avec les professionnels concernés et délivrer la lettre de liaison. • Identification des professionnels de santé par le port du badge et une présentation synthétique lors de la première rencontre avec le patient. 		X	<p>Direction qualité</p> <p>Les pôles</p>	X	X	X	X	X

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
ACTION 1 <ul style="list-style-type: none"> • Evolution des résultats de l'évaluation de la tenue du dossier de soins année n/n-1 • Evolution du taux d'évènements indésirables liés aux soins (OSIRIS) année n/n-1 • Nb de réunions éthique / GH. 	DSAP du GH	Annuelle
Indicateur de résultat	Référent de l'action	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • Nb de services ayant transmis un rapport d'activité incluant le suivi du projet de soins/Nb total de services du GH 	DSAP du GH	Annuelle

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique :

S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens.

Action n° 3.2

Intitulé de l'action :

Objectif cible : intégrer les droits et attentes des personnes soignées.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

Direction qualité et gestion des risques et relations avec les usagers

Pharmacie

Hémovigilance

EOH

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Tous les professionnels de santé relevant de la direction des soins.
- **Services, secteurs, sites concernés**
Ensemble des pôles et des services du GH

Contexte

- **Les droits des patients – le rapport COMPAGNON préconise le renforcement de la démocratie sanitaire : fonctionnement transparent de l'hôpital avec implication des usagers dans les instances de gouvernance :**
 - ✓ recommandation n°1 : mettre en place un mécanisme de concertation obligatoire au cœur des décisions de santé ;
 - ✓ recommandation n°2 : positionner les représentants des usagers dans les lieux de décisions ;
 - ✓ recommandation n°3 : mettre en œuvre une commission des usagers au sein des ETS à la hauteur des enjeux de qualité, de sécurité des soins et de respect des droits ;
 - ✓ recommandation n°4 : favoriser le travail en commun entre usagers et soignants au plus près du malade ;
 - ✓ recommandation n°5 : développer une politique de formation et de recherche en faveur de la participation des usagers à destination des professionnels et des représentants des usagers ;
 - ✓ recommandation n°6 : inscrire la représentation des usagers au niveau d'un territoire et garantir l'effectivité de leurs droits ;
 - ✓ recommandation n°7 : permettre aux plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé et garantir ainsi l'effectivité de leurs droits ;
 - ✓ recommandation n°8 : démocratie participative et dialogue avec les acteurs de la société civile : se doter des outils d'une citoyenneté active ;
 - ✓ recommandation n°9 : donner les moyens de la participation aux usagers et aux citoyens.
- **Livre Vert : une AP-HP unie, ouverte et innovante :**
 - ✓ maîtrise des délais de rendez-vous, simplification des parcours de soins des patients (visibilité, orientation, fluidité), aide au retour à la vie quotidienne.
- **Avant-projet de loi relatif à la santé.**

Référentiels et/ou textes réglementaires

- Discours des vœux de Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP, 16 janvier 2014.
- Projet médical 2015 – 2019 de l'AP-HP.
- Le patient-traceur en établissement de santé – Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS, octobre 2013.
- Le service public territorial de santé (SPTS), développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé, rapport de B. Devictor, mars 2014.
- Le troisième plan cancer : l'AP-HP s'engage, Serge Uzan et le groupe cancer, mai 2014 (document synthétique).
- Liste des thématiques de la V2014, HAS.
- Plan stratégique 2015 – 2019, AP-HP.
- Rapport « L'an II de la démocratie sanitaire », de C. Compagnon en collaboration avec V. Ghadi, 14 février 2014.
- Avant-projet de loi relatif à la santé, août 2014.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référents de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>Objectif : Améliorer le respect des droits du patient</p> <p>Actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître aux patients et aux familles la charte du patient hospitalisé et la charte de bientraitance. • Favoriser la pluridisciplinarité dans la PEC des patients. • Privilégier l'autonomie du patient et prévenir tout type d'alea. • Simplifier les parcours de soins et redonner des informations à chaque étape. • Contribuer à faciliter la prise de rendez-vous. • Respecter les droits des patients dans le cadre des restrictions des mesures de libertés (prescription médicale d'isolement et de contention). • Faire participer les patients experts à la définition des processus de soins. • Organiser le retour à la vie quotidienne (ex. : prise en charge postopératoire à domicile). • Limiter le renoncement aux soins de certains patients par le recours à des personnes ressources (assistantes sociales, organismes, ambassades...). • Accompagner les personnes en fin de vie et soutenir les proches. Favoriser leur présence. • Entendre les souhaits du patient concernant sa sortie et définir une prise en charge adéquate et pluridisciplinaire reposant sur la recherche d'un consensus familial. • Recueillir les informations relatives à la personne de confiance. Favoriser le recueil des directives anticipées. • Prendre en compte le refus de soins des patients et tracer ces éléments dans le dossier. • Tenir compte des souhaits du patient concernant le don d'organes. • Tenir compte des rites culturels du patient en cas de décès. Accompagner les familles endeuillées. 		X	<p>Direction qualité</p> <p>Les Pôles</p>	X	X	X	X	X

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Encourager la participation des associations et leur implication dans la vie hospitalière. Associer les usagers à l'évolution des organisations hospitalières et tenir compte de leurs demandes. Actions : <ul style="list-style-type: none"> Développer la participation des associations dans l'accueil des patients et leur accompagnement Encourager la participation des représentants des usagers à la CCSIRMT 		X	Direction qualité					

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
ACTION 1 <ul style="list-style-type: none"> Taux de dossiers patient comportant la mention de la personne de confiance (campagne TDP 2016). Nb de contentions observées 1 jour donné/nb de contentions prescrites. 	Indicateur IPAQSS DSAP du GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référent de l'action	Fréquence

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique :

S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens.

Action n° 3.3

Intitulé de l'action :

Objectif cible : accompagner les restructurations et les évolutions garantissant la qualité et sécurité des soins.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

Direction qualité et gestion des risques et relations avec les usagers

Pharmacie

Hémovigilance

EOH

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**

Tous les professionnels de santé relevant de la direction des soins.

- **Services, secteurs, sites concernés**

Ensemble des pôles et des services du GH

Contexte

- **Livre Vert : une AP-HP unie, ouverte et innovante :**

- ✓ **développement de l'ambulatoire** (45 % à l'AP-HP en 2019, contre 26 % à ce jour) et réduction des besoins capacitaires en lits dans certaines disciplines ;
- ✓ **transformation de l'activité de biologie** : augmentation de l'activité liée aux consultations et à l'activité externe et **accréditation des laboratoires** ;
- ✓ **réduction des secteurs vétustes** ayant un impact sur la qualité des soins.
- ✓ développement des **filières rapides aux urgences** et département d'aval ;
- ✓ favoriser le **dépistage et la prévention**.

- **Avant-projet de loi relatif à la santé.**

Référentiels et/ou textes réglementaires

- Discours des vœux de Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP, 16 janvier 2014.
- Projet médical 2015 – 2019 de l'AP-HP.
- Le patient-traceur en établissement de santé – Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS, octobre 2013.
- Le service public territorial de santé (SPTS), développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé, rapport de B. Devictor, mars 2014.
- Le troisième plan cancer : l'AP-HP s'engage, Serge Uzan et le groupe cancer, mai 2014 (document synthétique).
- Liste des thématiques de la V2014, HAS.
- Plan stratégique 2015 – 2019, AP-HP.
- Rapport « L'an II de la démocratie sanitaire », de C. Compagnon en collaboration avec V. Ghadi, 14 février 2014..
- Avant-projet de loi relatif à la santé, août 2014.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référents de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les restructurations, les évolutions et la montée en charge de l'activité ambulatoire et des parcours de soins, tout en garantissant la qualité et sécurité des soins. <p>Actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner la mise en œuvre des plateformes de jour avec mutualisation. • Développer les secteurs interventionnels mutualisés. • Favoriser les accueils sans rendez-vous et les circuits courts. • Favoriser l'ordonnancement du séjour du patient. • Garantir la qualité des prélèvements biologiques : qualité des informations saisies, délais d'acheminement. • Favoriser l'éducation thérapeutique du patient, notamment dans le cadre de l'ambulatoire et de séjour court. • Travailler en partenariat avec l'HAD et les réseaux. • Favoriser le regroupement des structures sur le GH. • Tenir compte de l'ergonomie des locaux et favoriser les mesures de confidentialité. • Apporter une expertise pour améliorer l'accès aux locaux des personnes à mobilité réduite. • Développer par des actions ciblées le dépistage ou la prévention. • Créer une unité mobile de nutrition. • Accompagner le renouvellement des équipements lourds en termes de formation / qualité / sécurité des soins. 	X	<p style="text-align: center; color: #4f81bd;">Les pôles</p> <p style="text-align: center; color: #4f81bd;">Direction qualité</p> <p style="text-align: center; color: #4f81bd;">Direction travaux</p>	X	X	X	X	X	

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
<p>ACTION 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolution du taux d'évènements indésirables (Osiris) dans les secteurs ambulatoires. 	DSAP du GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Réfèrent de l'action	Fréquence

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique :

S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens.

Action n° 3.4

Intitulé de l'action :

Objectif cible : poursuivre la politique d'amélioration continue des pratiques et la prévention des risques

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

Direction qualité et gestion des risques et relations avec les usagers

Pharmacie

Hémovigilance

EOH

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Tous les professionnels de santé relevant de la direction des soins.
- **Services, secteurs, sites concernés**
Ensemble des pôles et des services du GH

Contexte

- **Certification HAS et projet médical APHP**
- **Programme QSS & CAPCU**
- **Projet qualité gestion des risques de l'APHP**
- **PAQSS**
 - ✓ Poursuivre en lien avec le PAQSS des plans d'amélioration relatifs à :
 - la douleur notamment pour les patients non communicants ;
 - les escarres acquises ;
 - la prévention de la dénutrition ;
 - la prise en charge des urgences vitales ;
 - la sécurité transfusionnelle ;
 - l'identité-vigilance ;
 - l'hygiène et BMR et BHRé ;
 - la prise en charge médicamenteuse ;
 - comportements à risque : les fugues, les suicides et les addictions. Chutes et violence.
 - ✓ poursuivre les RMM et CREX, porteurs d'amélioration des soins en partenariat avec les médecins ;
 - ✓ intégrer aux soins les droits et les nouvelles attentes des patients et de leurs proches ;
 - ✓ renforcer l'axe sécuritaire en tenant compte du bilan de la V2010.
 - ✓ Préparer l'accréditation des laboratoires et de l'hémato-hémobio-thérapie cellulaire. Prévenir les risques en médecine nucléaire, radiothérapie, secteurs interventionnels.
- **Avant-projet de loi relatif à la santé.**

Référentiels et/ou textes réglementaires

- Discours des vœux de Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP, 16 janvier 2014.
- Projet médical 2015 – 2019 de l'AP-HP
- Le patient-traceur en établissement de santé – Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS, octobre 2013.
- Le service public territorial de santé (SPTS), développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé, rapport de B. Devictor, mars 2014.
- Le troisième plan cancer : l'AP-HP s'engage, Serge Uzan et le groupe cancer, mai 2014 (document synthétique).
- Liste des thématiques de la V2014, HAS.
- Plan stratégique 2015 – 2019, AP-HP
- Rapport « L'an II de la démocratie sanitaire », de C. Compagnon en collaboration avec V. Ghadi, 14 février 2014.
- Avant-projet de loi relatif à la santé, août 2014.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
Objectifs : • Poursuivre la politique d'amélioration continue des pratiques et la gestion des risques en lien avec le PAQSS		X	Direction qualité Les pôles	X	X	X	X	X
Actions : Améliorer la prise en charge de la DOULEUR • Mesurer systématiquement la douleur de tous les patients à l'entrée, assurer la traçabilité dans le dossier de soins et prendre en charge leur douleur de manière individualisée.		X	CLUD					
PREVENTION DE LA DENUTRITION • Dépister systématiquement le risque de dénutrition des patients entrants et assurer un suivi durant le séjour		X	CLAN GH					
PREVENTION D'ESCARRES • Poursuivre la politique AP-HP de prévention des escarres. • Formaliser un plan d'action concernant la prévention et les soins d'escarres dans chaque pôle. • Utiliser des échelles validées pour mesurer le risque d'escarres dans toutes les unités de soins. • Utiliser des protocoles ou fiches techniques de prévention d'escarres dans toutes les unités de soins. • Utiliser des protocoles ou fiches techniques de soins d'escarres dans toutes les unités de soins.		X						
Formation aux GESTES D'URGENCE • Poursuivre et renouveler la formation des professionnels aux gestes d'urgence, gage de sécurité en situation d'urgence vitale et lors des soins. • Réactualiser, chaque année, la cartographie des chariots d'urgence.		X	Les Pôles					
HEMOVIGILANCE • Améliorer la traçabilité en matière de sécurité transfusionnelle. • Organiser et renouveler la formation des professionnels. • Améliorer les résultats de conformité des examens immuno-hématologiques. • Se doter de matériel / équipements spécifiques en fonction des services.		X	CSTCH					
IDENTITO VIGILANCE • Appliquer les bonnes pratiques d'identito-vigilance.		X						

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>Prévenir les INFECTIONS LIEES AUX SOINS</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire appliquer les mesures d'hygiène conformément aux recommandations et à l'évolution des textes réglementaires. Identifier annuellement les référents hygiène et autres référents du GH. Recenser les patients, à l'entrée ou lors de la pré-admission ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger. 		X	CLIN EOH	X	X	X	X	X
<p>Sécuriser la prise en charge du MEDICAMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévenir les risques liés à l'administration par l'application par les professionnels de la règle des 5 B (bon médicament, bon patient, bon moment, bonne voie, bonne dose), en étant tout particulièrement vigilant au bon débit en pédiatrie, et par la réduction du nombre d'interruptions de soins. Harmoniser la qualité et la sécurité des supports de prescription médicale. Poursuivre la formation des professionnels à la prise en charge médicamenteuse. Promouvoir la bonne pratique de gestion des médicaments. Améliorer la traçabilité de l'administration médicamenteuse sur le même support que la prescription. Améliorer la conformité du stockage du KCI et sécuriser son administration par protocole en pédiatrie. Améliorer la conformité du rangement des chariots de médicaments afin de supprimer les lieux de stockage secondaire. 		X	Direction qualité RSMQ					
<p>Prévention de L'INCONTINENCE URINAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluer les pratiques en cours Mettre en œuvre les préconisations institutionnelles 	X	X						
<p>Prévenir LES FUGUES</p> <ul style="list-style-type: none"> Systematiser le port du bracelet d'identification ; organiser des rondes de surveillance des patients à risques ; assurer la formation du personnel ; connaître et diffuser une EPP : que faire en cas de fugue ; actualiser et diffuser la procédure d'alerte au niveau de la direction concernant le signalement ; demander au patient et aux familles d'informer le service des retards pour les permissions. 		X	Direction qualité	X	X	X	X	X

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
Dépister les risques de SUICIDE en MCO <ul style="list-style-type: none"> sensibiliser les professionnels à l'identification du risque dès l'admission du patient assurer la traçabilité dans le dossier de soins Mettre en œuvre les mesures adaptées dans une réflexion pluri professionnelle. 		X	Direction qualité					
PREVENTION DES CHUTES <ul style="list-style-type: none"> Demander l'appui des rééducateurs et ergothérapeutes, pour protéger le patient de son environnement : matériel, formation, protocoles éduquer le patient et son entourage en lui demandant de sonner avant de se lever pour éviter les chutes. 		X						
PREVENTION DE LA VIOLENCE <ul style="list-style-type: none"> En psychiatrie mettre en place un inventaire d'accueil systématique pour retirer tous les objets dangereux Former et éduquer les nouveaux arrivants à la question de la violence Actualiser et diffuser des procédures sur la gestion de la crise, et former les personnels sur la conduite à tenir. 		X						
Objectif: <ul style="list-style-type: none"> Pour l'ensemble des risques : communiquer, informer, former, être à l'écoute du personnel et des malades Actions : <ul style="list-style-type: none"> poursuivre les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et l'analyse des pratiques au sein des RMM et CREX thématiques (chutes, fugues, médicaments, radiothérapie, stérilisation ...) regrouper les critères pour établir un score sur les indicateurs dans les EPP améliorer la transmission des résultats des EPP ainsi que la mise en œuvre des recommandations pouvant en découler mettre des barrières de sécurité dans chaque domaine du risque, s'assurer que les barrières mises en place sont efficaces en pédiatrie, poursuivre le déploiement d'une politique commune de surveillance clinique de l'enfant et de l'adolescent s'appuyant sur une collaboration médico-soignante prendre en compte les risques psycho-sociaux par des fiches de traçabilité sur les démarches à suivre et les mesures prises : psychologue, réunions éthique... veiller au respect des patients, à l'hygiène, au bruit, au droit à l'image. Faire respecter le non utilisation du portable durant l'activité de soins. 		X	Direction qualité Les Pôles	X	X	X	X	X

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référents de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer la dimension éthique dans les soins <p>Actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • droit du patient, droit à l'information, à l'intimité, savoir écouter : bienveillance, savoir utiliser son droit d'alerte sur les situations déviantes • identifier et respecter le rythme des patients pour la réalisation des soins • respecter les volontés du patient, religion, langue dans le respect de la laïcité • Améliorer dans les soins, la prise en compte : <ul style="list-style-type: none"> - Du refus de soins - De la réflexion bénéfique/risque - Des droits et attentes des usagers - De la dimension relationnelle et humaine - De la place de la famille et des aidants - Du respect de la confidentialité • Contribuer au développement de l'hospitalité 		X	Direction qualité	X	X	X	X	X

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
<p>ACTION 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de traçabilité douleur du patient à l'entrée. • Taux de dépistage de la dénutrition à l'entrée du patient (IPAQSS niveau 3) • Nb de professionnels formés PEC médicamenteuse/GH. 	<p style="color: #4f81bd;">Indicateur IPAQSS</p> <p style="color: #4f81bd;">DSAP du GH</p>	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référent de l'action	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • Taux de traçabilité Produits Sanguins Labiles (100% tous les mois) 	DSAP du GH	Annuelle

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens

Action n°3.5

Intitulé de l'action : Amélioration continue de la tenue du dossier de soins

Objectifs cibles : Accompagner les GH dans l'amélioration continue de la tenue du dossier de soins. Impliquer chaque professionnel paramédical dans l'amélioration de la tenue du dossier de soins

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DOMU – DEFIP - Direction Qualité

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**

Auxiliaires médicaux, aides-soignants et auxiliaires de puériculture conformément au Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011

Etudiants paramédicaux des instituts de formation de l'AP-HP et hors instituts de formation de l'AP-HP

Les cadres de santé paramédicaux responsables d'unité ou de secteur

- **Services, secteurs, sites concernés**

Les services cliniques de plus et moins de 24 heures, Les consultations

Le plateau médico-technique

Les secteurs de la rééducation

Contexte

Les travaux d'évaluation de la tenue du dossier médical ont montré que la qualité des écrits et des modalités de gestion du dossier (conditions d'accès et de transmission) a un impact dans 6 domaines:

- Améliore les soins du patient et l'organisation de son parcours de soins
- Améliore les rapports et la communication avec les patients (ou leurs proches le cas échéant en cas d'incapacité)
- Facilite le travail en équipe et les transmissions interprofessionnelles
- Permet, dans certains cas, d'être le support d'une démarche d'éducation thérapeutique
- Améliore les possibilités d'études et de recherche visant à améliorer les connaissances médicales
- Permet une meilleure gestion des conflits et des contentieux

Les Directions des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP et des GH évaluent la tenue du dossier de soins paramédical depuis 20 ans dans un dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles. Depuis 2012 cette évaluation est faite conjointement avec l'évaluation de la tenue du dossier patient (TDP) piloté par la HAS. Les données sont saisies sur QUALHAS. Depuis 2012 la HAS s'intéresse à l'évaluation de la tenue du dossier de soins (TDS) de l'AP-HP et s'est impliquée au travers d'une convention d'expérimentation dossier de soins sur la plateforme QUALHAS.

La HAS dans le cadre de l'évaluation du TDP, évalue également des indicateurs qualité à laquelle les paramédicaux participent : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN), Evaluation de la douleur (TRD) et Evaluation du risque d'escarre (TRE)

Référentiels et/ou textes réglementaires

l'article R.1112-2 du Code de la santé publique (CSP) précise que le dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient différents éléments classés dont le dossier de soins infirmiers ou à défaut les informations relatives aux soins infirmiers et les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé

L'article R. 4311-3 du CSP relatif au rôle propre des infirmiers, précise que celui-ci « ...identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer avec les membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ».

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 5 : poursuivre les travaux engagés avec la HAS pour harmoniser l'évaluation du TDS et du TDP								
• Signer la convention d'expérimentation dossier de soins sur plateforme QUALHAS	X		DAJ HAS	X		X		X
• Participer aux réunions d'évolution du TDP	X		HAS	X	X	X	X	X
ACTION 2 : Evaluer la tenue du dossier de soins								
• Communiquer au niveau AP-HP les modalités d'organisation de l'évaluation du TDS	X				X		X	
• Assurer les liens avec la HAS.	X				X		X	
• Impliquer l'encadrement et les équipes soignantes dans la campagne d'évaluation		X			X		X	
• Assurer l'évaluation du TDS en partenariat avec la direction qualité et équipe médicale		X						
ACTION 3 : Gérer les résultats de l'évaluation du TDS sur QUALHAS								
• Analyser les fichiers TDS de QUALHAS et téléchargement sur OPALE	X		DEFIP		X		X	
• Elaboration du rapport TDS niveau APHP	X				X		X	
• Communiquer les résultats du TDS aux instances centrales et au GH	X		DOMU		X		X	
• Identifier les besoins en formation au regard des problématiques communes	X		CFCPPH		X		X	
• Analyser les résultats du GH/Service/pôle/service à partir d'OPALE et du rapport de la DSAP		X			X		X	
• Communiquer les résultats du TDS au niveau GH / Site / Pôle / Service		X			X		X	
ACTION 4 : Coordonner et animer le groupe de travail des cadres experts sur TDS			HAS DOMU DEFIP					
• Assurer le bilan de la campagne de TDS	X							
• Identifier les éléments du référentiel à faire évoluer	X	X	HAS DOMU	X		X		X
• Assurer la mise en conformité des requêtes OPALE	X		DEFIP					
ACTION 5 : Elaborer un plan d'action GH et décliner au niveau site et pôle								
• Identifier les problématiques générales (niveau GH) et/ou spécifiques (niveau pôle et/ou service)		X						
• Définir les actions à mettre en œuvre et le calendrier		X			X		X	
• Communiquer le plan d'action GH à la DSAP		X						

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 6 : Poursuivre les actions à mettre en œuvre pour 3 cibles spécifiques								
• Assurer une traçabilité de l'administration médicamenteuse conforme aux attendus de la HAS		X			X		X	
• Assurer une information du patient sur sa prise en charge		X	Direction qualité	X		X		X
• Améliorer la traçabilité paramédicale en lien avec la sortie et conforme aux attendus de la HAS et de l'ARSIDF	X	X		X		X		X
ACTION 7 : Assurer le suivi des plans d'action des GH								
• Collecter les plans d'action des GH	X				X		X	
• Réaliser des quick audit sur tout ou partie du référentiel d'évaluation au regard des écarts constatés au niveau GH / Site / pôle / Service		X	Direction qualité	X		X		X
• Rencontrer les DSAP de GH pour suivi des plans d'action	X	X		X		X		X

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
ACTION 5 • Taux de GH ayant formalisé et mis en œuvre un plan d'action suite à l'évaluation TDS 2014	DSAP GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Réfèrent de l'action	Fréquence
ACTION 6 • Taux de conformité global du TDS – cible 80%/ GH • Taux de conformité « administration médicamenteuse » cible 80%/GH • Taux de conformité « information du patient » cible 80%/GH • Taux de conformité « sortie du patient » cible 80%/GH • Evolution des résultats des indicateurs IPAQSS suivants : DTN – TRD - TRE – cible 80%/GH	DSAP AP-HP DSAP GH	Tous les 2 ans

Orientation 4

Développer et formaliser les parcours de soins

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : développer et formaliser les parcours de soins

Action n°4.1

Intitulé de l'action : former les acteurs (pluri-professionnels) à la conduite de la démarche d'élaboration d'un parcours de soins à l'échelle supra GH.

Objectif cible : rendre visibles les parcours de soins au sein de l'Institution.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

Direction des soins

Direction qualité

Relecture médicale / santé publique

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Paramédicaux et médicaux.

- **Services, secteurs, sites concernés**
Tous les GH, tous les pôles.

Contexte

- Faible nombre de ressources formées au sein de l'AP-HP pour guider et conduire la démarche au sein du GH.
- Nécessaire clarification de la terminologie et des outils.
- Difficulté à pérenniser et réajuster les parcours de soins initiés.
- Démarche s'inscrivant dans une logique de certification HAS et du référentiel de formation des professionnels.

Principes de mise en œuvre

- Chantier 1 : dynamique institutionnelle (AP-HP).
- Chantier 2 : groupe pluri-professionnel.
- Chantier 3 : présentation de la démarche d'accompagnement par la formation aux instances (CME, CSIRMT).

Référentiels et/ou textes réglementaires

Référentiel certification HAS.

Risques principaux identifiés :

- Absence de représentation pluri-professionnelle.
- Nombre d'acteurs à former.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>Objectif : former les acteurs (pluri-professionnels) à la conduite de la démarche d'élaboration d'un parcours de soins à l'échelle supra GH.</p> <p>Actions : Organiser la mise en place de formations permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'être capable d'animer un groupe pluri-professionnel de travail. • D'acquérir des connaissances spécifiques ayant trait à la démarche : chemin clinique, analyse de processus, raisonnement clinique, clarifier articulation entre les transmissions ciblées et plan de soins guides, analyse bibliographique (Evidence Based Nursing), notions statistiques. • D'être capable de concevoir, élaborer, mettre en œuvre une démarche d'élaboration d'un parcours (pertinence, arbitrage). 	X	X	<p style="text-align: center; color: #4f81bd;">Direction qualité</p> <p style="text-align: center; color: #4f81bd;">CFC : MPPPH</p>	X	X			

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • Taux de professionnels Paramédicaux formés/GH 	DSAP GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référént de l'action	Fréquence

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : développer et formaliser les parcours de soins

Action n°4.2 | **Intitulé de l'action :** piloter l'élaboration des parcours de soins.

Objectif cible : rendre visible les parcours de soins au sein de l'Institution.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

Direction des soins

Direction qualité

Relecture médicale / santé publique

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Paramédicaux et médicaux.
- **Services, secteurs, sites concernés**
Tous les GH, tous les pôles.

Contexte

- Hétérogénéité des connaissances sur l'élaboration d'un parcours de soins.
- Multiplicité d'élaboration des parcours.
- Grand potentiel de parcours nécessitant un choix pertinent (basé sur des critères comme l'activité, les non-conformités...).
- Absence d'harmonisation du schéma du parcours.
- Prise en compte de la dimension extrahospitalière du parcours (dimension territoriale).
- Dimension du patient partenaire.

Principes de mise en œuvre

- **Chantier 1 : dynamique GH et de pôle :**
 - ✓ inscription de cette démarche dans le projet d'établissement et les projets de pôle ;
 - ✓ constitution d'un groupe de pilotage GH ;
 - ✓ implication et coordination des tous les acteurs intervenant dans le parcours.
- **Chantier 2 : identification et choix du parcours :**
 - ✓ choix pertinent du 1^{er} parcours.
- **Chantier 3 : formalisation et validation du parcours.**

Référentiels et/ou textes réglementaires

Référentiel certification HAS.

Risques principaux identifiés :

- Motivation des équipes médicales et paramédicales.
- Risques de démotivation en raison du délai de mise en place d'un parcours de soins fonctionnel (1 à 2 ans).
- Chevauchement des parcours (notamment ceux des personnes âgées qui vont cibler différentes pathologies chroniques dont les personnes âgées peuvent être porteuses simultanément).

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référents de l'action			Délai de mise en œuvre					
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019	
<p>Objectif : Formaliser des parcours de soins adaptés aux besoins des patients</p> <p>Actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etre capable d'utiliser les outils permettant d'élaborer un parcours de soins. • Identifier l'ensemble des acteurs du système sanitaire et social concernés. • Clarifier les enjeux, intérêts et bénéfices voire les risques pour les patients, les professionnels de santé et les institutions concernées par les parcours de soins. • Garantir la conduite de la démarche en mode projet (lettre de cadrage, objectifs, état d'avancement, difficultés, leviers, calendrier...). 	X		<p style="color: #4f81bd;">Direction qualité</p> <p style="color: #4f81bd;">Les pôles</p>	X					

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • Nb de professionnels associés à l'élaboration d'un parcours/GH 	DSAP GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Réfèrent de l'action	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • Nb de parcours formalisés/GH • Nb de patients inclus dans les parcours mis en œuvre/GH • Taux de satisfaction des patients inclus dans un parcours/GH 	<p style="color: #4f81bd;">DSAP GH</p> <p style="color: #4f81bd;">DPUA</p>	Annuelle

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : développer et formaliser les parcours de soins	
Action n°4.3	Intitulé de l'action : communiquer sur les parcours de soins.
Objectif cible : rendre visible les parcours de soins au sein de l'Institution.	
PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION	
<p><u>Directions associées</u> Direction des soins Direction qualité Relecture médicale / santé publique</p>	
<p><u>Frontières de l'action</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Acteurs ciblés</i> Paramédicaux et médicaux. • <i>Services, secteurs, sites concernés</i> Tous les GH, tous les pôles. 	
<p><u>Contexte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Démarche organisationnelle innovante soutenue par la HAS. • Gestion prévisionnelle des soins. • Méconnaissance des parcours déjà formalisés au sein du groupe hospitalier et de l'AP-HP. • Absence de connaissance de l'intervention des différents acteurs sur un même parcours de soins. <p><u>Principes de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chantier 1 : détermination du public cible et adaptation du message. • Chantier 2 : communiquer en interne mais aussi auprès des partenaires extérieurs et des patients sur le sujet. • Chantier 3 : actualiser l'information qui doit être diffusée tout au long de l'année. <p><u>Référentiels et/ou textes réglementaires</u></p> <p>Référentiel certification HAS.</p>	
<p><u>Risques principaux identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiplicité des projets en cours – attentes trop ambitieuses. • Message peu explicite pour le public cible et canaux de communication peu adaptés. 	

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre					
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019	
<p>Objectif : Communiquer sur la mise en œuvre de parcours de soins auprès des patients et des professionnels</p> <p>Actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarifier la notion de parcours. • Clarifier les enjeux, intérêts et bénéfices voire les risques pour les patients, les professionnels de santé et les institutions concernées des parcours de soins (qualité des soins, organisation des soins, optimisation du temps passé à l'hôpital pour le patient...). • Actualiser régulièrement l'information sur les travaux réalisés ou en cours dans ce domaine auprès de tous les acteurs, y compris sur le territoire (réunions thématiques, intranet, conférence de pôle, livret d'accueil...). 	X		<p style="text-align: center; color: #4f81bd;">Direction qualité</p> <p style="text-align: center; color: #4f81bd;">Les pôles</p>	X					

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • Nb de communications écrites sur les parcours de soins /GH 	DSAP GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Réfèrent de l'action	Fréquence

Orientation 5

*Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance
dans les pratiques soignantes*

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes.

Action n°5

Intitulé de l'action :

Objectif cible : déployer une culture de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

Directions de site : DRH, direction qualité/gestion des risques, direction de la communication.

Instances : CME, CRUQPC, CSIRMT.

Frontières de l'action

• **Acteurs ciblés**

ensemble des managers (directeurs, médecins, cadres), professionnels des trois filières (infirmière, de rééducation, médico-technique), psychologues, professionnels socio-éducatifs, centres de formations, représentants du culte.

• **Services, secteurs, sites concernés**

Tous les secteurs de soins (MCO, SSR, SLD, Psychiatrie, HAD), plateaux techniques, consultations, tous les services support et logistiques, services administratifs.

Contexte

1. Au plan national

La question de l'humanisation des établissements de santé avec une préoccupation de l'accueil des patients émerge au vingtième siècle, avec une circulaire sur l'humanisation des hôpitaux en 1958. La charte du patient hospitalisé en 1974 et la loi du 4 mars 2002 marqueront des avancées sur la reconnaissance des droits du malade et la volonté de le positionner comme « acteur de sa santé ».

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance est un thème qui a pris corps dans le secteur médico-social avec plusieurs temps forts :

- entre 2002 et 2004, des programmes nationaux de lutte contre la maltraitance sont mis en place, sur la base de la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La loi du 2 janvier 2002 refonde le secteur social et médico-social en donnant la priorité au droit des personnes
- en 2007, le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance marque un pas dans cette politique (14 mars 2007). Selon ce plan, « *il faut non seulement signaler et sanctionner sévèrement les agissements les plus graves, mais aussi développer la prévention et accompagner les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une véritable culture de la bientraitance* ».
- en 2008, L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) fait paraître des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, intitulées « **La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre** ». Dans le même temps, la Fédération Hospitalière de France (FHF) publie un « Guide pratique bientraitance / maltraitance à l'usage des établissements et institutions », premier pas vers l'introduction de la notion de bientraitance dans les établissements de santé.

Si elles sont restées longtemps marginales dans le domaine sanitaire, les démarches de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance se sont progressivement imposées pour devenir une des thématiques émergentes du manuel de certification V2010 des établissements de santé (HAS) – référence 10a du manuel « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance » faisant suite à l'étude réalisée en 2009 par V. GHADI et C. COMPAGNON qui a permis de partager le regard de l'utilisateur sur la maltraitance ordinaire à l'hôpital.

Dans ce contexte, la thématique bientraitance est réaffirmée comme une priorité nationale à travers les textes et rapports :

- La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 dispose que les Agences Régionales de Santé « contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ». Une circulaire de la DGCS du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS précise les orientations nationales à décliner en programmes par les ARS (signalement et le traitement des

situations de maltraitance ; contrôle et accompagnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; amélioration de la connaissance de la maltraitance en institution et du suivi des signalements par le renseignement des systèmes d'information Prisme et Plaintes ; mise en œuvre d'une politique de développement de la bientraitance dans le secteur social et médico-social).

- En 2010, le ministère de la santé lance une mission Bientraitance qui conduit à la publication d'un rapport « promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé » rédigé par Michèle BRESSAND, Martine CHRIQUI-REINECKE et Michel SCHMITT (janvier 2011), enrichi dès février 2011 (année des patients et de leurs droits) d'un rapport sur les maltraitements financiers rédigé par Alain KOSKAS, Véronique DESJARDINS et Jean Pierre MEDIONI.
- Deux ans plus tard, le décret du 7 janvier 2013 crée le comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement Professionnel continu des Professionnels de santé arrête dans son orientation N°1 (Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients) « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance », priorité confirmée par la circulaire du 19 juillet 2013 et l'instruction DGOS du 28 juillet 2014 (annexe 20) sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière.

Aujourd'hui, en 2014, l'action de l'HAS s'intensifie et la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance fait partie du socle minimal des thématiques traitées dans le Compte Qualité et investiguées en visite.

2. Au niveau de l'institution

Depuis 2004, la politique de « prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance » est un engagement fort de notre institution. Inscrite dans les orientations du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP dans sa politique qualité et gestion des risques et dans le projet de soins institutionnel, cette orientation constitue aujourd'hui l'un des 10 axes prioritaires du projet de soins 2015-2019.

La reconnaissance du risque de maltraitance et son inscription dans la politique de gestion des risques au sein de l'AP-HP a conduit à :

- L'inscription de ce risque dans la liste des événements indésirables à signaler dans le cadre de la politique de gestion des risques (OSIRIS)
- Faciliter le signalement de toute suspicion de maltraitance, par l'élaboration de procédure de signalement spécifique au sein des établissements (sur la base d'une procédure institutionnelle élaborée en 2004)
- Le développement d'actions de formation et de sensibilisation mises en œuvre tant au niveau institutionnel qu'au sein des établissements avec notamment :
 - des formations initiales dans les écoles et instituts de formation,
 - des formations continues : formations des formateurs-relais sur cette thématique (2004-2007), formations à l'intention de l'encadrement « bientraitance et management : la responsabilité des managers » (depuis 2008) et « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance : concepts et outils » (depuis 2010).
- Le développement d'EPP paramédicales en lien avec la bientraitance (exemples : amélioration de l'utilisation des protections pour incontinents en SLD à René Muret)
- L'organisation de journées d'échanges sur les expériences réussies (Colloque en 2010 « agir ensemble pour prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance »)
- La création de la Direction du Service au Patient et de la communication en 2011 avec une mission bientraitance, [devenue la Direction des Patients, Usagers et Associations en 2014](#)
- La réalisation d'un audit sur les risques de maltraitance (en février 2012) qui a fait l'objet de 12 recommandations
- L'accompagnement des GH dans le déploiement d'une politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance depuis 2012.

Référentiels et/ou textes réglementaires

- Plan de développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007.
- Instruction DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.
- Recommandation de l'ANESM : « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – septembre 2008 ».
- Circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS.
- Critère 10a du manuel de certification V2010 révisé en 2011 de la Haute Autorité de Santé.
- Guide FORAP – HAS : « promotion de la bientraitance » - 2012.
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : Accompagner les GH dans le déploiement d'une culture et d'une dynamique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modélisation de la démarche projet • Mission de conseils auprès des GH 	X			X				
<p>ACTION 2 : Constitution d'un comité de pilotage au niveau du GH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composition : Directions de site, DRH (dont RF), DS, Président de CMEL ou son représentant, direction des relations avec les usagers, direction de la qualité et de la gestion des risques, un représentant de chaque pôle, représentant(s) des usager(s), gestionnaire d'évènement maltraitance, représentants des cultes... • Missions : <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'une procédure de signalement et de traitement des suspicions ou situations de maltraitance. - Organisation d'actions de sensibilisation et de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance au sein du GH. - Suivi du déploiement de la procédure « bientraitance » et des projets menés dans les pôles / secteurs - Suivi des indicateurs et de la mise en œuvre des actions correctrices - Accompagnement dans l'élaboration et la communication des projets au sein des pôles. - Veille en vue de la capitalisation et le partages d'expériences innovantes en interne et en externe. 		X	<p>CME</p> <p>DRH</p> <p>Direction qualité</p> <p>Représentants des usagers</p>	X				

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 3 : Sensibilisation de l'ensemble des managers (cadres paramédicaux, administratifs, logistiques, techniques et ouvriers, médecins et directions)</p> <p>• Objectifs définis dans la politique du GH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les termes de maltraitance et bientraitance. - Distinguer la maltraitance de la violence institutionnelle. - Présenter les outils du GH à disposition des managers pour traiter les suspicions ou situations de maltraitance (procédure de signalement et de traitement). - Clarifier le rôle des différents acteurs dans ce domaine. - Initier une approche « gestion des risques » sur le sujet de la maltraitance. - Associer les usagers et leurs représentants dans le déploiement d'une culture de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance. <p>• Méthodologie : organisation de journées thématiques à destination des cadres de toutes filières.</p>	X	X	<p>DRH</p> <p>Direction qualité</p> <p>Représentants des usagers</p> <p>CFC : MPPPH</p>		X			
<p>ACTION 4 : Elaboration des projets de pôle de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance</p> <p>• Objectif : construire et mettre en œuvre dans chaque pôle un projet de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.</p> <p>• Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilotage par un binôme médecin-cadre. - Réalisation d'une analyse des risques de maltraitance (à partir de l'outil HAS-FORAP « cartographie des risques de maltraitance »). - Participation des représentants des usagers pour la validation des diagnostics issus de la cartographie. - Utilisation du guide du déploiement de la bientraitance HAS-FORAP. - Identification d'un projet prioritaire. - Intégration de ce projet dans le projet de pôle. 		X	<p>Représentants des usagers</p> <p>Direction qualité</p> <p>CFC : MPPPH</p>		X			

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 5 : Mise en œuvre au sein des pôles des projets de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance par les équipes médicales et paramédicales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les équipes médico-soignantes sur l'élaboration et la mise en œuvre du projet. - Intégrer la dimension éthique dans le Soins. • Méthodologie : <ul style="list-style-type: none"> - Copiloter la démarche dans chaque unité par le binôme cadre de santé – médecin. - Décliner le projet avec les équipes en les intégrant dans les comités de projet au sein des pôles. - Réaliser des analyses de pratiques sur la base de situations vécues par les équipes (à valoriser dans le cadre du DPC), EPP, CREX. - Mettre en place des débats éthiques autour de la bientraitance et des situations de maltraitance au sein des pôles et/ou des sites. - Mettre en place des formations actions sous forme de saynètes. 	X	Direction qualité Représentants des usagers		X	X	X	X	X

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • Taux de GH et hôpital hors GH ayant demandé un accompagnement à la DSAP 	DSAP AP-HP	1 fois Annuelle
<ul style="list-style-type: none"> • Nb de professionnels et/ou managers ayant bénéficié d'une formation, tous secteurs confondus/GH • Nb de signalements de suspicion de maltraitance externe/GH 	DSAP GH Pôles	Annuelle
Indicateurs de résultat	Réfèrent de l'action	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du rapport d'activité annuel du COPIL • Diffusion de la modélisation de la démarche projet 	DSAP GH DSAP AP-HP	Annuelle
<ul style="list-style-type: none"> • Nb de signalements* de suspicion de maltraitance interne traités / Nb de signalements de suspicion de maltraitance interne déclarés (cible = 100%) • Nb d'actions correctrices réalisées/Nb d'actions prévues • Nb de projets de pôles ou de secteurs suivis <p>* Le signalement peut se faire par différents moyens : fiche interne au GH, OSIRIS, réclamation écrite ou orale</p>	DSAP GH Pôles	Annuelle
<ul style="list-style-type: none"> • Taux de GH ayant une procédure Bientraitance formalisée et diffusée fin 2015 (cible 100%) 	DSAP Siège	Annuelle
Intégrés dans le contrat de pôle		

Orientation 6

Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.

Action n°6.1 DSAP AP-HP | **Intitulé de l'action :** déploiement du dossier de soins Informatisé.

Objectif cible : accompagner les GH à l'utilisation du dossier de soins informatisé en respectant le cadre réglementaire et les préconisations de bonnes pratiques.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

CCS Patient

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Directeurs des soins, CPP, cadres supérieurs de santé, cadres de santé paramédicaux.
- **Services, secteurs, sites concernés**
DSAP, GH, pôles.

Contexte

Le projet institutionnel d'informatisation du dossier patient arrive à la mise en place prochaine du dossier de soins informatisé.

De premiers tests sur Ambroise Paré et Bicêtre ont permis d'objectiver trois problématiques:

- l'impact sur les organisations de travail soignantes
- l'appropriation de l'utilisation technique du logiciel
- l'appropriation des spécificités infirmières du logiciel (appropriation métier)

Le dossier de soins paramédical ORBIS est un outil d'optimisation de la qualité des soins et d'efficience de l'organisation des soins qui entraîne une transformation des pratiques.

La DSAP de l'APHP a fait le choix d'utiliser les classifications internationales pour l'informatisation du dossier de soins paramédical ORBIS. Les classifications infirmières contribuent à l'utilisation d'un langage commun scientifique, elles précisent les écrits et renforcent la sécurité, la qualité et la traçabilité des soins.

La DSAP a également fait le choix de l'utilisation de plans de soins types et chemin cliniques :
Ils regroupent l'ensemble des cibles et actions à entreprendre face aux problématiques de soins. Ils constituent un référentiel qualité, orientent le raisonnement clinique collectif et permettent de structurer les soins dispensés.

Le déploiement dans chaque unité de soins de cette démarche doit se faire selon un mode projet par les cadres de proximité, acteurs et vecteurs privilégiés pour l'appropriation de l'outil par les équipes. Un accompagnement des équipes par l'encadrement de proximité avec le soutien des cadres experts et en partenariat avec la DSAP constitue la méthodologie retenue.

Ainsi ce projet institutionnel AP-HP doit être soutenu et priorisé par les Directions de soins et les pôles des GH. Ils ont un rôle important dans l'utilisation de la méthodologie choisie et la capitalisation des expériences du GH qui conditionneront la réussite de l'informatisation du dossier de soins.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 1 : clarifier le rôle des acteurs et la démarche d'accompagnement du déploiement du dossier de soins informatisé (cf. document joint).	X							
ACTION 2 : accompagner les équipes à la mise en place de la démarche clinique partagée dans le cadre de l'informatisation du dossier de soins								
• communiquer sur le choix de la méthodologie.	X							
• Recenser les compétences métier et les organisations des soins au sein de chaque GH.	X	X		Avant le déploiement				
• Adapter les besoins en formation sur les prérequis métier	X		CFC : MPPPH					
• Former les futurs professionnels au raisonnement clinique dès leur formation initiale.	X		CFC AP-HP	X				
ACTION 3 : modéliser la démarche et la transmission écrite des informations dans le dossier de soins informatisé								
• Harmoniser les pratiques de transmissions écrites à l'ensemble des services de soins de l'AP-HP.	X	X						
• Utiliser une terminologie professionnelle, simple et harmonisée à l'ensemble de l'AP-HP.	X	X		Au fil des déploiements				
• Valider des cibles, actions, plans de soins types harmonisés à l'ensemble de l'AP-HP.	X							

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
• Nb de cadres experts, CPP, cadres de santé paramédicaux et cadres supérieurs référents métiers, ayant bénéficié d'une formation au raisonnement clinique partagé/ GH	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référent de l'action	Fréquence

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.

Action n° 6.1 GH

Intitulé de l'action : déploiement du dossier de soins Informatisé.

Objectif cible : mettre en place le dossier de soins informatisé en respectant le cadre réglementaire et les préconisations de bonnes pratiques.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

CCS Patient

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Directeurs des soins, CPP, cadres supérieurs de santé, cadres de santé paramédicaux.
- **Services, secteurs, sites concernés**
DSAP, GH, pôles, unités.

Contexte

Le projet institutionnel d'informatisation du dossier patient arrive à la mise en place prochaine du dossier de soins informatisé.

De premiers tests sur Ambroise Paré et Bicêtre ont permis d'objectiver trois problématiques:

- l'impact sur les organisations de travail soignantes
- l'appropriation de l'utilisation technique du logiciel
- l'appropriation des spécificités infirmières du logiciel (appropriation métier)

Le dossier de soins paramédical ORBIS est un outil d'optimisation de la qualité des soins et d'efficience de l'organisation des soins qui entraîne une transformation des pratiques.

La DSAP de l'APHP a fait le choix d'utiliser les classifications internationales pour l'informatisation du dossier de soins paramédical ORBIS. Les classifications infirmières contribuent à l'utilisation d'un langage commun scientifique, elles précisent les écrits et renforcent la sécurité, la qualité et la traçabilité des soins.

La DSAP a également fait le choix de l'utilisation de plans de soins types et chemin cliniques : Ils regroupent l'ensemble des cibles et actions à entreprendre face aux problématiques de soins. Ils constituent un référentiel qualité, orientent le raisonnement clinique collectif et permettent de structurer les soins dispensés.

Le déploiement dans chaque unité de soins de cette démarche doit se faire selon un mode projet par les cadres de proximité, acteurs et vecteurs privilégiés pour l'appropriation de l'outil par les équipes. Un accompagnement des équipes par l'encadrement de proximité avec le soutien des cadres experts et en partenariat avec la DSAP constitue la méthodologie retenue.

Ainsi ce projet institutionnel AP-HP doit être soutenu et priorisé par les Directions de soins et les pôles des GH. Ils ont un rôle important dans l'utilisation de la méthodologie choisie et la capitalisation des expériences du GH qui conditionneront la réussite de l'informatisation du dossier de soins.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : Mettre en place les structures de Pilotage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les référents métier (IDE) pour le pilotage GH. • Définir les missions des référents métier GH en fonction du profil de poste communiqué par la DSAP. • Mettre en place un comité de pilotage GH (COPROJ) et définir son organisation (animation, rythme des rencontres, missions). • Mettre en place un comité opérationnel de pôle et définir son organisation (animation, rythme des rencontres, missions). • Mettre en place un comité opérationnel de service et définir son organisation (animation, rythme des rencontres, missions) Communiquer la structure de pilotage à la DSAP AP-HP du GH et des pôles. 		X		X				

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS									
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre					
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019	
<p>ACTION 2 : Déployer un plan de communication efficace (en continu)</p> <p><u>Phase de sensibilisation au projet</u> Objectif : identifier les éléments constitutifs du dossier de soins ORBIS, les préalables au déploiement du dossier de soins, les prérequis métier (démarche tri-focale), la démarche de la DSAP.</p> <ul style="list-style-type: none"> réunion pour l'encadrement co-animée par la DSAP siège et du GH réunions d'informations aux équipes animées par les comités opérationnels de pôle Utilisation de différents médias pour la communication et la diffusion des supports (réunion, mail, notes internes, journal interne, site intranet...) <p><u>Phase d'études d'impacts du projet</u> Objectif : identifier les changements engendrés par le projet d'informatisation du dossier de soins : organisationnels, culturels, opérationnels, outils, matériel.</p> <ul style="list-style-type: none"> réunions du comité opérationnel de pôle (associer tous les acteurs susceptibles d'apporter leur contribution) réunions du comité opérationnel de service (associer tous les acteurs susceptibles d'apporter leur contribution) Utilisation de différents médias pour la communication et la diffusion des supports (réunions, mail, notes internes, journal interne, site intranet...) Réunions COPROJ GH. <p><u>Phase opérationnelle</u> Objectif : identifier les anomalies et les dysfonctionnements</p> <ul style="list-style-type: none"> Méthode : Réunions du comité opérationnel / unités <p><u>Phase de stabilisation</u> Objectif : capitaliser l'expérience acquise (forces et faiblesses)</p> <ul style="list-style-type: none"> Réunions du comité opérationnel / unités Réunions COPROJ GH Utilisation de différents médias pour la communication et la diffusion des supports (réunions, mail, notes internes, journal interne, site intranet...) Retour d'expérience à la DSAP 									
		X							Avant déploiement

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS									
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre					
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019	
<p>ACTION 3 : Développer les compétences nécessaires à l'utilisation du dossier de soins informatisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les prérequis des compétences métiers par pôle et par service • S'assurer de la connaissance des Classifications internationales infirmières : NANDA et CISI • Identifier les cibles prévalentes et actions de soins spécifiques au service • S'approprier la Démarche clinique partagée • Elaborer des plans de soins types et chemins cliniques • Faire la cartographie des acteurs concernés par le plan de formation (profil, volume, équipes jour-nuit) • Utiliser le marché APHP <p>Adapter les besoins en formation sur les prérequis métier</p>		GH		Démarrage le plus tôt possible					
<p>ACTION 4 : réaliser une étude d'impacts de l'informatisation du dossier de soins dans ses dimensions techniques, organisationnelles, culturelles, matérielles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier l'impact sur les organisations de soins • Construction d'un exemple de dossier de soins à partir du dossier de soins papier ou informatisé actuel tel qu'il le sera dans ORBIS. • Identification des protocoles de soins (médicaux et relevant du rôle propre) à paramétrer • Recenser les besoins en matériel (prise en compte de l'existant si informatisation du dossier de soins) : tablettes, postes fixes, clients légers, définition des écrans... en adéquation avec les préconisations DSAP-DRH • Identifier le type de déploiement : site ou filière • Identifier les contraintes de l'environnement : câblage, emplacement des postes de travail, les problèmes techniques de connexions, postes de travail nomades • Formaliser le circuit d'élaboration et de mise à jours des habilitations entre SIL et pôle • Cartographie des acteurs concernés par le plan de formation (profil, volume, équipes jour-nuit) 		GH		Avant déploiement					

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 5 : Accompagner la mise en place du logiciel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planifier avec le CCS patient les formations-actions au logiciel en adéquation avec les plannings du personnel du service • Assurer simultanément la formation des référents et des cadres (ces derniers devant être formés avant les équipes) • Garantir la présence de l'ensemble des personnels lors de la planification de la formation action au logiciel • S'assurer de la disponibilité et de la diffusion du support intranet ou GED par CCS Patient : guide d'utilisation • Installer et vérifier le matériel dans le service • Vérifier le réseau wifi • Vérifier les habilitations de l'ensemble des personnels concernés (cf. fiche 6.4 sur les habilitations) • Réaliser un bilan qualitatif et quantitatif et réajuster en fonction du bilan • Identifier et suivre les risques liés à l'appropriation de l'outil, à des problématiques inopinées. (ex : problème RH...) 		X		Avant déploiement				
<p>ACTION 6 : Réaliser le suivi de l'implantation du dossier de soins informatisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmer les réunions de suivi du comité opérationnel de l'unité en lien avec la DSAP et le CCS patient. (Relevé des anomalies et dysfonctionnements) • Programmer les réunions de suivi du comité opérationnel de pôle: relevé des anomalies et dysfonctionnements • Programmer les réunions de suivi du comité de pilotage GH 		X		Avant déploiement				

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.

Action n°6.2

Intitulé de l'action : choix du matériel.

Objectif cible : établir des préconisations de choix de matériel en lien avec l'utilisation du dossier patient informatisé.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DRH

DSI

CCS patient

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Directeurs des soins, CPP, cadres supérieurs de santé, cadres de santé paramédicaux.
- **Services, secteurs, sites concernés**
GH, pôles, unités.

Contexte

Le projet institutionnel d'informatisation du dossier patient arrive à la mise en place prochaine du dossier de soins informatisé.

De premiers tests sur Ambroise Paré et Bicêtre ont permis d'objectiver l'impact sur les organisations de travail soignantes.

Dans ce cadre la DSAP et la DRH sont chargées de l'élaboration de préconisations pour le choix d'un matériel adapté dans le cadre de l'informatisation du dossier de soins.

Les préconisations seront basées sur l'étude:

- de l'utilisation des chariots de soins informatisés
- des activités de transcription et/ou de consultation du dossier patient.

(ces deux champs reposant sur des variables géographiques, de type de prise en charge, d'organisation de service...)

La DSI se prononcera par la suite sur l'efficacité du matériel informatique.

Pour cela un groupe de travail animé par la DSI rédigera le cahier des charges en intégrant les préconisations communiquées par la DSAP et la DRH.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 1 : répertorier le matériel existant sur le marché <ul style="list-style-type: none"> • en chariots médicaux simples informatisés • en chariots de soins informatisés (système intégré) ou adapté à l'installation d'un équipement informatique 	X		DRH					
Action 2 : observer les conditions d'utilisation du dossier patient <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une grille d'observation • Observation des pratiques sur les sites pilotes • Analyse des données 	X		DRH					
Action 3 : Evaluer l'utilisation des chariots médicaux simples informatisés (type Ergotron) <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une grille d'observation • Observation sur les sites pilotes • Analyse des données 	X		DRH					
Action 4 : évaluer l'utilisation des chariots de soins informatisés <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une grille d'observation • Observation sur les sites pilotes • Analyse des données 	X		DRH					
Action 5 : rédiger des préconisations de choix de matériel <ul style="list-style-type: none"> • Synthèse et analyse des données • Formalisation de préconisations 	X		DRH					

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Indicateur 1 : nombre d'évaluations réalisées	DSAP GH	Annuelle
Indicateur 2 : nombre d'observations réalisées	DSAP GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référént de l'action	Fréquence
Indicateur 1 : Production d'un rapport avec les préconisations à la DSI	DSAP AP-HP	Annuelle

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.

Action n°6.3

Intitulé de l'action : construction du dossier de soins informatisé.

Objectif cible : poursuivre le développement du dossier de soins (Infirmier et de rééducations) informatisé en collaboration avec les experts des domaines traités et à partir des retours d'expérience.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DRH

DSI

CCS patient

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**

Directeurs des soins, CPP, cadres supérieurs de santé, cadres de santé paramédicaux, IDE, rééducateurs.

- **Services, secteurs, sites concernés**

GH, pôles, unités.

Contexte

En 2004 pour moderniser son SI médical et soignant, l'AP-HP, plutôt que d'interfacer de multiples applications spécialisées, a fait le choix d'un système intégré. Ce choix a été un choix d'unité de l'AP-HP, pensé dans l'intérêt du parcours patient.

Les grandes étapes de réalisations pour le dossier de soins (Infirmier et de rééducations) ont été les suivantes :

- 2006 : CODISOPA, groupes de travail, élaboration du cahier des charges → AGFA retenu comme éditeur
- 2007 : mise en place des transmissions ciblées sur APHP (Direction centrale des soins)
- 2008 -2010 : Dossier de rééducation – mise en place de groupe de travail pour chaque métier (7) avec description fine des activités sous forme de processus avec multiple menu déroulant
- 2009 : état des lieux de la mise en place des transmissions ciblées
- 2010 : co-construction de l'outil par un groupe de cadres experts, animé par la DSAP en lien avec l'équipe du CCS Patient et l'équipe d'AGFA.
Dossier de rééducation : abandon de la forme très structurée avec multiples menus déroulant et adoption d'un dossier composé de 7 sous dossiers structuré chacune selon la démarche de soins
- 2011 : Dossier de rééducation : choix de développer en 1^{er} le sous dossier « diététique »
- Juin 2012: première phase test sur un service pilote Ambroise Paré → retour d'expérience et réajustements
 - DSAP MOA
 - CCS Patient MOE
- Mars 2013: mise en place du Comité Projet pluri professionnel « COPROJ » piloté par la DSAP : validation et suivi des évolutions.
- Juin 2013 : Première phase test sous dossier diététique sur le site pilote Ambroise Paré → retour concluant et décision de développer le sous dossier kinésithérapie.
- Janvier 2014 : PEC globale et module « Produit de santé » déployé dans un second service APR
- Juin 2014 : test sur service d'un second établissement : médecine interne à Bicêtre
- Septembre 2014 : intégration de la démarche clinique partagée (plan de soins types et chemins cliniques) au projet.

A ce jour des documents et des fonctionnalités sont en cours de réalisation ou de réajustements.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 1 : identifier les ressources terrain existantes concernant les documents et fonctionnalités à créer ou réajuster <ul style="list-style-type: none"> Identifier et lister les documents et fonctionnalités à développer ou à réajuster Recenser auprès des GH les documents existant et les experts sur les thèmes abordés 	X							
Action 2: mobiliser les ressources <ul style="list-style-type: none"> Diffuser la liste des groupes de travail, mis en place, systématiquement à tous les GH Créer une CREX utilisateurs communs, des sites pilotes Valider en COPROJ l'organisation des groupes de travail 	X			Jusqu'à la fin du déploiement				
Action 3 : valider les choix et documents <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un comité de validation Consulter et/ou présenter les choix et documents au COPROJ 	X			Jusqu'à la fin du déploiement				
Action 4 : intégrer la démarche clinique partagée au logiciel ORBIS <ul style="list-style-type: none"> Rédiger les attentes d'évolution Rédiger un cahier des charges avec l'ensemble des professions concernées (IDE, rééducateurs, médecins, psychologues, assistantes sociales...) 	X		CCS Patient	X				
Action 5 : créer des liens entre les dossiers (dossier de soins IDE, rééducateurs, dossier médical, dossier des psychologues, dossier des assistantes sociales...) <ul style="list-style-type: none"> Assister aux présentations des différents dossiers Participer aux groupes de travail des autres dossiers sur les thèmes en lien 	X		CCS Patient	Jusqu'à la fin du déploiement				

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Indicateur 1 : NB de GH et Hôpital hors GH participant au groupe de la DSAP/ Nb concerné	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateur 2 : Mise à disposition des GH d'un listing des groupes de travail, actualisé par la DSAP de l'AP-HP	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référént de l'action	Fréquence
Indicateur : Présence de la démarche clinique partagée dans le logiciel ORBIS	DSAP AP-HP	Annuelle

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.

Action n°6.4

Intitulé de l'action : Gestion des habilitations.

Objectif cible : Clarifier les modalités et les niveaux d'habilitations.

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

CCS patient

DSAP GH

IFSI, Centres de formations paramédicaux

DRH

DSI

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**

Directeurs des soins, CPP, cadres supérieurs de santé, cadres de santé paramédicaux, IDE, AS.

- **Services, secteurs, sites concernés**

DSAP, GH, pôles, unités, SIL, DRH, IFSI.

Contexte

Le cadre réglementaire de la sécurisation de l'information est complexe. Chaque établissement héberge des données et des informations médicales et administratives sur les patients qu'il convient de sécuriser. Conformément aux règles définies par le programme hôpital numérique, chaque utilisateur dispose d'un compte nominatif, avec un login et un mot de passe. Le mot de passe est strictement confidentiel, il ne doit être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité du système d'information. Chaque utilisateur est responsable de son compte et de son mot de passe et de l'usage qui en est fait.

Quelques textes ou documents de référence :

- Délibération n°2010-449 du 2 décembre 2010 portant autorisation des traitements de données personnelles mis en œuvre par les professionnels et établissements de santé nécessaires à la première phase de déploiement généralisé du dossier médical personnel.
- Politique de sécurité des systèmes d'information de l'état du 17 juillet 2014,
- Programme hôpital numérique : boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis (fiches pratiques)

Un premier support élaboré en 2011 en collaboration avec la DSAP et le NSI DPA a permis de définir des règles générales d'habilitation pour les infirmières, les autres paramédicaux diplômés (rééducateurs, aides-soignants, auxiliaire de puériculture...), les infirmières intérimaires, les étudiants en soins infirmiers et autres étudiants paramédicaux.

De nombreuses évolutions du logiciel conduisent à réinterroger ces règles générales, vérifier leur conformité avec la réglementation de chaque profession paramédicale et la mise en œuvre réelle des règles définies.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : définir les conditions d'accès des professionnels paramédicaux en fonction de leur profession et du type de documents accessibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un état des lieux entre les habilitations définies en juillet 2011 et celles effectives à ce jour • Identifier les types de documents qui devront faire l'objet d'une habilitation (lecture et écriture) pour l'ensemble des paramédicaux • Recenser les situations à risques non conformes vis-à-vis de la réglementation • Formaliser les conditions d'accès des professions paramédicales / types de documents • Réaliser une mise à jour du tableau de bord 	X	X	CCS Patient CFDC	X				
<p>Action 2: Identifier les modalités d'habilitation temporaires ou en situation d'urgence (Déplacement d'un professionnel d'un service, d'un pôle, d'un hôpital ; Heures supplémentaires, Intérimaires missions longues ou courtes, FFC, Etudiants paramédicaux AP-HP et hors APHP, Etudiants paramédicaux qui assurent des vacances)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un état des lieux des modalités définies en juillet 2011 par la DSAP pour ces situations particulières (écart entre la demande de la DSAP et la réalité sur la configuration du logiciel actuelle) • Formaliser les modalités d'habilitation de ces situations spécifiques • Mise en œuvre des modalités d'habilitation au sein des GH 	X	X	CCS Patient CFDC	X				
<p>Action 3 : Sensibiliser l'ensemble des agents au respect des règles de sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relancer la politique de sensibilisation menée en lien avec la DSI • Elaborer une charte de respect des règles de sécurité en lien avec les règles professionnelles et la diffuser 	X	X	CFDC	X				
<p>Action 4 : Formaliser le circuit d'élaboration et de mise à jour des habilitations au sein des GH</p>		X	DRH SIL CFDC	Dès le déploiement				

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Indicateur 1 : Disponibilité d'un tableau de bord institutionnel sur les conditions d'accès des professionnels paramédicaux par document type, actualisé tous les ans	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateur 2 : Disponibilité d'un support institutionnel définissant les modalités d'habilitation des situations particulières, actualisé tous les ans	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateur 3 : Disponibilité d'une charte institutionnelle de respect des règles de sécurité, en lien avec les règles professionnelles, actualisé tous les ans	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateur 4 : réalisation d'une campagne de sensibilisation/ GH concerné	DSAP GH	Annuelle
Indicateur 5 : Disponibilité du circuit d'attribution et de mise à jour des habilitations/ GH concerné	DSAP GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référent de l'action	Fréquence
Indicateur 1 : Taux de GH et hôpital hors GH ayant reçu le tableau de bord institutionnel actualisé sur les conditions d'accès des professionnels paramédicaux par document type/ Nb concerné	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateur 2 : Taux de GH et hôpital hors GH ayant reçu le support institutionnel définissant les modalités d'habilitation des situations particulières/ Nb concerné	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateur 3 : Taux de professionnels par unité ayant signé la charte de respect des règles de sécurité en lien avec les règles professionnelles (objectif : 100 %)	DSAP GH	Annuelle

Orientation 7

Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leurs savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'APHP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leur savoir, leur savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé

Action n°7.1

Intitulé de l'action : Les métiers sensibles, les métiers en évolution et les nouveaux métiers

Objectif cible : Assurer le suivi des métiers sensibles et accompagner l'évolution des métiers

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

Directions des écoles et des Instituts de formation

DRH AP-HP

Direction des soins des GH

Encadrement des professionnels

Frontières de l'action

• **Acteurs ciblés**

- Les métiers paramédicaux identifiés comme sensibles
- Les métiers en évolution
- Les directeurs des écoles et institut de formation concernés
- La DRH du Siège et la DSAP Siège
- Les directeurs de soins, les DRH et les responsables de formation des GH
- Les pharmaciens, les médecins anesthésiste, les chirurgiens, les cadres de santé paramédicaux,

• **Services, secteurs, sites concernés**

- Les instituts de formation et ou écoles, les facultés
- Le plateau médico-technique, le plateau de rééducation
- Les blocs opératoires et SSPI, les SMUR et SAMU
- La pharmacie

• **Organismes indépendants et Tutelles**

- Le ministère de la santé
- Les associations de professionnels

Contexte

- Une situation démographique de métiers qualifiés de sensibles et indispensables pour les années à venir : cadres de santé paramédicaux, IADE, IBODE, Masseur kinésithérapeute, préparateur en pharmacie, MERM
 - Les critères de sensibilité des métiers sont multiples : démographie médicale fragile dans certaines spécialités, rareté et/ou évolution des compétences, transformation des organisations hospitalières, réponse aux besoins de santé face aux maladies chroniques, à l'évolution des technologies...
 - Il convient de distinguer différents niveaux de criticité parmi les métiers cités
 - ✓ des métiers particulièrement en tension (cadre de santé paramédical, IADE, IBODE, M. Kiné.)
 - ✓ des métiers sensibles mais moins critiques (MERM, PPH, AS)
 - ✓ des métiers amenés à se développer (IDE en pratiques avancées)
- Des métiers en évolution ou de nouvelles fonctions et nouveaux métiers (coordinateur de parcours, gestionnaire de lits...)

Référentiels et/ou textes réglementaires

- Le décret de compétence du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier remplacé par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004
- L'article R 4311-11, l'article R 4311-12, les articles R 4311-42, R 431164, R 4311-44, R 4311-45, R 4311-46, R 4311-47 et R 4311-47
- Le [décret n° 96-879 du 8 octobre 1996](#) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute a été abrogé par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V
- Décret d'actes des MERM : les actes professionnels sont codifiés dans le CSP : articles R 4351-1 à R 4351-6.

Textes relatifs aux Préparateurs en pharmacie : l'exercice des PPH est défini dans le CSP ; article L 4241-13. Les activités des PPH sont définies dans le référentiel d'activité – Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2006 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière – NOR : SANH0623118A publié au J.O. n°185 du 11 août 2006.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : Mener une politique de communication pour faire connaître les métiers proposés par l'AP-HP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer le partenariat avec les facultés avec lesquelles des conventions ont été signées • Organiser une campagne d'information auprès des lycéens, des instituts de formations IDE par exemple, des salons... sur les métiers offerts à l'AP-HP et l'offre de formations et de développement des compétences • Initier avec le service de la communication la modernisation de la présentation des instituts de formations et écoles de l'AP-HP 	X	X	<p>DRH</p> <p>Direction communication</p> <p>CFDC</p>	X	X	X	X	X
<p>ACTION 2 : Contribuer au plan attractivité et fidélisation des cadres de santé paramédicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recentrer l'action des cadres sur le cœur de métier : <ul style="list-style-type: none"> ✓ travail sur les organisations logistiques en support aux soins • Accompagner et soutenir les cadres dans leur exercice quotidien • Organiser le compagnonnage • Repérer les talents et organiser le développement des compétences • Organiser l'analyse des pratiques et les retours d'expérience • Mettre à disposition des outils validés et partagés (tableaux de bord / procédures) • Développer le Coaching 	X	X	<p>DRH</p> <p>Les pôles</p> <p>CFDC</p> <p>IFCS</p>	X	X	X	X	X
<p>ACTION 3 : Maintenir les effectifs des IADE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailler par anticipation au regard des départs programmés • Proposer des postes attractifs alliant activités au blocs opératoire et SAMU/SMUR • Augmenter la participation de l'AP-HP dans les salons professionnels et organiser des stands lors des journées professionnelles (SFAR) 	X	X	<p>DRH</p> <p>Direction communication</p>	X	X	X	X	X

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 4 : Développer le métier d'IBODE afin d'obtenir le plein emploi dans ce secteur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préconiser une présentation du métier dès l'IFSI et un parcours au bloc opératoire et en salle de surveillance post interventionnelle en IFSI (stages optionnels) • Ouvrir un partenariat avec l'école de chirurgie (lieu d'apprentissage des externes et des internes) pour développer les pratiques des IBODE • Organiser un parcours de découverte pour les nouveaux IDE exerçant dans un pôle de chirurgie • Mettre en œuvre la VAE pour les IBODE • Ouvrir des contrats d'apprentissage CFA 	X	X	DRH	X	X	X	X	X
<p>ACTION 5 : Rendre plus attractif le métier de Masseur- Kinésithérapeute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir une cartographie de l'existant afin de développer et modéliser ce qui fonctionne bien • Développer le tutorat et les démarches d'encadrement durant les stages • Recenser le ressenti des étudiants concernant les stages • Développer la formation continue • Construire les compétences nécessaires pour demain • Organiser et mener des actions auprès des directions de soins • Développer des coopérations entre professionnels de santé (Article 51 de la Loi HPST) : instaurer des consultations pré et post opératoires, des consultations de première intention en orthopédie en rhumatologie et aux urgences • Moderniser les salles de rééducation et se doter d'appareillages diversifiés et actuels 		X	DRH CFDC	X	X	X		
<p>ACTION 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir une cartographie des départs par GH • Réaliser un entretien avec tout professionnel paramédical quittant l'Institution. 	X	X	DRH	X	X	X		

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 7 : Faciliter et accompagner l'émergence des nouveaux métiers, des nouvelles fonctions, et leur évolution (IDE de coordination, gestionnaire de lits...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recenser les expérimentations de nouveaux métiers ou nouvelles fonctions dans les GH • Réaliser un bilan, et mesurer l'impact sur les dimensions d'organisation, de qualité et sécurité des soins, de satisfaction des patients et des professionnels • Modéliser les organisations efficaces avec retour d'expérience inter GH • Organiser l'accompagnement du développement des compétences nécessaires • Déployer un plan de communication auprès des professionnels 	X	X	DRH	X	X	X		

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
<p>ACTION 1 Nb d'interventions d'information sur les métiers paramédicaux offerts à l'AP-HP dispensées dans les écoles</p>	DSAP GH	Annuelle
<p>ACTION 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolution du taux d'IBODE/GH année n/n-1 • Taux de réussite à la VAE IBODE/GH 	DSAP GH	Annuelle
<p>ACTION 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'évolution du Nb de coordinateur parcours patient/GH • Taux d'évolution du Nb de gestionnaires de lits/GH 	DSAP APHP	Annuelle

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leur savoir, leur savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé

Action n°7.2

Intitulé de l'action : Favoriser l'engagement des équipes dans un projet de coopération entre professionnels de santé

Objectif cible : Développer les protocoles de coopérations entre les professionnels de santé

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DOMU

DRH

DAJ

Direction de la communication

DS

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
Les professionnels de santé listés dans l'article L 4011-1 du Code de la Santé Publique
les responsables des différentes directions du site ou du groupe hospitalier
- **Services, secteurs, sites concernés**
Les services cliniques de plus et moins de 24 heures
Les consultations
Le plateau médico-technique et le secteur de la rééducation
- **Organismes indépendants et Tutelles**
La HAS, l'ARS et le Ministère

Contexte

- La prise en charge de patients atteints de maladies chroniques et la gestion de parcours complexes dans un contexte de vieillissement et de paupérisation de la population
- L'alternative à la baisse programmée de la démographie médicale dans certaines disciplines
- Le maintien d'une offre de soins de qualité/sécurité répondant à l'augmentation de la demande des usagers
- L'efficacité de la prise en charge des usagers dans un contexte économique contraint
- La demande des paramédicaux de reconnaissance de nouvelles compétences permettant d'être attractif et de fidéliser les professionnels
- Le développement des parcours de soins contribuant à l'émergence de nouveaux métiers et de nouvelles compétences

Référentiels et/ou textes réglementaires

Article L 4011-1 du Code de la Santé Publique précise la liste des professionnels pouvant s'engager dans une coopération entre professionnels de santé

Article 51 de la loi du 21 juillet 2009, qui vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortants du cadre expérimental

Arrêté du 31 décembre 2009 modifiée par l'arrêté du 28 mars 2012 qui précise les pièces nécessaires à l'examen des demandes (demande d'autorisation d'un protocole et demande d'adhésion à un protocole autorisé), les délais d'instruction, les consultations possibles, les retours d'information vers les organisations professionnelles.

Décret n°2010-1204 du 11 octobre 2010 sur les conséquences pour la formation initiale et continue de l'extension d'un protocole par la HAS

Article 35 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2014

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 1 : Optimiser l'organisation du circuit des projets de coopérations entre professionnels de santé <ul style="list-style-type: none"> • Simplifier la procédure de traitement des dossiers en intra hospitalier • Actualiser le livret de présentation des protocoles de coopérations • Mettre les documents en ligne • Organiser le binôme référents médico-soignant coopérations pour chaque GH • Animer le réseau des binômes référents 		X	DOMU DRH DAJ	X				
ACTION 2 : Réaliser un état des lieux sur la première phase de mise en place des protocoles de coopération		X	DOMU DRH DAJ	X				
ACTION 3 : Faire connaître et favoriser la connaissance des protocoles et des adhésions existants <ul style="list-style-type: none"> • Faire un point d'étape trimestriel auprès des DS, CPP et cadres experts des GH et/ou sites et avec les binômes médico soignants • Organiser une journée AP-HP d'échanges des professionnels • Favoriser les publications et la communication lors de congrès ou autres des professionnels sur cette thématique 	X	X	DOMU Com DRH DAJ	X	X	X	X	X
ACTION 4 : Organiser les formations nécessaires et le suivi de l'évolution des compétences <ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'une cartographie des formations suivies • Formaliser des plans de formations et les prioriser • Suivre les résultats de l'évaluation du délégué par le délégant • Renforcer la dynamique de formation par le DPC 	X	X	Formation DRH					
ACTION 5 : Renforcer les relations avec le Ministère, l'ARS et la HAS <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des rencontres DOMU, DRH, DSAP du Siège avec l'ARS • Présenter un bilan du développement des coopérations • Travailler sur l'impact sur nos organisations, les équipes, les RH • Proposer des programmes de recherche médico-économique • Valoriser le temps des professionnels et les activités en externe • Faire du lobbying pour la reconnaissance des actes délégués • Evaluer la plus value pour les patients 	X		DOMU DRH	Semestriel				

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Indicateur 1 : Nb de professionnels ayant communiqué ou publié/nombre total de professionnels engagés dans les protocoles de coopération entre professionnels de santé	DSAP AP-HP DSAP GH	Annuelle
Indicateur 2 : Nb de présentations informatives réalisées par la DSAP de l'AP-HP année N/année N-1 dans les GH et hôpital hors GH, et hors institution	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateur 3 : Taux de GH ayant désigné un binôme médico-soignant	DSAP AP-HP	Bi-annuelle
Indicateurs de résultat	Référent de l'action	Fréquence
Indicateur 1 : Nb de professionnels médico-soignants engagés dans des protocoles de coopération entre professionnels de santé, année n/n-1	DSAP AP-HP DRH AP-HP	Bi-annuelle
Indicateur 2 : Taux d'évolution des adhésions aux protocoles / GH	DSAP AP-HP DSAP GH	Bi-annuelle
Indicateur 3 : Nb de nouveaux protocoles élaborés pas des équipes médico-soignantes année N année /N-1	DSAP AP-HP DSAP GH	Bi-annuelle
Indicateur 4 : Taux de satisfaction des patients/ protocole mis en œuvre	DSAP AP-HP DSAP GH	Annuelle
Indicateur 5 : Nb de patients entrés dans le protocole/Nb de personnes susceptibles d'être prises en charge	DSAP GH	Annuelle
Indicateur 6 : Nb d'incidents /accidents liés à la mise en œuvre des protocoles par déclaration dans OSIRIS/AP-HP	DSAP GH Questionnaires de risques	Annuelle

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leur savoir, leur savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé

Action n°7.3

Intitulé de l'action : développer et encourager la mise en place d'infirmiers cliniciens spécialisés

Objectif cible : créer des postes d'infirmiers cliniciens spécialisés au sein des GH de l'AP-HP au regard des besoins de santé de la population

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DOMU

DRH

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**
 - ✓ Les infirmiers
 - ✓ Les directeurs de GH
 - ✓ Les directeurs de soins des GH
 - ✓ Les directeur RH
 - ✓ Les médecins
- **Services, secteurs, sites concernés**
 - ✓ **Les services cliniques prenant en charge :**
 - les maladies chroniques
 - le cancer
 - la santé mentale
 - les soins de 1^{er} recours
 - la réanimation et les soins d'urgence
 - les personnes âgées
 - ✓ **Les organismes indépendants ou tutelle :**
 - l'ARS

Contexte

- La prise en charge de population ciblée, en cohérence avec le mode de développement des prises en charge à l'hôpital et gestion de parcours patients complexes nécessairement coordonnée par des professionnels experts (infirmiers cliniciens).
- L'intérêt de la population infirmière à upgrader ses compétences cliniques pouvant permettre d'envisager des perspectives d'évolution de carrière.
- L'engagement du Directeur général de l'AP-HP dans le projet préfigurateur de l'ARS Ile-de-France.
- L'engagement de plusieurs équipes des hôpitaux de l'AP-HP dans le projet préfigurateur.

Référentiels et/ou textes réglementaires

- CRESI : référentiel européen de compétences en soins infirmiers (projet pilote Leonardo da Vinci).
- Guide infirmier clinicien spécialisé : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi, 2013.
- Référentiel de formation des infirmiers du 31 juillet 2009.
- Conseil international des infirmiers, 2008 – Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmier de pratique avancée.
- Plan régional de santé.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 1 : Coordonner le dispositif de préfiguration de l'infirmier clinicien spécialisé	X	X	DRH DOMU	X	X	X	X	X
ACTION 2 : Inscrire dans les politiques des ressources humaines et des soins les dispositifs de formation nécessaires à la mise en place des infirmiers cliniciens spécialisés et le dispositif de reconnaissance de l'emploi		X		X	X	X	X	X
ACTION 3 : Identifier au sein de chaque GH les besoins en infirmier clinicien spécialisé dans les domaines répertoriés par l'ARS et promouvoir une politique de formation adaptée		X		X	X	X	X	X
ACTION 4 : Mettre en place des infirmiers cliniciens spécialisés dans les 5 domaines répertoriés par l'ARS au sein des GH et assurer l'accompagnement, le suivi et l'évaluation du professionnel	X	X		X	X	X	X	X

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Indicateur 1 : Nb d'infirmiers formés à la pratique d'infirmière clinicienne/GH	DSAP AP-HP DSAP et DRH GH	Annuelle
Indicateur 2 : Nb d'infirmiers en poste d'infirmier clinicien spécialisé/GH	DSAP AP-HP DSAP et DRH GH	Annuelle
Indicateurs de résultat	Référent de l'action	Fréquence
Indicateur 1 : Nb de publications réalisées par des infirmiers cliniciens spécialisés sur leurs pratiques cliniques/GH	DSAP AP-HP DSAP et DRH AP-HP	Annuelle à partir de 2016

Orientation 8

Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge

Action n°8

Intitulé de l'action : Favoriser la réalisation de projets de recherche par les paramédicaux

Objectif cible : Augmenter le nombre de projets de recherche paramédicale à l'AP-HP

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DOMU

Frontières de l'action

• **Acteurs ciblés**

Les personnels paramédicaux

Les directeurs de GH

Les directeurs de soins des GH

Les URC

Acteurs associés : les médecins

• **Services, secteurs, sites concernés**

Tous les GH – Tous les pôles cliniques et médico-techniques

• **Organismes indépendants et Tutelles**

La DGOS

Contexte

Un engagement de la DSAP depuis 5 ans et un engagement des directions de soins dans de nombreux GH

La mise en place du LMD pour les IDE

L'appel à projet PHRIP de la DGOS

Le financement par la DOMU de 5 salaires IDE / an pour formation doctorale

La recherche intéresse les paramédicaux de l'APHP qui souhaitent s'engager dans une validation scientifique de leur pratique professionnelle

La réalisation des journées institutionnelles

Référentiels et/ou textes réglementaires

- Décret N°2002-154 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière article 14

- Instruction DGOS annuelle relative au programme de recherche (depuis 5 ans)

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : Organiser la communication concernant la recherche paramédicale</p> <p>1) Transmettre les informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sur l'organisation : <ul style="list-style-type: none"> ➢ de la DSAP AP-HP ➢ des DSAP des GH • sur les formations proposées à l'AP-HP • sur les congrès et journées professionnelles <p>2) Faciliter l'information des équipes de soins pour les appels à projets nationaux PHRIP PREPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer les directeurs de GH, les présidents des CMEL des GH et les directions de soins des GH dès parution de la circulaire par mail • transmettre l'information aux cadres de pôles, aux cadres de proximité dans les GH (mails, réunions...) et aux doctorants 	X	X		X				
<p>ACTION 2 : Créer une cellule sous-commission de la recherche paramédicale dans les CSIRMT centrale et GH</p> <p>1) Mettre en place à la DSAP au siège une cellule qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • définira les orientations • animera le réseau des référents (info-réunions) • diffusera les travaux • diffusera l'information • animera le réseau des doctorants <p>2) Mettre en place dans chaque GH une cellule paramédicale de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> • définira les orientations et les travaux • accompagnera les équipes • transmettra l'information aux équipes • fera remonter les informations à la cellule de la DSAP <p>3) Positionner les titulaires de doctorat dans ces cellules de recherche paramédicale pour les animer</p>	X	X		X				
<p>ACTION 3 : Former les paramédicaux à répondre à des appels à projet de recherche</p> <p>1) Actualiser avec le CFC/MPPPH les formations existantes</p> <p>2) Travailler avec l'école des cadres sur la formation à la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rôle du cadre dans l'accompagnement des projets de recherche et des équipes et en tant que chercheur <p>Favoriser l'accès des paramédicaux à ce type de formation</p>	X	X		X				

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 4 : Organiser une journée institutionnelle sur la recherche infirmière et paramédicale 1 fois tous les 2 ans 1) Réunir un comité d'organisation 2) Contacter les intervenants 3) Organisation matérielle de la journée 4) Financement de la journée Une manifestation sera organisée dans chaque GH	X				X			
ACTION 5 : Poursuivre avec le DRCD l'offre de formation doctorat pour les infirmiers • Orientation institutionnelle Organiser le jury de sélection	X			X	X	X	X	X

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Indicateur 1 : Taux de GH ayant mis en place une cellule de recherche/Nb concerné	DSAP AP-HP	Annuelle
Indicateur 2 : Nb de paramédicaux ayant suivi une formation continue pour répondre à l'appel à projets PHRIP		Annuelle
Indicateur 3 : Nb de candidats retenus à une formation doctorante/an		Annuelle
Indicateurs de résultat	Référent de l'action	Fréquence

Orientation 9

*Accompagner sur le plan soignant la mise en oeuvre
du Développement Professionnel Continu*

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu

Action n°9

Intitulé de l'action : Collaborer à la mise en œuvre du Développement Professionnel continu au sein des GH et des Sites

Objectif cible : Chaque professionnel concerné répond ou s'inscrit à son obligation de DPC

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DRH

CME

Direction Qualité

Frontières de l'action

• **Acteurs ciblés**

Auxiliaires médicaux, aides-soignants et auxiliaires de puériculture, et préparateurs en pharmacie conformément au Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011

Etudiants des instituts de formation de l'AP-HP

les responsables des différentes directions du site ou du groupe hospitalier

Les responsables des instituts de formation de l'AP-HP

Les cadres de santé paramédicaux responsable d'unité ou de secteur

Les responsables des services de formation

• **Services, secteurs, sites concernés**

Les services cliniques de plus et moins de 24 heures, Les consultations

Le plateau médico-technique – La PUI

Les secteurs de la rééducation

Le service de formation continue

Contexte

- La loi précise « le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».
- La responsabilité du DPC est portée par les professionnels eux-mêmes et partagée par les pouvoirs publics.
- Evolution de la formation professionnelle qui passe d'une simple actualisation de connaissances à un engagement dans un programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, comprenant des activités d'acquisition des connaissances et d'analyse de pratiques, organisées entre elles de manière à garantir une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Référentiels et/ou textes réglementaires

l'article 59 de la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu

Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux

Décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales

HAS – Méthodes et modalités de DPC – Décembre 2012

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : Mettre en place une cellule DPC par GH ou sites hors GH</p> <p>1.Organiser la cellule de DPC et définir ses missions 2.Identifier les membres de la cellule DPC (RF, référents qualité, référents EPP, CPP) au niveau de chaque GH 3.Accompagner les programmes DPC du GH en lien avec les orientations centrales de l'Institution 4.Participer au réseau AP-HP des cellules DPC-GH 5.Rédiger une lettre d'information semestrielle à l'attention des professionnels 6.Réaliser un bilan d'activité annuel</p>		X	DRH Direction de la qualité C MEL Formation	X				
<p>ACTION 2 : Informer l'ensemble des professionnels concernés</p> <p>1.Déployer un plan de communication à destination des professionnels et des étudiants au niveau : • AP-HP • GH • Instituts de formation 2.Informer individuellement les professionnels lors des entretiens d'évaluation 3.Communication du bilan d'activité aux instances (CME, CTE, CSIRMT)</p>		X	DRH Instituts de formation	X				
<p>ACTION 3 : Faire du processus de DPC un outil de management et de formation pour l'encadrement paramédical</p> <p>1. Former l'encadrement paramédical à la construction d'un programme de DPC à partir de problématiques identifiées 2. s et/ou de développement de compétence des professionnels 3. Informer l'encadrement sur l'ensemble des outils institutionnels dans le domaine du DPC → site intranet 4. Impliquer l'encadrement paramédical dans les journées de retour d'expérience → 3-4 journée GH et en central • 1 journée annuelle en central • 1 journée annuelle par GH 5. Créer un site DPC sur l'intranet et internet • Faire communauté de pratiques • FAQ • Banque de données à alimenter</p>		X	CFDC CFC : MPPPH DRH	X	X	X	X	X

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
ACTION 4 : Dynamiser les actions de DPC 1. Animer le réseau des cellules DPC des GH 2. Animer le réseau des responsables de formation continue au sein des instituts de formation	X			X	X	X	X	X

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION

Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Indicateur 1 Taux de GH et hôpital hors GH ayant mis en place une Cellule DPC/Nb concerné Cible → 100 % fin 2015	DSAP- DRH AP-HP	Annuelle
Indicateur 2 Nb de cadres formés / Nb total de cadres concernés du GH Cible → 100 % d'ici fin 2016	DSAP- DRH GH	Annuelle
Indicateur 3 Taux d'évolution du Nb de programmes de DPC impulsés par pôles sur l'année n/année n-1	DSAP-DRH AP-HP	Bi-annuelle
Indicateur 4 Nb de réunions du réseau des référents de formation continue des instituts de formations	DSAP-DRH AP-HP	Bi-annuelle
Indicateurs de résultat	Réfèrent de l'action	Fréquence
Indicateur 1 Nb de programmes de DPC / GH	DSAP-DRH AP-HP	Annuelle
Indicateur 2 Nb de professionnels paramédicaux par métiers ayant bénéficié d'une formation validée DPC	DSAP-DRH GH	Annuelle

Orientation 10

Renforcer les collaborations entre les centres de formation et les groupes hospitaliers en formation initiale et continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : Renforcer les collaborations entre les Centres de Formation et les Groupes Hospitaliers en Formation Initiale et Continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies

Action n°10.1

Intitulé de l'action : Offre de stage des étudiants paramédicaux

Objectif cible : Garantir une offre de stage lisible pour l'ensemble des étudiants paramédicaux à l'APHP en interne et en externe

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DSAP

DRH

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**

Coordonnateurs généraux des GH, Directeurs de soins des sites et des Centres de formation, CPP, maître de stage et formateurs des centres de formation

- **Services, secteurs, sites concernés**

DSAP, CDFC, GH, pôles et Centres de formation

Contexte

Dans le cadre de leur formation, les étudiants paramédicaux sont amenés à réaliser de nombreux stages dans différentes structures, hospitalières publiques et privées. Le stage est un moment essentiel dans le processus de formation et de professionnalisation des étudiants. Par ailleurs, La réingénierie des diplômes paramédicaux, et notamment le diplôme d'Etat d'Infirmier, puis maintenant le diplôme d'Etat de Manipulateurs en Electroradiologie Médicale (1^{ère} diplomation en juillet 2015) a redéfini les responsabilités de l'ensemble des acteurs de l'encadrement et modifié sensiblement l'offre d'apprentissage.

La lisibilité de notre offre devient de ce fait une nécessité visant à la fois la qualité de la formation mais aussi l'attractivité voire la fidélisation des étudiants et professionnels accueillis.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS								
Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : Elaborer une cartographie de l'offre de stage pour l'ensemble des étudiants paramédicaux par GH Au sein de la DSAP AP-HP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un groupe de pilotage en central associant les directions des soins des GH, des représentants du CFDC et la DSAP AP-HP - Créer un outil commun quantitatif de recensement de l'offre de stage pour l'APHP (par discipline et pour chaque catégorie de métier) - Réaliser une cartographie annuelle de l'offre de stage des étudiants paramédicaux à l'APHP à partir de la cartographie des GH - Mettre en perspective la cartographie de l'offre avec les quotas d'étudiants et des rentrées <p>Au sein des GH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un groupe de pilotage au sein des GH associant les directions des soins, DRH et Centre de formation - Réaliser une cartographie de l'offre de stage par GH à partir de l'outil validé en COPIL central - Diffuser chaque année la cartographie de l'offre du GH à la DSAP AP-HP 	X							
	X	X	CFDC					
	X	X	CFDC	X				
		X						
		X						
		X						
		X						
<p>ACTION 2 : Elaborer une charte de gestion de la cartographie de l'offre de stage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir les missions des responsables de la mise à jour de la cartographie de l'offre de stage - Définir les règles de bonnes pratiques pour la gestion annuelle de la cartographie de l'offre de stage 		X	CFDC	X				
<p>ACTION 3 : Déployer un plan de communication efficace afin de rendre lisible l'offre de stage des étudiants paramédicaux à l'APHP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présenter chaque année la cartographie par GH et sur l'ensemble de l'APHP à la CSIRMT et au comité de stage du GH 	X	X	CFDC	X				

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Disponibilité d'un outil institutionnel pour l'élaboration d'une cartographie de l'offre de stage à l'AP-HP	DSAP-CFDC APHP	1 fois
Diffusion d'une charte de gestion de la cartographie de l'offre au sein de chaque GH	DSAP-CFDC GH	1 fois
Taux de GH et hôpital hors GH ayant communiqué à la DSAP de l'AP-HP leur cartographie de l'offre de stage des étudiants paramédicaux	DSAP-CFDC APHP et GH	1 fois / an
Taux de GH et hôpital hors GH ayant communiqué la cartographie de leur offre de stage actualisée, à la CLSIRMT et au comité de stage du GH	DSAP-CFDC APHP et GH	1 fois / an

PROJET DE SOINS 2015 – 2019 – FICHE ACTION

Intitulé de l'orientation stratégique : Renforcer les collaborations entre les Centres de Formation et les Groupes Hospitaliers en Formation Initiale et Continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies

Action n°10.2 **Intitulé de l'action :** Politique d'accueil et d'encadrement des stagiaires paramédicaux

Objectif cible : Définir les modalités d'une politique commune d'accueil et d'encadrement des étudiants paramédicaux à l'APHP

PRESENTATION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ORIENTATION

Directions associées

DSAP

CFDC

Frontières de l'action

- **Acteurs ciblés**

Coordonnateurs généraux des GH, Directeurs de soins des sites et des Centres de formation, CPP, maître de stage et formateurs des centres de formation

- **Services, secteurs, sites concernés**

DSAP, CDFC, GH, pôles et Centres de formation

Contexte

L'APHP accueille plus de 8000 étudiants en formation initiale, toutes filières confondues.

La réingénierie des diplômes paramédicaux a redéfini le processus de professionnalisation en modifiant les responsabilités des acteurs. Les modalités d'accueil et d'encadrement des étudiants/élèves ont ainsi évoluées. La définition d'une charte d'accueil et d'encadrement est un levier pour formaliser les engagements des différents acteurs impliqués dans la formation des étudiants paramédicaux et mettre en œuvre conjointement une démarche d'amélioration continue des conditions d'apprentissage au cours de la phase de professionnalisation des étudiants en stage.

De nombreux projets de formations de tuteurs et de professionnels de proximité ont été mise en place localement dans le cadre des partenariats Centres de Formation/Hôpitaux mais aussi à l'IFCS, au CFCMPPPH et dans les écoles spécialisées depuis 5 ans.

Les étudiants paramédicaux évoluent dans un contexte de travail en pleine mutation (décloisonnement de l'hôpital, priorités de santé publique, prise en charge des maladies chroniques, gouvernance hospitalière...). Aujourd'hui le parcours du patient doit être envisagé dans sa globalité en tenant compte des responsabilités individuelles et collectives. Les parcours de formation des étudiants paramédicaux doivent intégrer ces évolutions.

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 1 : Définir le rôle des acteurs de l'encadrement des étudiants paramédicaux au regard des évolutions du processus de professionnalisation et de la réingénierie de formation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un COPIL de l'encadrement des étudiants paramédicaux au sein de chaque GH (Comité de stage) • Formaliser la structure d'encadrement mise en place au niveau des pôles au sein de chaque GH • Définir les modalités d'échanges entre les différents partenaires (direction des soins, pôle et centre de formation) afin de s'assurer d'une action concertée • Formaliser le rôle et les missions de chaque acteur au sein des GH en collaboration avec les centres de formation (Directeurs des soins, maître de stage, formateurs des centres de formation, professionnels de proximité, tuteurs) 		X X X X X	DRH CFDC	X				
<p>ACTION 2 : Elaborer un guide de bonnes pratiques de l'accueil, de l'encadrement et de l'évaluation en stage (charte d'encadrement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réactualiser la charte d'encadrement institutionnelle (Réalisée en 2009) • Définir les modalités d'accueil des étudiants paramédicaux au sein de chaque pôle • Recenser et partager les outils existants dans les GH (livret d'accueil, parcours...) afin d'optimiser leur création et actualisation par les professionnels des services de soins • Mettre sur l'intranet AP à disposition des GH les outils de la politique de stage • Formaliser des parcours professionnalisant au sein de chaque pôle en fonction des étudiants accueillis (métier et année d'étude) • Formaliser un suivi de l'étudiant à chaque étape de son parcours • Mettre à la disposition des étudiants les ressources pédagogiques du pôle • Communiquer sur le rôle et les missions des différents acteurs responsables de sa professionnalisation • Garantir à toutes les étapes de l'encadrement le respect et la sécurité de la personne soignée 	X	X X X X X X X	DRH CFDC		X			

DESCRIPTIF CHRONOLOGIQUE DES ACTIONS

Libellé de l'action	Référénts de l'action			Délai de mise en œuvre				
	DSAP du siège	DSAP du GH	Directions associées	2015	2016	2017	2018	2019
<p>ACTION 3 : Développer les compétences des encadrants pour la mise en œuvre d'une politique d'accueil et d'encadrement de qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> Nommer des professionnels expérimentés ayant développé des capacités ou des compétences spécifiques pour l'encadrement des étudiants Evaluer la connaissance des encadrants des référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels encadrés Susciter les interventions des tuteurs, professionnels de proximités et maîtres de stage dans les centres de formation (développement de compétences pédagogiques) Solliciter les formateurs des centres de formations pour le développement de compétences pédagogiques et l'élaboration des outils d'encadrement au sein des pôles Evaluer la satisfaction des étudiants paramédicaux 		X X X X X	DRH CFDC	X				
<p>ACTION 4 : Mettre en place un outil de suivi des compétences professionnelles « Port Folio 'de la formation à l'intégration' »:</p> <ul style="list-style-type: none"> Déployer un plan de communication visant à informer l'ensemble des acteurs au sein des pôles concernés par l'encadrement des étudiants Définir une méthodologie de recueil des compétences à acquérir au sein des pôles et des secteurs ainsi que les étapes du processus de professionnalisation pendant la période de professionnalisation Evaluer l'utilisation du Port Folio en formation initiale auprès des étudiants en fin de cursus, des cadres formateurs et des maîtres de stage Définir des axes d'évolution du Port Folio actuel pour créer un outil d'évaluation et de suivi de la période d'intégration des nouveaux diplômés 		X X X X	DRH CFDC		X			

SUIVI ET EVALUATION DE L'ORIENTATION		
Indicateurs de suivi	Niveau de suivi	Fréquence
Taux de GH et hôpital hors GH ayant mis en place un Comité de pilotage de l'encadrement des étudiants paramédicaux/Nb concerné	DSAP GH	1 fois
Taux de pôles et services/GH ayant formalisé et/ou actualisé, et mis en œuvre la charte d'encadrement des étudiants paramédicaux en stage (toutes filières confondues)	DSAP GH	1 fois / an
Nb de professionnels formés à la fonction tutorale au niveau du GH/Nb de professionnels concernés	DSAP GH	1 fois / an
Taux de satisfaction des étudiants paramédicaux vis-à-vis de l'encadrement au sein des pôles et du GH	CFDC	1 fois / an
Nb d'outils de suivi des compétences professionnelles « Port Folio » élaborés par le GH, par filière/ Nb professionnels concernés	CFDC	1 fois / an

LES CONTRIBUTEURS AUX GROUPES DE TRAVAIL

1 - Redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée

Pilote : Patrick Delamare – CGS – HU Est Parisien

Co-pilote : Caroline Pichon – CGS – HU Est Parisien – Saint-Antoine

Contributeurs

Lydia Allouch – CSSP expert en soins – Saint-Antoine

Valérie Bauer – Adjointe CPP – HU Est Parisien, Rothschild

Elodie Boucheron – CSP – HU Est Parisien, Tenon

Catherine Bourrelis – CSSP DSAP – HU Est Parisien, Tenon

Nathalie Claveau – CSP – HU Est Parisien, Rothschild

Xavier Courties – CSSP – HU Est Parisien A. Trousseau

Elisabeth Deletang – CGS – HU Est Parisien, Tenon

Nelly Delle-Vergini – CGS – Hôpital San Salvador

Nicole Gatineau-Sailliant – CGS – HU Est Parisien, Armand-Trousseau LRG

Martine Guil – CPP – HU Est Parisien

Pascale Lemasçon – CGS – HU Paris Ouest

Pascale Mahiques – CSP – HU Est Parisien, Armand-Trousseau

Jean-Baptiste Moragues – CSP – HU Est Parisien, Saint-Antoine

Valérie Nahon – CSP – HU Est Parisien Saint-Antoine

Christophe Pizelle – CSP – HU Est Parisien, Armand-Trousseau et Rothschild

Brigitte Plages – DS – HU Est Parisien, Rothschild

Catherine Tardy – CPP – Hu Est Parisien, Tenon

2 - Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins

Pilote : Christophe Sebert – CGS – HU Paris Seine-Saint-Denis

Co-pilote : Sylvie Debray – CGS – HU Henri-Mondor

Composition du groupe de travail

Christelle Amissé – CS Sage-femme

Elisabeth Bouchez – CSP MERM

Françoise Chalm

Marie-Claire Fonta – DS – GH St-Louis-Lariboisière-Fernand Widal

Christine Gidoin – CSP

Marc Lacour – CSP Diététique

Gwendal Le Bars – CSP

Karim Mhadbhi – CSP

Lamia Sebbah – CSP

Dr Samir Tine

3 - S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens

Pilote : Anne-Marie Veillerobe – CGS – HU Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix

Co-pilote : Corinne Sliwka – CGS – HU Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix

Contributeurs

N. Baclet – CSP Diététique – Pitié-Salpêtrière

M. Bocquillon – CSP – Pitié-Salpêtrière

S. Camadro – CSSP – Pitié-Salpêtrière

Pr Philippe Cornu

M. Dane – CSP – Pitié-Salpêtrière
 M.L. Durand – CSP – Pitié-Salpêtrière
 F. Grosbois – IDE – Pitié-Salpêtrière
 J.L. Garnier – technicien d’analyses biologiques – Pitié-Salpêtrière
 P. Gouenard – masseur-kinésithérapeute – Pitié-Salpêtrière
 S. Issad – CSSP – Charles-Foix
 A. Jean-Gils – IBODE – Pitié-Salpêtrière
 A.V. Lemonnier – IDE – Pitié-Salpêtrière
 Dr A. Liou – pharmacien – Pitié-Salpêtrière
 B. Matumbudi – AS – Charles-Foix
 N. Moubarak – CSP – Pitié-Salpêtrière
 G. Orville – CSP – Pitié-Salpêtrière
 N. Osinski – CSSP hygiéniste – Pitié-Salpêtrière
 C. Parenti – IDE – Pitié-Salpêtrière
 Pr Eric Pautas
 F. Perigault – CSP – Pitié-Salpêtrière
 A. Petit – directeur adjoint qualité – Pitié-Salpêtrière
 Dr I. Peyron – pharmacien – Charles-Foix
 S. Quintel – CSSP référent qualité – Pitié-Salpêtrière
 S. Renard-Deniel – CSP Ergothérapeute – Charles-Foix
 M. Taouqui – hémovigilant – Pitié-Salpêtrière
 P. Thiau – – CSSP référent qualité – Pitié-Salpêtrière
 H. Vignaud – CSP – Pitié-Salpêtrière
 Avec la collaboration d’A. Foureau – CGS – GH Robert-Debré pour la pédiatrie

4 - Développer et formaliser les parcours de soins

Pilote : Florence Kania – CGS – HU Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal
 Co-pilote : Carole Kohler – DS – HU Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal

Composition du groupe de travail

Isabelle BAILLY – CSSP – Lariboisière
 Fabien MARTINEZ – Responsable Qualité des Risques – Lariboisière
 Marjory ASTRIE - CSP – Saint-Louis
 Fatime GHENA-AFANE – CSP – Pitié-Salpêtrière

5 - Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes

Pilote : Christophe Guenot – CGS – HU Paris IDF Ouest
 Co-pilote : Christine Bargièla – DS – HU Paris IDF Ouest

Composition du groupe de travail :

Yamina Alonzeau – CSSP – HU Paris IDF Ouest, Sainte-Périne
 Isabelle Beau – CSSP – DSAP AP-HP
 Isabelle Bruere – CSP – HU Paris Sud, Antoine-Béclère
 Karine Corbrion – DS – HU Pitié Salpêtrière - Charles-Foix
 Carole Deramecourt – CSP – HU Paris Sud, Antoine-Béclère
 Sakina Issad – CE soins – HU Pitié Salpêtrière - Charles-Foix
 Stéphanie Joyeux – CE soins – HU Paris IDF Ouest, Sainte-Périne
 Dr Laurent Lechowski – HU Paris IDF Ouest, Sainte-Périne
 Brigitte Plages – DS – HU Est Parisien, Rothschild
 Gérard Polegato – DS – HU Paris Sud, Antoine-Béclère
 Joëlle Sabatier – CSSP – HU Paris IDF Ouest, Raymond-Poincaré
 Christine Tessier – CSSP – HU Paris IDF Ouest, Ambroise-Paré
 Dr. Laurent Tliba – HU Paris IDF Ouest, Sainte-Périne

6 - Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins

Pilote : Françoise Zantman – CGS Directrice DSAP AP-HP

Co-pilote : Sylvie Jacquin – CSSP – DSAP AP-HP

Composition du groupe de travail

Brigitte Anne – DS – GH Henri-Mondor

Valérie Bincteux – CE – HU Paris Nord Val de Seine

Anita Foureau – CGS – GH Robert-Debré

Patrick Lallier – CGS - CFDC DRH AP-HP

Evelyne Malaquin-Pavan – CSSP – HU Paris Ouest

Martine Mechiche – HU Est Parisien

Thérèse Pety – CSP – GH Necker-Enfants Malades

Françoise Pivcevic – CE – GH Robert-Debré

Véronique Rieu – HU Saint-Louis - Lariboisière - Fernand Widal

Blasinda Rodriguez – CE – HU Paris IDF Ouest

Latifa Scheirlinck – CPP – HU Paris Sud

Catherine Vogler – CE – HU Paris Seine St-Denis

7 - Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leurs savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'APHP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé

Pilote : Martine Massiani – CGS - Directrice-adjointe DSAP AP-HP

Co-pilote : Anita Foureau – CGS – GH Robert-Debré

Composition du groupe de travail :

Valérie Achart Delicourt – CPP – GH Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix

Dominique Anger – DS – HU Henri-Mondor

Françoise Aubert – CPP – HU Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix - CCSIRMT

Nadine Baclet – CSP – HU Pitié Salpêtrière - Charles-Foix

Dr Pierre Bourrier – Radiologue – GH Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal

Michel Boutroy – DS – Institut de formation en masso-kinésithérapie

Chantal Cadoz-Hernandez – CSSP – DSAP AP-HP

Nathalie Corbel – CPP – HU Paris IDF Ouest

Dr Sophie de Chambine – Dpt parcours des patients organisations médicales innovantes – DOMU AP-HP

Annie Farreyre – CE – HU Paris Centre

Pascale Finkelstein – Service du management et organisation des RH – DRH AP-HP

Odile Freytag – Référent qualité gestion des risques – HU Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix

Monique Guinot – DS – Instituts de formation écoles IADE et IBODE

Maryline Josset – CSP – HU Paris IDF Ouest

Fanny Joujou – MERM – HU Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal

Geneviève Ladegaillerie – CSSP – DSAP AP-HP

Isabelle Langlois-Wils – CSSP – HU Paris IDF Ouest - CCSIRMT

Didier Lantz – CSSP – HU Paris Centre

Nadine Malavergne – DS – Instituts de formation des techniciens de laboratoires, PPH et MERM

Adeline Moulin – DRH AP-HP

Françoise Pivin – DRH AP-HP

Anne-Marie Rannou – CSSP – GH Robert-Debré

Jamila Rouabah – CSSP – HU Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix

Corinne Sliwka – CGS – HU Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix

8 - Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge

Pilote : Françoise Zantman – CGS Directrice DSAP AP-HP

Co-pilote : Geneviève Ladegaillerie – CSSP – DSAP AP-HP

Composition du groupe de travail

Dr François Bassompierre - DRCD

Annie Farrayre – CSSP – HU Paris Centre

Gisèle Hoarau – CPP – HU Pitié-Salpêtrière - Charles-Foix

Caroline Joly – DS – HU Paris Nord Val de Seine

Sébastien Kerever – IDE Doctorant – HU Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal

Fabienne Marion – CGS – GH Necker-Enfants Malades

Muriel Peltier – CSSP – HU Paris IDF Ouest

Françoise Pivcevic – CE – GH Robert-Debré

Véronique Van Cutsem – CSP – HU Paris IDF Ouest

Isabelle Villard – FFCS – HU Paris Nord Val de Seine

9 - Accompagner sur le plan soignant la mise en oeuvre du Développement professionnel continu

Pilote : Martine Massiani – CGS Directrice-adjointe DSAP AP-HP

Co-pilote : Jean-Luc Gaspard – CFDC – DRH AP-HP

Composition du groupe de travail

Richard Agnetti – CSSP – DSAP AP-HP

Dr Stéphane David – DPC - DOMU AP-HP

Agnès Debergh – CSSP – HU Paris Ouest

Gilles Desserprit – DS – IFCS Pitié-Salpêtrière

Marie-Françoise Doval – CGS – HU Paris Sud

Philippe Gaurier – CSP – HU Paris IDF Ouest

Michèle Jarraya – DS – CFC MPPH

Florence Kania – CGS – HU Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal

Isabelle Kerhoas – CSSP – HU Saint-Louis - Lariboisière - Fernand-Widal - CCSIRMT

Catherine Macri – DS – IFSI St Antoine et école de puériculture Trousseau

Sophie Marrellec – CPP – HU Henri-Mondor

Josyane Pape – DS – HU Henri-Mondor

Brigitte Plagès – DS – HU Est Parisien

Brigitte Rénier – CPP – HU Paris Seine St-Denis

Sandrine Tyzio – Ecole de puériculture Armand-Trousseau

10 - Renforcer les collaborations entre les centres de formation et les groupes hospitaliers en formation initiale et continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies

Pilote : Marie-Françoise Doval – CGS – HU Paris Sud

Co-pilote : Patrick Lallier – CGS – CFDC DRH AP-HP

Composition du groupe de travail

Gilles Desserprit – DS – IFCS Pitié-Salpêtrière

Marie-Ange Ganier – DS – IFSI Bicêtre Paul-Brousse

Monique Guinot – DS – Ecole de formation IBODE et IADE AP-HP

Joseph Lazare – DS – HU Paris Sud, Bicêtre

Nadine Malavergne - DS – Instituts de formation des techniciens de laboratoires, PPH et MERM

Latifa Scheirlinck – CPP – HU Paris Sud, Bicêtre

Projet de prise en charge

Dialogue, accueil et hospitalité

Document rédigé par la direction des patients, usagers et associations
en lien avec la Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU)

approuvé par le Conseil de surveillance du 11 décembre 2014,
après un avis favorable à l'unanimité de la CME le 9 décembre 2014.

Introduction

« Dialogue, Accueil et Hospitalité », tel est le fondement du «Projet de prise en charge des patients », volet du projet d'établissement ainsi nommé par la loi HPST qui traite de la prise en charge non soignantes (ni médicale ni paramédicale) des patients, en complément indissociable du projet médical et du projet de soins.

L'hôpital est un lieu de soin et de vie : la personne accueillie a un âge précis, des habitudes de vie, des croyances éventuelles, un entourage familial ou non, des activités et une autonomie, un environnement intégrateur ou dégradé. Une attention doit être portée à toutes les dimensions de la santé (physique, psychique et sociale) pour chaque patient, considéré en tant que personne dans sa globalité avec son libre-arbitre, ses devoirs et ses droits.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) forme une communauté de professionnels compétents et attachés aux valeurs de leurs métiers et du service public ; chacun y est appelé à jouer sa partition à sa juste place. Le tout est de savoir qui fait quoi, de faire ensemble, de construire un chainage interne qui puisse aussi porter hors les murs : le parcours d'une personne qui tombe malade s'inscrit dans une trajectoire complexe et une réalité mouvante, fait d'allers et retours de son lieu de vie (domicile ou établissement) vers les médecins et les paramédicaux de la ville et de l'hôpital, dans un continuum multidimensionnel et pluriprofessionnel. À cet égard, le contact ville-hôpital au moment de la préparation de la sortie d'hôpital est essentiel pour assurer la continuité des soins, éviter toute rupture de prise en charge et tout sentiment d'abandon.

Cette prise en charge ne peut se faire sans un dialogue entre les protagonistes des soins, soignés/soignants, dialogue permettant l'assentiment de la personne concernée, pleinement informée à la fois des modalités de soins et du fonctionnement des circuits hospitaliers. Le patient, mais aussi son représentant (représentant des usagers et des familles), l'accompagnant, le bénévole associatif représentent autant de voix qui comptent dans le concert des acteurs mobilisés. Elles doivent être entendues dans leur singularité et contribuer à la co-construction des bonnes pratiques, dans le respect des soignants et du fonctionnement hospitalier.

La qualité de la prise en charge (parfois qualifiée de *care*, par contraste avec *cure*) repose sur le soin mais aussi sur l'accueil, l'écoute, le respect et l'accompagnement, avec une attention particulière aux personnes les plus vulnérables.

L'AP-HP dispose de toutes les compétences et forces vives pour promouvoir cette pluralité de regards et d'approches qui offrira aux patients qu'elle soigne, en plus de soins d'excellence, la qualité de vie dans un environnement accueillant et « hospitalier ». La Commission médicale d'établissement (CME) a engagé une réflexion spécifique sur l'hospitalité, étant convaincue que le dialogue renforcé avec chaque patient appréhendé dans son intégrité est en soi un levier fort de changement.

S'il prend un peu plus de temps, ce dialogue doit réduire en revanche les risques d'inobservance et de recours aux urgences ou ré hospitalisations ; il permettra à l'ensemble des intervenants de personnaliser chaque parcours de soins en tenant compte de la qualité de la santé et d'hygiène de vie du patient comme de la réalité de son environnement, qu'il soit social, professionnel, urbain ou rural, à proximité ou non d'une offre de soins territoriale adaptée et suffisante. Est ainsi construit un parcours intégré de santé et même de vie avec la maladie, notamment lorsqu'elle est chronique.

Tous les objectifs visés ici semblent atteignables dans les cinq années à venir : en phase avec la mission et les valeurs portées par le CHU, ils s'inscrivent dans la continuité des actions engagées et dans la dynamique de démarches innovantes encouragées.

1. Une communauté d'acteurs pour co-construire

A- Dynamiser le dialogue avec les représentants d'usagers et des proches

On n'envisage plus le parcours de santé comme une succession d'étapes disjointes dans différentes structures de soin. Ce parcours se recentre sur le patient. Mais il faut aller plus loin et considérer le patient comme un des co-constructeurs de sa propre prise en charge, partie prenante au même titre que les autres acteurs. Il s'agit en effet de faire AVEC lui pour mieux faire POUR.

Toutes les études publiées montrent la valeur ajoutée d'un programme co-construit avec les équipes en pluridisciplinarité à toutes ses étapes : conception, mise en œuvre, évaluation et retour d'expérience.

Cette collaboration au cœur du soin et de l'accompagnement pour améliorer la trajectoire du patient est fondée sur l'écoute de la voix et de l'expertise spécifique acquise par les patients atteints notamment de maladies chroniques, les proches et les aidants et bien sûr les associations. Elle n'est pas secondaire mais fait partie de la construction du projet de soins et de santé.

L'affirmation et le respect des droits individuels et collectifs des usagers, le rôle essentiel des représentants des usagers et l'appui des professionnels de la relation avec les usagers (équipes et instances dédiées, médiateurs) sont parties intégrantes d'un mode de travail collaboratif et facilité avec les équipes soignantes.

Bien entendu, cela n'est possible que dans un climat de confiance, créé par le respect des droits et devoirs de chacun, administratifs, soignants et usagers/patients au titre des devoirs de citoyenneté à observer dans le cadre d'un service public.

L'AP-HP devra :

- veiller à donner aux représentants des usagers les moyens adaptés à l'exercice de leurs mandats ainsi que la visibilité nécessaire,
- s'engager à porter un projet qui situe l'hospitalité parmi ses valeurs essentielles au même titre que la qualité, la sécurité et l'efficacité.

Si la loi du 4 mars 2002 a permis que les usagers trouvent une place à l'hôpital par leurs représentants au sein des instances hospitalières, il faut aller plus loin et renforcer le dialogue institutionnel entre les personnels soignants (médicaux et non médicaux) et administratifs, et les usagers et leurs représentants, suivant les préconisations de la Stratégie nationale de santé et de la future loi de santé, dont la « démocratie sanitaire » représente un des piliers.

L'AP-HP propose de mettre en place ou d'expérimenter quatre mesures pour dynamiser l'interface avec les usagers.

1. Pouvoir inviter ponctuellement des représentants des usagers à certaines réunions du Directoire, et des comités exécutifs et CME locales des groupes hospitaliers (GH), en fonction de l'ordre du jour et sous réserve de l'accord préalable expresse de ces instances.
2. Dans la perspective du projet de loi de Santé présenté dès 2015 au Parlement, remplacer les CRUQPC par des CU (Commissions des usagers), consultées de façon plus large sur la politique menée dans l'établissement. Ces commissions devront être composées de représentants des usagers et des personnels hospitaliers administratifs et soignants, et pourraient être structurées en deux niveaux :
 - dans une logique de proximité, à maintenir, des commissions locales des usagers au niveau des sites avec :
 - une mission de vigilance concernant l'accueil et l'hospitalité, l'information et les droits des usagers,
 - une mission d'information et de suivi des plaintes ou réclamations, la gestion des réclamations et celle des événements indésirables étant articulées ;
 - au niveau de chaque GH, créer une commission des usagers, instance rassemblant des professionnels soignants et socio-éducatifs et des bénévoles associatifs, qui seraient éventuellement dotées de missions stratégiques telles qu'indiquées dans le projet de loi (à ce stade, relatives à l'organisation des parcours de soins, et de la politique de

qualité et de sécurité élaborée par la CME), et permettant l'harmonisation des commissions locales des usagers.

3. Impliquer les usagers dans la préparation de la certification V 2014 qui introduit notamment le compte qualité et le dispositif du patient traceur, contribuant ainsi à promouvoir le rôle et le regard des usagers sur le fonctionnement des établissements.
4. En outre, la Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU), présidée par le directeur général et mise en place en juin 2011, doit gagner en visibilité et efficacité : installée dans l'établissement comme la seule instance de ce niveau rassemblant des représentants de l'ensemble des acteurs de l'hôpital, ses contributions et avis doivent être mieux articulés avec les autres instances. Elle a vocation à permettre la conduite de travaux et la diffusion de recommandations fondées sur sa dimension multidisciplinaire.

Dans toutes ces actions, la sollicitation des représentants des usagers doit pourtant être compatible avec l'état des forces vives et des disponibilités effectives, de plus en plus de sièges restant non pourvus.

- La promotion et la mise en œuvre des droits individuels et collectifs
- Le renforcement du dialogue avec les représentants des usagers et des familles
- La parole de l'utilisateur au même titre que celle des autres acteurs hospitaliers

B. S'appuyer sur l'expérience et le savoir du patient comme levier de recherche et d'innovation

Une pratique médicale moderne prend en compte non seulement une conception biomédicale des maladies mais aussi une approche psychosociale qui sache notamment utiliser la richesse du savoir des patients.

Les patients et leurs proches détiennent un savoir spécifique, dont il convient de faciliter l'expression et qu'il faut écouter. La prise en compte de cette parole du patient et de ses proches, en interaction avec les professionnels, est un facteur d'innovation et d'intégration dans l'approche globale du patient, enrichie par la

mixité des points de vue. Elle repose sur :

- la construction en conséquence d'un projet de prise en charge adapté et partagé ;
- le repérage facilité des dysfonctionnements et des situations éventuellement vécues comme indésirables ;
- l'amélioration continue des pratiques.

La parole de l'utilisateur devient un des éléments de référence dans la construction de la formation des professionnels (formation à l'écoute et à la relation, en particulier), qu'ils soient étudiants ou professionnels établis, dans la simplification des organisations et l'amélioration de la sécurité.

À cet égard, il importe de développer des partenariats avec les universités et l'École des haute études en santé publique (EHESP) pour promouvoir le principe de l'intégration du regard des usagers dans la formation initiale et continue des médecins, des soignants et des cadres de direction, de la même façon que les facultés et les écoles d'infirmières (IFSI) portent une attention à la formation humaine et éthique de leurs étudiants. La réflexion en cours relative à la création d'un Pôle universitaire patient partenaire au sein de l'AP-HP va tout à fait dans ce sens.

L'hôpital est le lieu d'innovations techniques, organisationnelles et relationnelles. L'intégration de la voix des patients exprimée positivement et dans le respect des compétences de chacun, y concourt, au bénéfice de ceux-ci comme des professionnels.

Ainsi, en matière d'éducation thérapeutique du patient, les programmes proposés comme la recherche-action sont à développer avec les associations de malades et de proches travaillant dans ce champ.

L'AP-HP conçoit ces évolutions selon une approche systémique, incluant toutes les dimensions du soin et du « prendre soin » : création de nouveaux métiers (coordinateur de soin, médiateur en santé, etc.), développement de la recherche en sciences humaines et sociales, et de la recherche paramédicale, réflexion sur les aspects plus qualitatifs de la prise en charge-relation, vécu du patient...

En complément, des groupes focus patients/familles pourront être suscités au sein même des services ou des pôles : cette parole du patient,

exprimée à destination de l'équipe soignante, permettra d'intégrer le point de vue « usager » dans les modalités de prise en charge.

- La reconnaissance du savoir dit « expérientiel »
- L'intégration de ce savoir dans les formations des professionnels
- L'expérience du patient comme levier de recherche et d'innovation

C- Développer la place des associations à l'hôpital et encourager le bénévolat

Les représentants associatifs (bénévoles ou représentants des usagers) sont aujourd'hui très présents à l'AP-HP. Toutefois, ils sont souvent perçus comme des acteurs extérieurs à l'établissement.

Or, l'amélioration de la prise en charge des patients et l'accompagnement de leur famille, ainsi que l'autonomie du malade par une présence stimulante et le développement de l'information, sont des actions qui peuvent être menées au sein des services en collaboration avec des bénévoles. Cette collaboration avec la communauté hospitalière (directions, services administratifs, professionnels de santé) nécessite des prérequis indispensables pour mieux connaître, évaluer, accueillir et intégrer la plus-value représentée par cette ressource associative :

- établissement préalable d'un état des lieux exhaustif et actualisé de la présence associative et actions identifiées au sein des divers sites de l'institution ;
- mise en place d'outils de suivi et d'accompagnement ainsi que d'engagements réciproques socles (élaboration de conventions, charte du bénévolat) ;
- mise en valeur de la présence associative (signalétique, local mis à disposition-maisons des usagers) et valorisation des actions de partenariat menées par les bénévoles (journée annuelle des associations, site internet, Journée annuelle « Portes ouvertes »).

Pour ce faire, il est nécessaire que les intervenants associatifs appartiennent à des associations conformes aux impératifs de transparence, indépendance, de fonctionnement et d'essence non sectaires, avec un projet d'intérêt général. En collaboration notamment avec divers collectifs et fédérations associatives et avec les

universités, l'AP-HP se doit de veiller et contribuer à ce que les représentants des usagers et les bénévoles aient accès à une formation adaptée ; leur intervention pourra ainsi contribuer à l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital au profit des patients et de leur famille, et être utilisée de façon optimale par l'encadrement médical et paramédical hospitalier.

- La valorisation du travail des associations de patients et de bénévoles
- Le rapprochement de la communauté hospitalière et des associations, dans une culture de partenariat
- La formation des bénévoles à l'environnement hospitalier et à ses contraintes

2- La mesure et la prise en compte opérationnelle de la satisfaction des usagers

A- Coordonner et simplifier les outils de recueil de la satisfaction et tenir compte de l'avis des patients

Le recueil et la mesure de la satisfaction des patients prévus par les textes réglementaires sont nécessaires :

- pour l'AP-HP, qui doit connaître ceux qu'elle accueille et répondre à leurs attentes si elle veut rester attractive, la recommandation par le « bouche à oreille » comme l'orientation d'un malade par un médecin traitant étant le plus souvent fondées sur la qualité de l'expérience personnelle vécue ;
- pour les patients et usagers, qui doivent pouvoir exprimer leur avis et savoir que ce dernier est bien pris en compte.

L'AP-HP s'est dotée à cet effet d'outils pour mesurer le ressenti des patients, par l'intermédiaire d'enquêtes de satisfaction. Mais elle doit les évaluer, les améliorer le cas échéant et les généraliser. Elle doit surtout en définir les modalités de suivi/prise en compte effective avec l'ensemble des GH et pouvoir montrer explicitement aux usagers comment leur parole a été concrètement prise en compte (livret d'accueil, affichage par site, internet...).

Depuis 2001, sous le nom de « SAPHORA » l'AP-HP a mené chaque année une enquête

téléphonique de satisfaction auprès d'un échantillon de patients. Généralisée en 2012 à tous les hôpitaux MCO de France, à la demande du ministère de la Santé, elle a dorénavant pris le nom d'I-SATIS. C'est une étude annuelle qui est réalisée, par site, auprès de patients hospitalisés, qui ont donné leur consentement au moment de l'admission pour être interrogés par téléphone, quelques jours après leur sortie.

L'objectif de cette enquête est de permettre à un hôpital de se comparer à l'ensemble des établissements de santé sur six thématiques :

- prise en charge globale du patient,
- attitude des professionnels de santé,
- communication avec les professionnels de santé,
- information du patient,
- restauration hospitalière,
- commodité de la chambre.

Avec un taux de réponses inférieur à 8 % dans l'ensemble des hôpitaux, cette enquête de satisfaction est amenée à évoluer, en lien avec la HAS vers une version en ligne permettant d'interroger, au fil de l'eau, les patients hospitalisés, mais aussi ceux qui sont venus en consultation. Cette version est actuellement en cours d'expérimentation à l'AP-HP et a vocation à être généralisée dès 2015. Après généralisation, les indicateurs de l'enquête en ligne seront disponibles trimestriellement par GH, site, pôle et service, et aideront les équipes à fixer des objectifs d'amélioration de la qualité du service.

En complément, des initiatives d'enquêtes en face à face permettant de recueillir la parole des patients et/ou de leurs proches, seront développées au travers d'entretiens individuels proposés ou d'entretiens d'expression collective au sein de « groupes focus ».

Sur la base d'un constat général de sous-utilisation par les usagers et de sous-exploitation par les hôpitaux du questionnaire de sortie d'hospitalisation, une nouvelle version du questionnaire de sortie réglementaire (version papier) a été élaborée en 2012, en lien avec les représentants des usagers, de manière à proposer un modèle plus attractif et plus utile : il convient d'en évaluer l'impact.

À vocation essentiellement qualitative et voué à une utilisation de proximité, cet outil doit être déployé dans l'ensemble des sites de l'AP-HP

pour permettre d'engager rapidement, le cas échéant, des actions correctives de proximité. Le questionnaire de sortie n'a en effet de sens que s'il est exploité au plus près des services, sur la base des leviers d'amélioration indiqués par les patients (difficultés logistiques, administratives, relationnelles, manque d'information...). Il intervient donc en complément des autres outils mesurant la satisfaction, à vocation plus institutionnelle, en faisant l'objet d'un traitement statistique.

Enfin, la question de la généralisation d'enquêtes avec un volet spécifique (USLD, SAU...) sera étudiée.

- Suivi de l'enquête I-SATIS et généralisation de l'enquête en ligne pour définir un plan d'actions
- Mise en œuvre d'un programme de groupes focus pour recueillir la parole des usagers
- Visibilité donnée à des exemples d'actions correctives réalisées grâce aux observations des patients
- Cohérence et lien entre les différents outils d'écoute quantitatifs et qualitatifs

B- Optimiser le traitement des plaintes et réclamations

L'AP-HP reçoit chaque année environ six mille courriers, courriels ou appels téléphoniques de réclamation, mais aussi de nombreux éloges, questions et témoignages, et de plus en plus de demandes d'accès aux dossiers médicaux (onze mille en 2013). Le traitement des réclamations constitue une des pratiques exigibles prioritaires (PEP) dans le cadre de la démarche de certification des établissements de santé.

Le traitement de ces messages et demandes est assuré par le réseau des chargés de relations avec les usagers (CRU), métier inscrit en 2008 au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, à l'initiative de l'AP-HP. Ce réseau de professionnels requiert des actions de formation et d'échanges de pratiques dans une perspective d'homogénéisation, en lien avec les directions chargées de la qualité au sein des GH. La professionnalisation de cette fonction essentielle s'inscrit dans le cadre de la réflexion stratégique de l'institution sur l'amélioration et le développement de systèmes

d'information dédiés et harmonisés. En effet, ces professionnels ne disposent pas actuellement d'un outil partagé et adapté pour réaliser ce suivi de façon optimale et pour faire du recueil de la parole des usagers un véritable levier d'amélioration des pratiques. L'institution devra disposer d'une solution systémique de nature à répondre aux divers enjeux en présence :

- une dimension locale (rapidité et efficacité de la réponse apportée aux demandes des usagers, suivi et valorisation des actions correctives) ;
- une dimension institutionnelle (nécessité de disposer d'une vision globale et en temps réel des motifs de réclamation et de leur évolution, possibilité de réaliser des requêtes ciblées, croisements possibles avec le recueil des réclamations à caractère indemnitaires et contentieux, et avec celui des événements indésirables) ;
- une dimension régionale (obligation réglementaire de réalisation d'un rapport annuel remis à l'Agence régionale de santé).

- ➔ La mise en place d'un outil informatique efficace et partagé de traitement des réclamations
- ➔ L'articulation avec la gestion des événements indésirables
- ➔ Le renforcement du réseau des chargés de relations avec les usagers

C- Soutenir et structurer le modèle de la médiation hospitalière

L'AP-HP engage une réflexion concernant les fondements et les modalités de fonctionnement de la médiation hospitalière, mission essentielle pour rétablir un lien de confiance rompu entre un patient ou une famille, et une équipe de soins ; étant entendu que la quasi-totalité des tensions qui peuvent exister entre soignés et soignants sont résolues au quotidien au sein même des services.

Ainsi que le souligne le rapport rédigé en février 2014 par Mme Claire Compagnon sur la démocratie sanitaire, l'organisation actuelle de la médiation à l'hôpital peut être optimisée. Au sein du réseau des médiateurs médicaux et non médicaux de l'institution, certains expriment un besoin de formation, mais aussi de partage et

d'évolution de leurs pratiques. Les médiations sont peu nombreuses et la fonction est encore trop méconnue.

L'établissement ayant désigné deux médiateurs centraux, l'un médical et l'autre non médical, pour coordonner les deux réseaux respectifs, une démarche de modernisation et d'assouplissement du dispositif est en cours pour laisser aux requérants le choix de la configuration souhaitée. Il convient de leur apporter une information claire sur les différentes modalités possibles, avec différents niveaux de réponses modulables - rencontrer un médiateur d'un autre site ou d'un autre groupe, rencontrer deux médiateurs (médical et non médical), - bénéficier de l'accompagnement d'un représentant des usagers...

Dans ce cadre, l'AP-HP va établir une fiche de poste type précisant les missions des médiateurs locaux, définir des modalités précises de désignation et proposer un plan de formation.

- ➔ Un mode de dialogue avec les usagers à soutenir et structurer
- ➔ La mise en place d'une démarche de formation à la médiation
- ➔ Une information aux usagers à renforcer et à assouplir

3- Un hôpital accueillant et bienveillant

L'AP-HP n'est pas seulement un lieu de soin : c'est aussi un lieu de vie. Dès lors, l'hospitalité est une valeur que doit porter l'hôpital, au même titre que la qualité et la sécurité. On peut définir l'hospitalité comme le fait de témoigner une attention aux valeurs du soin, en conciliant recherche de la qualité, sécurité des soins et respect des personnes. C'est « le soin au-delà du soin ».

« Le devoir d'hospitalité conditionne la relation de soin et contribue au rapport de confiance indispensable à des pratiques professionnelles dignes » (extrait du rapport du groupe de travail *ad hoc* de la CME consacré à l'hospitalité, présidé par le Pr Gérard Reach, présenté à la CME du 10 juin 2014).

Ce devoir d'hospitalité est l'affaire de tous les personnels de l'institution hospitalière, qui doivent non seulement répondre aux manquements à l'hospitalité quand ils existent, mais surtout détecter tout ce qui pourrait être amélioré au niveau général comme du détail. Il s'agit d'apprendre à voir les conditions de la vie hospitalière. La démarche d'hospitalité doit être proactive et ne pas se limiter aux seules réponses aux plaintes.

L'AP-HP s'engage à former l'ensemble des personnels au repérage systématique de ce qui peut être amélioré : « apprendre à voir ce que l'on regarde ».

A- Promouvoir la qualité de vie à l'hôpital dans le cadre d'un parcours de santé

1) Une prise en charge et un accompagnement jusqu'au retour à domicile

Dès l'entrée du patient, auquel on remet un livret d'accueil, il convient d'anticiper les conditions de sa sortie et de son retour sur son lieu de vie (établissement médico-social, domicile...) en lien avec le service social notamment et les proches, pour éviter toute rupture dans la prise en charge.

Le projet prioritaire « amélioration de la qualité de la sortie du patient » a instauré la remise d'une pochette de sortie aux patients, et une sensibilisation des personnels médicaux à la nécessaire diminution du délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation aux correspondants libéraux, conditionné souvent par le niveau d'informatisation des uns et des autres.

Ce projet a fait émerger la nécessité de disposer de salons de sortie pour permettre à des patients de quitter leur chambre avant midi et y attendre sans stress qu'une ambulance, un proche ou un taxi vienne les chercher. Dans ce salon, le patient peut se reposer dans un fauteuil confortable et éventuellement prendre une collation. Cette organisation permet parallèlement l'installation plus rapide des patients en attente d'hospitalisation. L'anticipation de la sortie des patients et sa préparation sont des exigences majeures qu'il conviendra de renforcer, autant que possible en lien avec les services sociaux, pour évaluer et mettre en place le cas échéant les aides et accompagnement nécessaires pour le retour à domicile ; le contexte de réduction du

temps d'hospitalisation et d'augmentation des prises en charge ambulatoires rend en effet l'anticipation encore plus nécessaire.

2) Le repérage d'initiatives favorisant la continuité des prises en charges

La qualité de la prise en charge des patients est le premier levier d'attractivité et de changement. Dès lors, les démarches et projets innovants continueront d'être recherchés et valorisés, notamment par la poursuite de l'opération annuelle des « Trophées des patients », avec un suivi et un soutien dans le temps pour répondre à la question « Que sont-ils devenus ? », s'agissant des projets portés par les équipes médicales et soignantes comme par les bénévoles associatifs.

En 2015, l'accent sera mis sur les actions contribuant à optimiser le parcours de soin, santé et/ou vie du patient au sein de l'hôpital comme en ville.

B- Développer l'hospitalité pour les proches et les aidants : conforter leur place et leur rôle

L'hôpital est un lieu d'accueil pour la personne malade, en situation de handicap, de perte d'autonomie, quel que soit son âge, ainsi que pour les personnes qui l'accompagnent, proches et aidants, l'hospitalité à leur égard étant une exigence indivisible.

Compte tenu du vieillissement de la population, et en particulier du vieillissement des personnes handicapées, la présence et l'implication des proches aidants dans la société et au sein de l'hôpital vont être de plus en plus importantes, représentant d'ailleurs une source d'économie pour la société.

En effet, si les proches aidants n'ont pas vocation à remplacer les professionnels de santé, ils coordonnent souvent les différents intervenants et remplissent des tâches qui concourent également au confort et à la sécurité de la personne en besoin d'aide. Ils sont le lien indispensable entre la parenthèse des soins aigus ou de longue durée, dans un univers qui n'est pas familial, et le maintien de la proximité. Ils sont souvent confrontés à leur propre épuisement.

Dès lors, des espaces de rencontres accueillants

favorisant les échanges d'information et la recherche d'hébergement de proximité dans certaines situations particulières doivent leur être offerts.

De même, les conditions d'organisation des visites des proches, l'aménagement des horaires, les « permissions de sortie » bien préparées avec l'entourage du patient sont autant d'assouplissements bénéfiques pour tous.

- ➔ **Regard hospitalier porté aux patients et à leurs proches et adaptation**
- ➔ **Un dialogue facilité avec les proches et les aidants**

C- Faciliter l'accès et l'orientation au sein de l'hôpital

L'AP-HP doit être accessible à tous, tant par son portail Internet que sur l'ensemble de ses hôpitaux, depuis la prise de rendez-vous jusqu'à la sortie de l'hôpital. Pour cela, l'établissement s'engage à déployer différentes démarches.

1) Accès aux consultations

L'AP-HP s'engage à faciliter l'accès des patients à la prise de rendez-vous téléphonique en consultation. Cette démarche a démarré en 2013 et s'appuie sur une analyse du fonctionnement actuel, service par service, et l'élaboration d'un plan d'actions.

Des outils seront systématiquement déployés comme l'envoi de la convocation par mail, le rappel par SMS, et bientôt la mise à disposition, sur le site internet de l'AP-HP, d'un formulaire internet pour une demande ou une annulation de rendez-vous par e-mail.

En outre, l'arrivée aux consultations nécessite un accueil au secrétariat, des horaires de rendez-vous respectés ou, à défaut, des retards expliqués et des excuses présentées, une salle d'attente adaptée et confortable. La priorité donnée aux malades consultants pour occuper les places assises sera notamment systématiquement indiquée.

2) Accès aux sites

L'accès aux sites hospitaliers de l'AP-HP doit être facilité. En fonction de la configuration des sites et des surfaces disponibles, l'AP-HP étudiera la possibilité de mettre à disposition des usagers des places de parking supplémentaires, éventuellement au travers de partenariats avec des entreprises spécialisées.

En direction des personnes à mobilité réduite, une attention particulière sera portée à la mise en œuvre progressive et programmée de la conformité des locaux de l'AP-HP aux normes d'accessibilité des personnes handicapées suivant les conditions définies par la loi du 10 juillet 2014 habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées.

Enfin, les projets associatifs relatifs à l'ouverture, l'organisation et l'animation de haltes-garderies à destination des enfants des parents venus pour une consultation ou un traitement, notamment en cancérologie, seront encouragés.

3) Accueil, orientation et admission

La qualité de l'accueil et de l'orientation des patients, des proches et des usagers sont essentielles car il s'agit des premiers contacts concrets avec l'hôpital. Sont ainsi concernés le bureau d'informations et le standard, le service des admissions, les services de soins. La signalétique, le confort, les prestations hôtelières et la disponibilité du personnel en sont des éléments fondamentaux.

Cet accueil des usagers, assuré par les professionnels hospitaliers, pourra être facilité par des bénévoles associatifs et des jeunes volontaires en service civique (« gilets bleus ») formés et encadrés, lesquels pourront assurer l'orientation et accompagner les usagers jusqu'à leur lieu de destination, lorsqu'ils ont du mal à se déplacer, par exemple.

En complément, l'AP-HP a mis à disposition des usagers des bornes d'orientation à l'extérieur et/ou à l'intérieur des hôpitaux, pour les aider à se repérer spatialement (recherche d'un service, d'un bâtiment...).

Une réflexion et une méthode communes seront proposées en lien avec la direction de la communication à l'ensemble des sites pour harmoniser et optimiser la signalétique : hiérarchisation des informations, lisibilité et clarté des informations, simplification des informations présentes.

Pour les équipes d'accueil en contact avec le public, l'AP-HP vient de développer une formation virtuelle aux postures d'accueil et aux situations éventuellement anxiogènes (appelée « Serious Game »), qui pourra leur être proposée.

Une attention particulière sera portée à l'accueil et à l'accompagnement dans les services d'accueil des urgences (SAU). Les espaces d'attente au sein des SAU seront progressivement rendus plus accueillants, tant au niveau des locaux (peinture, matériel, lumière...) qu'au niveau des services proposés (possibilité de recharger son téléphone sans chargeur et sans crainte de vol, wifi...). Seront disponibles des informations précises et explicatives sur le fonctionnement des services d'urgence rédigées avec des représentants d'usagers ; l'AP-HP s'engage en effet à promouvoir la charte des valeurs communes partagées par les professionnels et les usagers dans les SAU, ce qui suppose notamment de dispenser une information claire et loyale auprès des patients et de leurs accompagnants.

Là aussi, la présence de bénévoles associatifs (telles que l'association Visite des malades dans les établissements hospitaliers, VMEH, « Les transmetteurs »,...) et de volontaires (jeunes en service civique) sera développée pour permettre de prendre le temps d'informer, d'écouter et d'échanger, de répondre aux besoins d'aide matérielle comme à l'inquiétude et à une situation de solitude, de « décriper » l'interface entre les patients et les personnels pleinement mobilisés sur les interventions de soins.

La présence d'assistantes sociales sera renforcée sur certains sites.

- Accessibilité aux hôpitaux facilitée, quel que soit le canal (site web, téléphone, accueil physique,...)
- Amélioration de la qualité de service perçue par les usagers en termes d'orientation et d'admission, grâce à des outils innovants (bornes d'orientation, signalétique...)

- Réflexion sur les espaces d'attente et plus particulièrement ceux du SAU, en créant les conditions (ambiance, locaux, services, information) permettant de faire baisser l'anxiété et rassurer les usagers
- Accompagnement par des bénévoles et des jeunes volontaires en service civique

D- Améliorer le bien-être et le confort au quotidien

Au-delà de la dimension médico-soignante de la prise en charge de la personne, l'hôpital évolue pour devenir un lieu plus ouvert qui s'adapte aux besoins des patients, sachant qu'aujourd'hui encore, les patients ont souvent le sentiment de s'adapter seuls à l'hôpital : une démarche itérative et interactive d'écoute réciproque devrait empêcher des incompréhensions inutiles.

L'hospitalité suppose donc à la fois une attention portée :

- à la qualité de l'information et du relationnel (professionnels formés à la relation de soin et à l'écoute, management synergique des équipes de soins et des équipes administratives) ;
- au quotidien logistique (repas, confort, possibilités de recevoir ses proches dans des espaces communs dédiés, espaces verts, cafétéria) ;
- à l'organisation administrative (fluidité du parcours de santé, compréhension de l'offre de santé, réduction et explication claire des attentes).

Il importe d'offrir aux patients et à leurs proches un cadre de vie « humanisé » qui permette de concilier les impératifs logistiques (chambres individuelles, salles de bains...) avec les impératifs relationnels et comportementaux. Il s'agit notamment de mettre tout en œuvre pour éviter les ruptures avec leurs repères de la vie quotidienne (habitudes, croyances...), et préserver leur bien-être et leur qualité de vie.

La mise à disposition de lit supplémentaire pour les parents ou les proches qui le souhaitent doit être généralisée (en chambre pour malade seul).

À cet égard, les améliorations concrètes souvent réalisées par le biais d'actions de mécénat doivent être encouragées.

1) Un référentiel pour améliorer la vie du patient au quotidien

À l'AP-HP, la qualité du service rendu au patient à l'hôpital a été prise en compte par un référentiel spécifique appelé « marQue AP », traitant des standards qualité en termes d'accueil, de restauration, de propreté et de confort hôteliers.

Il convient de l'enrichir en intégrant notamment les points relevant de la relation et du comportement, mis en exergue dans le rapport Hospitalité mentionné ci-dessus. Cette démarche renouvelée et désormais appelée « Qualité Hospitalité à l'AP-HP » permettra progressivement durant les cinq ans à venir d'harmoniser les pratiques des hôpitaux pour une amélioration continue de la qualité de service perçue par les patients.

2) Des services mis à disposition du patient

Le patient doit continuer à avoir une vie sociale à l'hôpital, et pouvoir communiquer sans risque de rupture et d'isolement. La gratuité des services (téléphonie, télévision) sera poursuivie pour être rendue effective progressivement ; le wifi sera accessible dans tous les hôpitaux pour permettre aux patients hospitalisés, mais aussi aux usagers des salles d'attente, de rester en contact avec l'extérieur. Des liseuses et des tablettes pourront être également proposées aux patients hospitalisés.

L'institution déploiera sur l'ensemble des sites l'accès à des réseaux sociaux intra-hospitaliers permettant aux patients hospitalisés qui le souhaitent de communiquer entre eux sur des sujets d'intérêt commun (hors la maladie) afin de leur donner la possibilité d'échanger et, s'ils sont d'accord et si leur état le permet, de se rencontrer.

En fonction des retours d'expériences en cours dans plusieurs hôpitaux, l'institution pourrait proposer une politique de services (produits d'hygiène, services tels que recours à un coiffeur...) qui seront adaptés aux besoins des populations accueillies (pédiatrie, adultes, maternité, gériatrie).

- Généralisation des audits pour mesurer les écarts par rapport au référentiel « qualité hospitalité » et mettre en place les actions correctives
- Développement d'une politique de services pour faciliter la vie à l'hôpital

3) Une offre d'actions culturelles et de bien-être pour les patients

L'inscription d'un volet culturel dans le plan stratégique est une préconisation inscrite dans la convention « Culture et Santé » signée en 2010 entre les ministères chargés de la Santé et des Sports, et de la Culture et de la Communication, afin de déployer au sein des établissements de santé les moyens nécessaires aux actions culturelles.

L'activité culturelle et sportive contribue à accompagner les patients dans leur séjour à l'hôpital, à les distraire et les apaiser, en leur offrant des modes d'expression individuelle ou collective et des activités de bien-être. Elle permet également de créer du lien avec les autres patients et les personnels.

Les sites de l'AP-HP accueillant des personnes en séjours de durée longue (SLD, SSR polyhandicap...) seront encouragés pour concourir à l'obtention du label « culture et santé » attribué par l'ARS d'Île-de-France. Les différents acteurs (référénts culture, pôles et services de soins, réseau des médiathèques) seront impliqués pour développer des réponses aux appels à projets proposés en interne ou par des fondations, et seront formés à l'accueil de projets culturels et à la recherche de financement par mécénat.

Les activités musicales seront particulièrement soutenues à destination des patients les plus lourdement handicapés.

- Obtention du label « culture et santé » et développement d'actions concourant au bien-être des patients
- Développement d'une politique de projets partenariaux et de mécénat

4) Le développement d'une offre d'activités adaptées aux personnes âgées dans les sites gériatriques concourant à la bientraitance, en lien avec le projet soins (cf. Orientation 5)

S'agissant d'une population fragile, l'AP-HP doit, tout au long du parcours hospitalier, veiller à respecter un ensemble d'obligations envers les personnes âgées qui séjournent notamment en USLD qui sont des lieux de soins et de vie.

- Les patients âgés et, si leur état ne leur permet pas, leurs proches ont tout particulièrement besoin de recevoir une information claire et complète sur le parcours et les filières de soins

(y compris l'HàD) ainsi que sur les implications financières (forfait hébergement, possibilité de recouvrement de l'obligation alimentaire, mutuelle...)

- Une vigilance particulière doit être apportée en cas de transfert vers un autre établissement sanitaire, dans le cadre d'un épisode aigu, pour éviter toute rupture dans le parcours de vie, avec le risque d'une perte d'autonomie accélérée
- Le libre accès aux protocoles et référentiels de bonnes pratiques, au règlement intérieur et aux indicateurs qualité existant doit être garanti à l'entourage (proches et aidants)
- Le respect de la liberté d'aller et de venir doit être concilié autant que possible avec les contraintes de la vie collective et avec le souci de préserver leur sécurité (espaces de déambulation, bracelets électroniques, caméras)
- Le respect de la dignité et de l'intimité doit être assuré à chaque personne
- Les patients âgés en long séjour doivent pouvoir bénéficier de prises en charge non médicamenteuses (art-thérapie, ateliers cuisine, gym douce...) et se voir proposer un éventail d'activités conviviales, culturelles et sociales adaptées à leur projet de vie et de soins, favorisant au maximum leur autonomie

En outre, le maintien du lien social et affectif est essentiel, à travers notamment l'accueil et l'écoute régulière et bienveillante des familles, le développement d'activités intergénérationnelles, ou encore l'accès facilité aux techniques de l'information et de la communication. De manière à permettre aux patients en long séjour et à leurs familles de disposer d'un espace d'expression et d'exercice de leurs droits, le dispositif des Conseils des aînés et des proches (inspiré des conseils de la vie sociale dans le secteur médico-social) a été mis en place, en lien avec des représentants des usagers et des familles, depuis 2010. Son déploiement dans l'ensemble des USLD doit être accompagné et évalué, sur la base des retours d'expériences des sites pilotes.

Tout dispositif visant à favoriser le maintien du lien et de l'autonomie est à encourager. À cet égard, la place des bénévoles associatifs est essentielle et leurs actions doivent être facilitées et mises en valeur.

Le souci de la bientraitance doit se déployer au-delà de la prévention de la maltraitance et

passer par l'écoute, le regard, le soutien, l'accompagnement, de manière à tendre vers davantage d'humanité, de respect et de transparence. Parallèlement, une attention particulière aux soignants est portée tant par la direction des ressources humaines que par la direction des soins et activités paramédicales, afin de prévenir des situations éventuelles d'épuisement physique et moral.

- Des patients particulièrement fragiles à considérer dans leurs besoins spécifiques
- Une attention au maintien du lien social et à une offre d'activités conviviales
- Une démarche partagée de prévention de la maltraitance ordinaire

4- Un accompagnement adapté aux personnes en situation critique et/ou en situation de vulnérabilité

A- Mobiliser des compétences pluridisciplinaires dans les situations critiques

1) *Fin de vie*

La mort à l'hôpital est une réalité dans de nombreux services, particulièrement au sein des services de réanimation : 65 % des Franciliens décèdent aujourd'hui à l'hôpital.

La mort affecte l'ensemble d'un service : les familles et les proches, les soignants, les étudiants, jeunes infirmiers ou internes. Elle fait l'objet d'approches et de pratiques hétérogènes d'un service à l'autre, souvent dépendantes des personnes en fonction.

L'AP-HP doit dans les années à venir mettre en place un accompagnement à la fois homogène et individualisé des personnes en fin de vie, et de celles de leur entourage : intégrer la dimension éthique et recourir si nécessaire à des consultations d'éthique clinique ; permettre un soutien psychologique et offrir des espaces de parole aux soignants comme aux familles ; organiser le recours aux bénévoles formés à l'accompagnement ; accorder le cas échéant, la place souhaitée aux habitudes culturelles et aux croyances. Une attention particulière devra être portée aux conditions d'accueil et de prise en charge en chambre mortuaire, moment éprouvant pour les familles.

Dans la droite ligne du rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie rendu le 21

octobre 2014 qui souligne la nécessité de mieux faire connaître et appliquer les dispositions légales actuelles, l'institution devra également veiller à faciliter l'appropriation du dispositif des directives anticipées, trop méconnu, aussi bien par les patients et les familles que par les professionnels.

Seule cette approche globale, humaniste, qui est l'affaire de tous, adossée à une offre suffisante et mobilisable en soins palliatifs et de lutte contre la douleur, répondra à l'impératif d'offrir à l'AP-HP une fin de vie digne à l'ensemble des patients.

- ➔ Une homogénéisation des pratiques face à l'expérience de la fin de vie
- ➔ Une attention particulière aux proches et aux soignants
- ➔ La promotion du dispositif des directives anticipées

2) Éthique

Les nombreuses sollicitations reçues par les centres d'éthique clinique de l'AP-HP, comme celui implanté à l'hôpital Cochin pour l'ensemble de l'établissement, ou par l'Espace éthique de l'AP-HP, tendent à montrer qu'il répond à un besoin, tant du corps médical que des patients ou de leurs familles. En effet, les équipes médico-soignantes comme les patients et leurs familles sont parfois confrontés à des situations particulièrement complexes, sujettes à questionnement éthique, qui nécessite une écoute de chacune des personnes et acteurs concernés, et une expertise multidisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Cette démarche s'inscrit en complément de la réflexion éthique dans les domaines de la santé et de la science menée dans le cadre de l'Espace éthique régional d'Île-de-France dont l'AP-HP est partie prenante.

- ➔ Une réflexion éthique collective et pluridisciplinaire sur les situations les plus complexes

B- Publics vulnérables et accès aux soins et aux droits

L'AP-HP doit concilier l'excellence de la prise en charge avec l'accueil des personnes les plus vulnérables, dans le cadre d'un modèle économique viable pour l'établissement.

Si les personnes vulnérables nécessitent une vigilance particulière et une réponse adaptée, les impératifs de qualité, décrits précédemment,

s'appliquent aussi à elles avec une acuité particulière.

1) La maladie : un facteur de risque d'exclusion et de paupérisation

La maladie est une vulnérabilité en soi. Cependant, certains patients, du fait de leur profil socio-économique, de leur environnement et de leur situation familiale, sont plus fragiles

L'AP-HP s'engage à apporter une attention spécifique à leur prise en charge qui prenne en compte la dimension plurifactorielle de ces situations. Cette dimension implique d'emblée un accompagnement et une prise en charge interdisciplinaire, en interne et en interface avec la ville.

2) Des partenariats à développer pour construire des parcours de santé cohérents

Les patients en situation de précarité ou de vulnérabilité et leurs proches imposent de réfléchir et d'innover dans la construction des parcours de santé, en les inscrivant dans un projet de vie ou/et d'insertion sociale. L'AP-HP doit consolider ses partenariats avec le monde du médico-social et social et les développer sur les territoires, à partir de rencontres régulières, et les formaliser à travers des conventions ou chartes de collaboration.

Certains partenaires privilégiés pourront être associés, au sein de l'hôpital, dans des prises en charge innovantes, autour des besoins et attentes des patients et leurs proches :

- les SAMU sociaux, les opérateurs de centres médicalisés (Lits Halte Soins Santé, Lits Accueil médicalisé, Appartement de coordination Thérapeutique...) ou non (Centre Hébergement de réinsertion Sociale, Services intégré de l'accueil et d'orientation..) tels que le Secours Catholique, le Centre d'action social Protestant, AURORE, EMMAUS, le GROUPE SOS...
- les services sociaux sur le territoire parisien : Services sociaux du Département de Paris, Centre d'action sociale de la Ville de Paris, Equipe de l'aide sociale à l'enfance, Services sociaux de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France ;
- avec les Caisses primaires d'assurance maladie, entre autres.

Ces partenariats déjà bien développés à

Paris doivent également être construits ou consolidés sur l'ensemble des départements d'Île-de-France.

Parallèlement, l'AP-HP a développé au sein de ses hôpitaux depuis des années, des équipes d'experts dans différents domaines de prise en charge de publics vulnérables (Permanences d'accès aux soins de santé ou PASS, équipe de liaison et de soins en addictologie, équipes de service social hospitalier...). Ces équipes pourraient réfléchir à la mise en œuvre d'un « aller vers » ces populations sur leur lieu de vie, en lien avec les équipes d'HàD entre autres.

Les actions et engagements de l'AP-HP auprès des personnes les plus vulnérables doivent être présents sur des domaines de vigilance tels que le grand âge, le cancer et autres maladies chroniques, le handicap, la périnatalité, l'enfance et adolescence, la précarité.

Pour aider le cas échéant les GH à trouver des solutions à la gestion des cas complexes (patients en séjour prolongé), une cellule centralisée sera organisée, en lien avec des partenaires extérieurs si nécessaire.

3) Des outils de partage pour les professionnels pour une égalité d'accès aux soins et aux droits des patients

L'AP-HP doit être en capacité de repérer les expériences ou actions innovantes menées par les équipes au sein des services (telles que celles identifiées au sein du concours annuel des Trophées Patients, organisé à l'AP-HP) et de les promouvoir.

Il s'agira aussi de construire des systèmes d'information permettant de diffuser les bonnes pratiques tels que le logiciel GESPASS (gestion administrative des PASS) mais aussi des outils de partage de connaissances, de pratiques professionnelles et d'expériences (législatives, dispositifs sociaux, partenaires, circuits, veille documentaire...) pour le service social hospitalier implanté dans tous les sites.

4) Un hôpital attentif s'adaptant aux besoins singuliers de certains patients

L'hôpital en tant qu'institution et administration est souvent un lieu redouté pour les patients les plus vulnérables qui le perçoivent comme administratif et normatif, où tout est calibré et minuté. Le temps du patient est ici en opposition avec le temps hospitalier : ils ne le comprennent pas, perturbent ces agencements et organisations. Ainsi, en consultation, les soignants sont amenés à adapter leur rythme afin de garantir une meilleure adhésion du patient et de ses proches au projet de soins proposé, dans le cadre de consultations plus longues qu'à l'ordinaire.

Ce constat est particulièrement vrai pour les personnes handicapées (physiques ou mentales) : l'AP-HP doit apporter une réponse ajustée aux capacités de chacun.

Elle doit se rendre accessible et diffuser l'information des lieux de soins en capacité de les accueillir dans de bonnes conditions (cartographie des lieux de soins en conformité, de l'existence des équipes spécialisées en langue des signes, signalétique sous forme de pictogrammes par exemple...). La mise en place d'aides aux déplacements au sein des sites notamment les plus étendus ou pavillonnaires doit être effective.

Des actions de sensibilisation, voire de formations au bénéfice des équipes moins aguerries (tous métiers de l'hôpital confondus) dans l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées seront à construire. Il s'agira aussi, dans ce domaine, de proposer des actions de formations et d'échanges aux aidants qui assurent un accompagnement quotidien, indispensable mais quelquefois de façon isolée auprès de leur proche handicapé.

Toutes ces actions sont aussi transposables aux populations migrantes, pour lesquelles l'AP-HP doit aider les équipes à mieux comprendre et se faire comprendre afin de garantir un parcours de santé de qualité, compris et partagé, notamment à partir du soutien des professionnels de l'interprétariat, et de la médiation sociale et culturelle.

Des pistes de travail en groupe sont à explorer sous forme de séances d'informations et d'échanges voire de construction d'actions, en s'appuyant sur les représentants des usagers mais également sur des patients en capacité de partager et d'accompagner d'autres patients.

Les volontaires du service civique et/ou des bénévoles trouveront dans ces domaines toute

leur place dans une démarche citoyenne.

- L'interdisciplinarité au service d'une prise en charge personnalisée des patients vulnérables
- Des échanges et transmissions de savoirs développés au sein de partenariats privilégiés avec les acteurs de la ville, notamment les associations
- Des organisations et rythmes d'accompagnement adaptés aux besoins singuliers des populations

notamment dans le cadre du handicap

- Des systèmes d'information performants pour garantir une égalité d'accès aux droits et expériences innovantes

**Oui à une « AP-HP ouverte, unie, innovante »
pour une offre de services aux patients complète
et concertée fondée sur l'hospitalité et six actions prioritaires :**

1. Rénover les conditions du dialogue des équipes hospitalières avec les représentants des usagers et les proches : créer les commissions des usagers telles que prévu dans le projet de loi de santé, développer la médiation.
2. Développer la place des associations à l'hôpital et encourager le bénévolat : formaliser les partenariats, valoriser le travail des bénévoles et mutualiser les bonnes pratiques.
3. Coordonner et simplifier les outils de recueil de la satisfaction des patients et tenir compte de leur avis : généraliser l'enquête en ligne ; mobiliser des focus groupes patients et proches ; valoriser les actions correctrices ; optimiser le traitement des plaintes et des réclamations par la mise en place d'une gestion informatisée.
4. Faciliter l'accès, l'accueil et l'orientation des usagers au sein de l'hôpital : recruter et former des jeunes volontaires en service civique ; poursuivre la rénovation et l'équipement des salles d'attente des SAU.
5. Améliorer le bien-être et le confort au quotidien : refondre et déployer un référentiel qualité hospitalité ; développer les activités et services participant au bien-être et à la bientraitance dans les sites gériatriques ; repérer et susciter des actions innovantes (Trophées Patients).
6. Faciliter l'accès aux soins et aux droits des publics vulnérables ainsi que leur parcours : centraliser la gestion des PASS (outil informatisé de recueil et suivi d'activité), mise en place d'une cellule centralisée de gestion des cas complexes en appui des GH.

Projet gestion des risques et qualité

Document collectif rédigé sous la direction du secrétariat général
approuvé par le Conseil de surveillance du 11 décembre 2014,
après un avis favorable à l'unanimité de la CME le 9 décembre 2014.

Fédérer l'AP-HP autour de la gestion des risques et de la qualité

Premier CHU de France, l'AP-HP vise l'excellence de l'ensemble de ses pratiques, au bénéfice des usagers. Cette ambition nécessite un travail continu pour améliorer la gestion des risques et la qualité (GRQ) dans tous nos processus clefs. Le volet qualité et gestion des risques du projet d'établissement 2015-2019 rassemble nos priorités institutionnelles pour assurer la qualité des soins et la sécurité du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, intégrant les activités support au service du soin. La priorité marquée pour la qualité des soins et la sécurité du patient est à la fois une condition d'exercice de la mission de service public de l'hôpital, mais aussi un facteur d'attraction essentiel dans un monde où le patient est de plus en plus consommateur de soins et où les phénomènes de réputation vont croissant.

Trois principes ont guidé son élaboration :

- une démarche participative : élaboré par 20 groupes de réflexion composés de représentants des groupes hospitaliers (GH), des pôles d'intérêt commun (PIC), du siège, des instances centrales et locales, le volet qualité et gestion des risques est donc intégrateur ; il facilitera la coopération de tous les professionnels autour d'objectifs partagés de GRQ, compréhensibles pour les acteurs de terrain ;
- une approche réaliste mais volontariste dans la définition de nos ambitions : cohérent avec le plan stratégique, le projet médical, le projet de soins et le projet de prise en charge 2015-2019, le projet GRQ s'inscrit dans la continuité du précédent plan stratégique et du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) 2013-2016 de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Il intègre aussi les résultats des visites de certification de la Haute autorité de santé (HAS) en V2010 et les exigences de la V2014, en particulier les pratiques exigibles prioritaires (PEP) ; le volet GRQ fixe nos ambitions, notamment dans l'association plus engagée du patient à nos démarches ;
- une approche pragmatique de structuration du document : le volet GRQ a été conçu pour faciliter l'entrée dans la certification V2014 des GH qui doivent s'engager dans la production des comptes qualité et l'adoption d'une approche par processus. Construit à partir des 20 thématiques identifiées par la HAS, le volet GRQ énonce les orientations stratégiques, les principes organisationnels et les axes de travail en les traduisant, en annexe, en actions prioritaires concrètes.

Ce socle commun sera décliné de façon opérationnelle par les GH, hôpitaux non rattachés à un GH, l'Hospitalisation à domicile (HAD) et les PIC, en fonction et dans le respect de leurs spécificités.

Le projet GRQ de l'AP-HP doit ainsi fédérer l'ensemble des professionnels afin d'améliorer visiblement et durablement la qualité du service rendu au patient. Sa réalisation fera l'objet d'un suivi régulier et d'une information annuelle aux instances.

I. Le management stratégique au service de la gestion des risques et qualité

1-1 Optimiser le management stratégique et la gouvernance du CHU

Le bilan du plan stratégique 2010-2014 a permis de montrer les forces et faiblesses de l'institution et notamment de faire le bilan de la mise en place des groupes hospitaliers (GH). La préparation du plan stratégique 2015-2019, largement participative, a intégré les priorités régionales de santé contenues dans le programme régional de santé, une réflexion thématique, la contribution des collégiales de spécialités médicales de l'AP-HP, le travail collaboratif des GH, des auditions des partenaires de l'AP-HP.

Le plan stratégique, le projet médical, le projet de soins et les autres volets réglementaires du projet d'établissement, qui reposent sur les valeurs de service public hospitalier, intégrant des missions de soins, d'enseignement et de recherche, sont déclinés par les GH, hôpitaux et pôles d'intérêt commun, et sont accessibles à tous sur l'internet et l'intranet. L'ensemble des priorités énoncées sont traduites dans un plan d'actions pluriannuel, engageant le siège et les structures locales. Il est décliné au niveau des pôles, permettant de s'assurer de la réalisation des objectifs. Un tableau de bord des indicateurs permet de visualiser les résultats, de les partager lors des conférences stratégiques, et de réajuster si besoin les projets.

L'AP-HP est structurée en plusieurs échelons qui s'articulent entre eux : siège, GH, hôpitaux et pôles d'intérêt commun, pôles cliniques, structures internes de pôle (services, unités fonctionnelles). Les organigrammes, le règlement intérieur, les délégations de signature permettent de structurer les responsabilités. Toutefois, la mise à plat de la répartition des activités entre siège et GH pourrait faire gagner en lisibilité et en efficience. Des instances, verticales ou horizontales, participent à la définition de la stratégie et au suivi de sa mise en œuvre. Les contrats de pôle permettent de fixer des objectifs et le dialogue infra-annuel permet de partager les résultats. Cependant, la participation des pôles à la gouvernance des GH n'est pas toujours harmonisée. Les notes de service, l'intranet et la messagerie permettent entre autres de faire

connaître l'organisation interne, la vie des instances, et de diffuser les éléments actualisés. L'encadrement de proximité des secteurs d'activité doit cependant être renforcé.

Le développement durable fait partie des engagements contenus dans le plan stratégique de l'AP-HP. L'institution s'est dotée d'une politique structurée de développement durable, fondée sur cinq objectifs prioritaires : atteindre la haute qualité environnementale (HQE) ; maîtriser les dépenses d'énergie ; maîtriser et valoriser les déchets ; développer une politique d'achats éco-responsable ; intégrer la dimension sociale. L'AP-HP a engagé les GH dans la mise en œuvre d'une politique de développement durable, avec la nomination d'un référent local et la déclinaison locale d'un plan pluriannuel. Il convient aujourd'hui de donner une nouvelle impulsion à notre projet institutionnel de développement durable, de coordonner les acteurs au sein d'un réseau des correspondants et de sensibiliser tous les acteurs de l'hôpital, y compris les usagers.

L'AP-HP est historiquement engagée dans la démarche éthique consubstantielle à l'activité soignante : l'Espace éthique, centre pluridisciplinaire à la disposition de tous les professionnels et ouvert à l'extérieur, est un lieu de documentation, de formation, d'échanges ; l'AP-HP est dotée depuis 2002 d'un Centre d'éthique clinique d'aide à la décision, à la disposition des patients et des professionnels de l'AP-HP ; des structures locales – groupes, comités ou commissions – se développent dans les GH sous l'impulsion des CME locales, pour assurer l'intégration de la dimension éthique et de la réflexion pluridisciplinaire dans la prise en charge des situations critiques, par l'intermédiaire de colloques et formations. Les différents projets (médical, de soins, de prise en charge...) promeuvent un engagement éthique des professionnels dans la prise en charge des patients, en particulier par l'intermédiaire de la promotion de la bientraitance, pour laquelle de nombreuses formations sont organisées. Le recueil des événements indésirables et des réclamations, leur analyse par les professionnels (lors de RMM, EPP, enquêtes...), leur suivi annuel, local et central, permettent d'évaluer l'impact des mesures mises en place et l'imprégnation de la réflexion éthique. L'AP-HP continuera de favoriser le développement de consultations pluridisciplinaires d'éthique clinique au sein des GH.

1-2 Dynamiser le management de la qualité et des risques

Le management de la qualité et la gestion des risques à l'AP-HP repose sur des instances centrales et sur la direction générale, qui mobilise l'ensemble des parties prenantes.

La coordination centrale du management de la gestion des risques et qualité (GRQ) est assurée au sein de la direction générale de l'AP-HP par deux comités complémentaires, le Comité du management de la qualité et le Comité de certification. Le premier, animé par la secrétaire générale, anime la politique institutionnelle en matière de GRQ dans tous ses aspects. Rassemblant des représentants du siège et des GH, il suit les chantiers institutionnels et en arrête les modalités d'appui au niveau central. Plus ciblé, le Comité de certification, coprésidé par le directeur général et le président de la CME, a pour objectif de piloter le processus de certification HAS à l'AP-HP (V2010, V2014) et d'opérer les arbitrages nécessaires pour apporter une réponse adaptée aux réserves transversales ou récurrentes.

Le siège assure pour les GH un rôle d'appui et de conseil pour déployer sur le terrain la politique de GRQ, en proposant des outils, en développant des formations, en organisant des retours d'expériences. Y concourent notamment la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (Domu), la direction des patients, usagers et associations (DPUA), la direction des soins et des activités paramédicales (DSAP), la direction des ressources humaines (DRH), la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) ; la direction des affaires juridiques (DAJ).

La responsabilité de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & Capcu) est conjointement confiée au directeur général et au président de la CME. En juin 2012 et en étroite coopération avec la Domu, le président de la CME a mis en place une Cellule QSS & Capcu. Présidée par le président de la CME, elle se réunit chaque mois pour alimenter la réflexion pluridisciplinaire sur la GRQ, coordonner les initiatives et lancer des actions spécifiques (comme la mise à niveau des techniques de ponction lombaire, le recensement centralisé des effets indésirables graves ou la diffusion des directives sur la fin de vie). En outre, la cellule organise la présentation d'au moins un sujet lié à la QSS & Capcu lors de chaque réunion

de la CME. En articulation avec les différentes directions du siège de l'AP-HP, la cellule intègre les missions de tous les acteurs impliqués : la CME et ses sous-commissions (Comédims, CClin, Coviris, CClan, CClud notamment), la CCSIRMT, l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH) centrale, le coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins (CGras) et le responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM), tous deux membres de la CME. La Cellule QSS & Capcu a rédigé le programme d'action QSS & Capcu dont le bilan annuel est présenté aux instances (CME, CSIRMT, CTEC, CS). Enfin, la définition des priorités GRQ au service du soin s'appuie sur les orientations prioritaires du projet de soins, élaboré par la direction centrale des soins et activités paramédicales.

Dans les GH, le management de la GRQ est assuré par l'équipe de direction. Le directeur s'appuie notamment sur la direction GRQ, le chargé des relations avec les usagers et la direction des soins. Fortement impliqué dans la qualité et la gestion des risques associés aux soins, le président de la CME locale établit son expertise en lien avec le président de la sous-commission QSS, le C-Gras et le RSMQPECM, ainsi que, le cas échéant, sur des compétences médicales du GH en santé publique. Cette gouvernance locale a pour mission d'orchestrer la déclinaison au plus près du terrain de la politique institutionnelle.

Pour la période 2015-2019, la politique qualité institutionnelle poursuivra une approche fédératrice, renforcera la place du patient et intégrera les modalités de la V2014. Elle tiendra aussi compte de la nécessité de renforcer les compétences des membres des directions qualité et de les stabiliser. Elle s'attachera à faire évoluer les outils informatisés de gestion de la qualité, en particulier celui de la déclaration et de la gestion des événements indésirables, comme de la gestion documentaire.

Le projet QSS décline au niveau des GH, de façon opérationnelle, la politique qualité et sécurité des soins institutionnelle. Nourri de l'analyse a priori des risques, des signalements d'événements indésirables, de la prise en compte du point de vue du patient et des résultats de la certification V2010, le programme intègre l'ensemble des PEP de la V2014 et reflète les priorités de chaque GH dans le domaine de la qualité et de la gestion

des risques. Il intègre en outre les démarches d'accréditation sectorielles réglementaires et la gestion des crises. Élément constitutif prépondérant du compte qualité, le programme qualité visera également à mieux appréhender l'impact des actions qu'il prévoit.

La promotion d'une véritable culture GRQ sur le terrain repose sur l'animation de démarches très concrètes d'amélioration continue des pratiques et organisations, à destination de tous les personnels. A ce titre, le développement professionnel continu (DPC), associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles, apporte un élément de garantie pour la qualité et la sécurité des soins. Le déploiement, contractualisé avec les pôles, des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), dont notamment les comités de retours d'expériences (Crex) et les revues de morbi-mortalité (RMM), est à ce titre la priorité. En effet, ces démarches permettent une médicalisation de la gestion des risques et une approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, source de renforcement de la culture qualité et sécurité. La prise en compte des parcours patient et le management des processus seront à développer, en s'appuyant sur des démarches évaluatives de type patient traceur et audit de processus.

Le développement des EPP doit porter en priorité sur : la pertinence des soins, en déclinant le contrat de bon usage ; les indicateurs de pratique clinique ; les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et RMM, obligatoires. L'objectif pour 2015-2019 est de développer une véritable politique de promotion de l'EPP, en ciblant davantage les EPP sur les thématiques prioritaires, en s'assurant de leur déploiement sur le terrain et en mesurant l'impact opérationnel.

L'AP-HP maintiendra également ses exigences en termes d'audits annuels, au-delà des exigences externes (Ipaqss notamment). Elle ambitionnera, dans un objectif d'efficacité, de simplifier et intégrer les indicateurs dans le pilotage de la politique qualité.

II. Sécurisation et amélioration continue de nos pratiques

Les démarches GRQ reposent sur des organisations assurant une coordination, des analyses de processus, l'identification des risques à chaque étape, l'harmonisation des procédures et le suivi de leur exécution, la gestion des événements indésirables, la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration. Une approche d'identification des risques *a priori* est à renforcer pour les secteurs et activités les plus à risques, comme les urgences. Le patient lui-même doit être mobilisé en tant que partenaire actif de l'optimisation des organisations et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de cette prise en charge.

Les orientations institutionnelles sont déclinées en matière d'identitovigilance, de lutte contre le risque nosocomial, de réalisation des activités non programmées et dans les secteurs sensibles (bloc opératoire, imagerie, biologie, secteurs à risque). Elles sont traduites en priorités d'actions.

2-1 Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Au sein de l'hôpital, les erreurs d'identification du patient sont responsables le plus souvent d'une perte de temps et d'efficacité avec potentiellement un impact sur la facturation. Elles peuvent aussi et surtout avoir des conséquences graves pour le patient (erreur de médicament, de produit sanguin, d'interprétation d'un examen radiologique, erreur de côté). L'AP-HP a travaillé, dès 2007, sur la « fiabilité des bases » (CIV, procédures suivi des doublons) et sur « le bon soin au bon patient » (signalement et analyse des erreurs dans le logiciel Osiris) en développant une politique articulée autour de quatre axes :

- un numéro d'identification permanent du patient, unique et fiable, au sein de toute l'institution ;
- le port du bracelet d'identification pour tous les patients hospitalisés ;
- la standardisation des modalités d'identification des patients lors d'un soin ;
- la participation du patient à sa sécurité.

Les GH ont tous mis en place une commission d'identitovigilance, qui s'appuie sur une cellule et des référents par service. Le développement et

le déploiement de l'identifiant unique, d'ici à fin 2016, dans toute la mesure du possible, dans la totalité des hôpitaux de l'AP-HP, permettra de disposer d'un numéro d'identification patient (NIP) AP-HP et d'un dossier unique pour chaque patient pris en charge, essentiel pour mener à bien les objectifs de continuité des soins, tout au long du parcours du patient.

Trois priorités institutionnelles sont donc identifiées pour la période 2015-2019 :

- fiabiliser l'identité du patient dans le système d'information, en particulier dans le cadre du déploiement du NIP AP-HP et du dossier patient informatisé ;
- assurer le contrôle de concordance entre la prescription, l'identification du patient et l'acte réalisé ;
- optimiser l'organisation de l'identitovigilance (pilotage et gestion opérationnelle), au niveau institutionnel et des GH.

2-2 Gérer le risque infectieux

La politique institutionnelle de gestion du risque infectieux et de prévention des infections associées aux soins est élaborée par le Clin central et la Comaï, sous la responsabilité de la CME, sur proposition de l'ÉOH du siège et en concertation avec les représentants des usagers. L'application de cette politique repose sur une organisation opérationnelle impliquant des équipes opérationnelle d'hygiène (ÉOH) et des référents en anti-infectieux dans chaque site hospitalier, ainsi que sur des correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux dans chaque service hospitalier. Les actions sont centrées sur la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques (diminution de l'émergence de la résistance par diminution de la consommation des antibiotiques et maîtrise de la diffusion de la résistance par limitation de la transmission croisée) et sur la maîtrise des risques infectieux liés aux actes invasifs.

L'accent portera tout d'abord, parce qu'il est la base de la prévention des infections nosocomiales, sur le renforcement de l'hygiène des mains par la friction hydro-alcoolique, en doublant le nombre de frictions quotidiennes. Les CLLIN et les équipes opérationnelles d'hygiène s'attacheront à sensibiliser toujours plus l'ensemble des professionnels à la prévention du risque infectieux. L'accent sera mis aussi sur

l'amélioration de la gestion des excréments et de la qualité du bionettoyage, ainsi que sur la maîtrise de l'antibiothérapie. Les risques liés aux microbes émergents seront aussi traités. Ces actions seront relayées et soutenues par une communication institutionnelle active, et seront évaluées par les indicateurs nationaux du tableau de bord des infections associées aux soins et par des indicateurs institutionnels.

2-3 Mieux intégrer dans nos pratiques la prise en charge des urgences et des soins non programmés

Dans la période du plan stratégique, l'AP-HP déploiera sa stratégie globale d'amélioration des urgences, portant simultanément sur l'amont des structures hospitalières, sur les services d'urgences eux-mêmes, et sur l'aval dans les autres services hospitaliers. L'objectif est de réduire fortement le temps de prise en charge tout en améliorant la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, ainsi que les conditions de travail des personnels.

Les actions de ce plan s'articulent autour de trois grands objectifs, déclinés dans le Plan stratégique et dans la Charte d'aval des GH pour l'amélioration des urgences approuvée par la CME en octobre 2013 :

- le maximum de patients ambulatoires sort des urgences après moins de 4 heures ;
- le maximum de patients nécessitant une hospitalisation a un lit identifié moins de 30 minutes après la décision d'admission ;
- les médecins urgentistes peuvent être aidés dans la recherche d'une place d'hospitalisation (sauf orientation immédiate en soins critiques).

La réalisation de ces objectifs passe, en amont de l'hôpital, par l'amélioration de la régulation médicale et de l'orientation des patients. Au niveau des urgences, il s'agira de réduire les temps d'attente à toutes les phases de la prise en charge, d'organiser les circuits de prise en charge selon le degré d'urgence et la typologie des patients, d'améliorer la prise en charge des urgences vitales, mais aussi d'interfacer le logiciel des urgences avec celui du dossier patient de l'établissement dans tous les hôpitaux dotés d'un service d'accueil des urgences (SAU). En aval dans les hôpitaux de l'AP-HP, l'objectif sera

de mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière, d'améliorer la visibilité effective sur la disponibilité des lits pour faciliter la gestion des hospitalisations en temps réel, de renforcer la coordination avec les établissements sociaux et médicosociaux. L'AP-HP favorisera la mise en place de mesures incitatives, comme celle inscrite à la révision des effectifs médicaux, laquelle prévoit un renforcement des effectifs médicaux pour les services qui s'engagent à augmenter leur participation à l'aval des urgences.

L'AP-HP mettra en place des outils d'informations pour les professionnels et le grand public, réalisera régulièrement des enquêtes de satisfaction des patients et diffusera les résultats des indicateurs de suivi des conditions d'accueil aux urgences.

2-4 Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse

La qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient est un axe stratégique de la politique QSS de la CME et un projet prioritaire pour l'AP-HP. Il a pour ambition de diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable et s'appuie sur un portage institutionnel fort, partagé par la Direction générale et le président de la CME.

L'AP-HP a nommé en 2011 un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, qui réunit régulièrement les responsables locaux de tous les GH et de l'Ageps, pour réfléchir aux organisations les plus performantes et partager les expériences des hôpitaux de l'AP-HP.

L'évaluation de la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient est au cœur de différents dispositifs régionaux et nationaux (contrat de bon usage du médicament annexe du CPOM, certification HAS, volet de l'inspection des PUI, indicateurs qualité généralisés ou Ipaqss). Il est nécessaire d'assurer une synergie et complémentarité entre ces démarches et leurs objectifs.

Les axes de travail à engager dans le plan stratégique à venir sont :

- assurer une gouvernance efficace avec une cohérence des actions pour optimiser la prise en charge médicamenteuse ;
- assurer une gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse

du patient ;

- optimiser l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques de prescription, avec un renforcement de la juste prescription ;
- favoriser la montée en charge de la pharmacie clinique et notamment le déploiement de l'analyse pharmaceutique ;
- partager une réflexion sur les conditions de transport et de stockage des médicaments dans les unités de soins ;
- favoriser la sécurisation des conditions de réalisation de l'administration ;
- identifier les principaux risques liés à la prise en charge médicamenteuse dans les populations à risque (enfants, personnes âgées) et définir des actions préventives ;
- poursuivre la prévention des erreurs médicamenteuses liées à la gestion du traitement personnel du patient.

La qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient sera substantiellement améliorée par le déploiement de la prescription informatisée à toutes les étapes de ce processus, intégrant les problématiques d'interfaçage.

2-5 Améliorer la performance du plateau médico-technique d'imagerie et de biologie

L'AP-HP appliquera la loi portant réforme de la biologie médicale du 30 mai 2013 : les 12 laboratoires de biologie médicale devront en effet être accrédités pour 50 % de leur activité en 2016 sur l'ensemble des familles d'examens, pour 70 % en 2018 et pour 100 % en 2020 (normes NF EN ISO 15189). A ce jour, tous sont engagés dans la démarche et 9 sont déjà accrédités à 25 % au moins de tout ou partie de leur activité biologique, ce qui traduit la forte imprégnation de la culture qualité et la dynamique créée au sein des équipes. Les services d'anatomo-cytopathologie sont aussi inscrits dans cette démarche, bien qu'ils ne soient pas concernés par la même obligation.

La poursuite de cette démarche nécessitera une mobilisation importante des moyens humains et techniques. L'enjeu portera notamment sur la capacité à recruter sur de nouveaux métiers (ingénieur qualitatif, métrologue), compte tenu notamment de la réflexion institutionnelle sur une

internalisation de la métrologie pour réduire les coûts et rester maître du processus qualité. L'implication plus importante du personnel médical dans cette démarche constituera également un facteur de réussite important.

Par ailleurs, plusieurs laboratoires de l'AP-HP sont impliqués dans l'accréditation des risques environnementaux (microbiologie et toxicologie de l'environnement), ce qui permet à l'institution d'internaliser ces prestations.

Enfin, l'effort en matière de réduction des non-conformités (architecturales, etc.) devra être poursuivi dans le cadre de la prévention des risques professionnels (risque chimique, risque biologique, risque physique, risque radique, réglementation sur le document unique, règles de confinement pour la manipulation des micro-organismes et des radioéléments artificiels, etc.).

S'agissant de l'imagerie et des explorations fonctionnelles, sans oublier la formation systématique des personnels à la radioprotection et aux nouveaux équipements, les enjeux en matière de qualité et gestion des risques tiennent essentiellement à la nécessité de poursuivre la mise en œuvre des actions visant à se conformer au référentiel HAS, notamment sur trois actions prioritaires :

- conformité de la demande d'examen et sa traçabilité (étape préalable indispensable à la radioprotection notamment justification, optimisation et substitution, juste prescription) ;
- conformité du compte rendu structuré et intégrant la dosimétrie ;
- niveaux de références diagnostiques (obligation IRSN).

2-6 Améliorer la prise en charge du patient au bloc opératoire

La qualité des soins et la performance des blocs opératoires restent un projet prioritaire pour l'AP-HP. Le bloc opératoire est un secteur à risques qui nécessite une organisation et une coordination qui permettent d'assurer la qualité et la sécurité des soins en continu. L'AP-HP s'est dotée depuis 2013 d'un conseil de présidents de blocs opératoires des 12 GH, nommés par leur direction, dit « conseil des pairs ». Il se réunit tous les mois et a pour objet de réfléchir aux organisations les plus performantes, d'analyser des indicateurs et de faire partager les expériences

au niveau de l'ensemble des blocs de l'AP-HP. Ce conseil se charge en outre et en tant que de besoin d'une activité opérationnelle de réorganisation des blocs en difficulté et peut proposer des audits croisés.

Les axes de travail à engager dans le plan stratégique à venir sont :

- définir une organisation systématique de programmation et de régulation au sein de chaque bloc opératoire, décrite ou revue dans une charte simplifiée, harmonisée et diffusée ; la mise en œuvre de circuits définis pour les patients programmés, ambulatoires et urgents doit être poursuivie ;
- identifier les principaux risques liés à la prise en charge des patients au sein du bloc opératoire en définissant les actions préventives ;
- assurer une gestion des événements indésirables, notamment dans le cadre des RMM des services de chirurgie, en présence des acteurs concernés ; la gestion comprend le signalement, l'analyse systémique, le suivi des actions et le retour d'expériences ;
- améliorer les bonnes pratiques en déployant la « check list » ;
- poursuivre la prévention des infections nosocomiales par le suivi des infections du site opératoire (ISO), mais également par des actions ciblées sur les tenues, les circuits logistiques, le traitement de l'air, le développement de la chirurgie ambulatoire, etc.
- partager une réflexion autour de la gestion des fonctions support, que ce soit la gestion des équipements, la stérilisation (où doivent se généraliser des démarches qualité) ou la gestion des dispositifs médicaux (afin de s'assurer de la traçabilité) et la formation des utilisateurs.

Les indicateurs de performance (taux d'utilisation notamment) seront intégrés dans le système d'informations et régulièrement suivis.

2-7 Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

L'AP-HP représente environ la moitié des prélèvements en Île-de-France, mais il existe une marge de progression, notamment grâce aux techniques sur cœurs arrêtés et sur donneurs vivants. L'AP-HP dispose d'équipes structurées de coordination des prélèvements, dont elle

s'attachera à promouvoir l'accréditation de l'Agence de la biomédecine (ABM).

L'amélioration des dons d'organes et de tissus à visée thérapeutique doit être quantitative et qualitative, reflétant les orientations portées par l'Agence de la biomédecine : au plan quantitatif, la promotion du don d'organe requiert une amélioration de la culture du don par une meilleure information des professionnels et surtout des usagers. Dans nos établissements, l'action doit porter notamment sur la valorisation du don altruiste, sur la compréhension des dispositifs et du concept de mort encéphalique, et sur le retour d'expériences des transplantés (résultats, qualité de vie). Ces actions orientées sur les professionnels doivent être doublées d'actions de sensibilisation des usagers (en relayant les campagnes de communication de l'Agence de la biomédecine), d'un renforcement de la qualité des informations transmises en situation, afin de diminuer le taux d'opposition des familles, ainsi qu'une analyse des causes de refus. La recherche de nouveaux donneurs est aussi un axe de travail, que ce soit par le développement du don à cœur arrêté, ou l'extension de donneurs potentiels : personnes décédées dans le cadre d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques (catégorie III de Maastricht) ; après arrêt cardiaque lors d'une prise en charge d'un AVC.

Sur le plan qualitatif, l'optimisation de la qualité du prélèvement d'organes passe par l'acquisition ou le développement de nouvelles techniques assurant la conservation et l'évaluation de l'organe pour diminuer les échecs de greffe mais aussi par une meilleure coordination des équipes de prélèvements.

2-8 Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque

Les secteurs à risques majeurs, tels que la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'imagerie interventionnelle, l'endoscopie, sont des activités qui nécessitent que soit structurée une démarche visant à assurer la QSS au bénéfice du patient, tenant compte des techniques et équipements mis en œuvre. Spécifique, parce que répondant à un accueil en urgence, soumise à des pics d'activité et bénéficiant d'une multidisciplinarité professionnelle, l'activité réalisée en salles de naissances doit pouvoir bénéficier de pratiques comparables.

Pionniers en la matière à l'AP-HP, les cinq services de radiothérapie ont mis en œuvre une démarche qualité. La radiothérapie doit ainsi servir de référence aux autres activités.

Les axes de travail à engager dans les prochaines années sont :

- définir l'organisation qui va permettre l'optimisation des actions de QSS ;
- poursuivre ou lancer la mise en œuvre de démarches qualité structurées en favorisant les partages d'expériences, ce qui implique l'identification des activités à risque (cartographie) ;
- poursuivre la gestion des événements indésirables associés aux soins (signalement, analyses systémiques, hiérarchisation, actions correctives évaluées et retour d'expériences) ;
- assurer la connaissance et le respect de la réglementation et des normes en vigueur dans les domaines concernés (dans une double logique de support à la mise en œuvre et de correction des écarts) ; une attention particulière devant être apportée à la radioprotection ;
- intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs ;
- engager une réflexion sur la pertinence des actes, dans une recherche de rapport optimal bénéfice/risque pour le patient.

La désignation d'un responsable et le soutien de la direction du GH sont essentiels.

III. Primauté de l'expérience vécue par le patient

Au-delà de la sécurisation de nos pratiques et de la fiabilisation de nos organisations, l'AP-HP s'engage à améliorer l'expérience vécue par le patient, en facilitant son parcours, en promouvant ses droits, en optimisant la gestion de son dossier, en prenant en charge la douleur et en accompagnant les patients en fin de vie.

3-1 Optimiser le parcours du patient

L'approche par le « parcours du patient » a pour objectif l'optimisation et la coordination de la prise en charge des patients, en intégrant les évolutions des besoins territoriaux de santé (prise en charge des maladies chroniques et du cancer, développement de l'ambulatoire, réduction des délais de rendez-vous, l'amélioration de la prise en charge des urgences, organisation des soins ville-hôpital, et prise en charge des patients appartenant à une population spécifique [personne en situation de handicap, patients précaires...]) et en prenant en compte le « territoire patient », c'est-à-dire son contexte médico-économique et environnemental.

Le développement de tels parcours s'appuie sur une démarche participative associant les directions des soins, les professionnels de l'AP-HP, les équipes transversales et les différentes commissions (Clin, Clan, Clud), les associations de patients et les différents partenaires du territoire de santé (structures médico-sociales, hospitalières hors AP-HP, libéraux). Le patient lui-même en est un partenaire actif. La forte densité de programmes thérapeutiques développés à l'AP-HP est un signe de la maturité de cette approche. Cette démarche vise, en s'appuyant sur des démarches type, l'optimisation des circuits internes, la recherche d'efficience dans l'utilisation des ressources, la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers, l'amélioration des pratiques, la maîtrise des risques et la satisfaction des usagers. De plus, les phases du parcours patient liées au dispositif d'accueil et à l'organisation de la sortie de l'hôpital feront l'objet d'une évaluation renforcée dans le cadre de la démarche institutionnelle « Qualité Hospitalité » développée dans la continuité de la démarche « Marque AP ».

En articulation avec les différents projets concourant à la prise en charge du patient (projet

médical, projet de soins, projet social, etc.), six axes sont à développer :

- la maîtrise par les professionnels des méthodes d'analyse des processus, telles que les méthodes de « chemin clinique » ou de plan de soins type ;
- la priorisation, pour chaque structure, des parcours patient à élaborer en tenant compte de l'impact de santé publique, médico-économique, et l'amélioration de la qualité de vie au travail ;
- l'accompagnement des équipes pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires dans la modélisation des parcours de soins intra et/ou extrahospitaliers ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients au sein de ces parcours ;
- l'optimisation des parcours par le développement de systèmes d'information numériques adaptés ;
- la capitalisation et la valorisation des démarches innovantes conduites au sein des équipes de l'AP-HP.

3-2 Promouvoir les droits des patients

L'AP-HP impulsera une politique institutionnelle de promotion des droits des patients, basée sur l'amélioration de la relation entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire et sur la prévention des situations inacceptables en matière de respect de la dignité de la personne.

Il s'agira donc d'inciter et d'aider les équipes de professionnels à structurer un projet collectif de prise en charge, respectueux des droits des patients en tant que personnes, bien traitant, rendant le patient et son entourage acteurs du projet personnalisé de soins, porté par l'encadrement de proximité et déployé sur la maille opérationnelle des services hospitaliers. Il s'agira aussi de proposer aux patients des ressources d'information et d'accompagnement à partir de solutions numériques, sur leur maladie et leurs droits, co-élaborées avec les associations de malades ou d'usagers. Les projets qualité des GH s'appuieront sur un travail de collaboration avec les CRUQPCs.

Le projet qualité devra aussi développer et valoriser les compétences relationnelles des professionnels médicaux, paramédicaux, techniques et

administratifs (formation initiale et continue) de manière à enrichir l'écoute du patient et de ses besoins, en particulier une réponse rapide aux demandes de dossiers médicaux et aux plaintes et réclamations.

Parallèlement, l'AP-HP travaillera à supprimer les conditions d'hébergement ne permettant pas d'assurer l'intimité et la dignité des personnes, dans un souci de développement de l'hospitalité. Elle veillera à la connaissance et à la bonne application de la procédure de signalement (par les professionnels et par les usagers) et de traitement (type RMM) des suspicions de maltraitance.

Enfin, l'AP-HP s'attachera à mieux prendre en compte les besoins spécifiques des personnes ayant un handicap et la formation des professionnels à ces spécificités, comme à faciliter et à promouvoir le signalement d'une anomalie liée aux soins, par les usagers (patient et/ou entourage) et par les professionnels de santé.

3-3 Gérer le dossier du patient

L'AP-HP a de longue date défini sa stratégie en matière de gestion du dossier du patient, depuis sa création jusqu'à sa conservation, tout en garantissant le respect des délais de conservation et des procédures réglementaires sur les archives (Code du Patrimoine et Code de la Santé publique), ainsi que l'accès du patient aux données qui le concernent.

Le plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 affirme le souhait de l'institution de faire du « parcours patient » un axe fort pour les années à venir. Dans le cadre de la communication ville/hôpital, l'AP-HP s'engage notamment à rendre systématique l'information du médecin traitant dès l'admission du patient et l'envoi de la lettre de liaison le jour de la sortie (l'objectif est fixé à 100 %). La mise en place du dossier pharmaceutique complète ce dispositif.

Au terme de la procédure de certification V2010 de l'AP-HP, la HAS a constaté plusieurs écarts ; l'hétérogénéité des outils, la dispersion des modalités de leur utilisation, les délais non réglementaires d'envoi du compte rendu d'hospitalisation (CRH) et les conditions d'archivage sont des priorités d'action pour l'AP-HP. Des actions sont déjà engagées au sein de l'institution : le déploiement du dossier patient informatisé doit s'accompagner d'une homogénéisation des

outils pour les sites équipés, en veillant à leur complémentarité. De même, les évaluations de la tenue du dossier patient, notamment à travers les indicateurs Ipaqss, accompagnent les professionnels dans le souhait d'améliorer les modalités d'utilisation du dossier patient.

Durant les cinq années à venir, l'AP-HP devra s'intéresser prioritairement à l'ensemble des dimensions du parcours du dossier patient, pour améliorer tant la qualité de l'outil que celle des pratiques. Ainsi, cinq objectifs sont à décliner.

Tout d'abord, l'AP-HP s'engage à poursuivre l'uniformisation de l'outil, grâce notamment à une solution informatique homogène assurant la compatibilité et la continuité du dossier patient avec les autres outils institutionnels, sur l'ensemble de la chaîne (y compris la facturation). Cette compatibilité entre un (ou plusieurs) logiciels de « dossiers patients informatisés » et l'ensemble des outils faisant intervenir l'identité concerne les règles de gestion et le contenu (formulaires), nécessairement homogènes, de ces outils.

Dans l'attente d'une solution répondant à toutes les exigences réglementaires, il est pour l'instant nécessaire de maintenir un support papier à même de collecter les informations extérieures à l'AP-HP et lui parvenant sous forme non numérisée, notamment pour les patients suivis au long cours en consultation ou pour qui un deuxième avis est demandé avec un dossier extérieur préalable. Pour autant, compte tenu de la volonté des pouvoirs publics de procéder par ordonnance pour permettre juridiquement une conservation par numérisation des dossiers médicaux et une destruction des dossiers « papier » sous certaines conditions, un chantier (étude de faisabilité, organisation, budget, construction) devra s'ouvrir sur la possible numérisation des dossiers patients à l'avenir.

Ensuite, il conviendra de soutenir l'optimisation qualitative de la tenue du dossier (en lien avec les indicateurs de la HAS), en développant les actions de formation initiale et continue, auprès de l'ensemble des acteurs concernés, soignants notamment, sachant que le compte rendu d'hospitalisation (CRH) remis dans les meilleurs délais est une priorité essentielle.

En outre, l'AP-HP poursuivra la dynamique destinée à promouvoir les droits des usagers, en améliorant significativement les modalités de communication du dossier, par exemple en systématisant la copie du CRH et de la lettre

de sortie, remise au patient.

Enfin, la conservation des dossiers doit s'inscrire comme un axe essentiel du parcours du dossier du patient. L'institution poursuivra la promotion des bonnes pratiques d'archivage. Une politique d'archivage électronique du dossier médical informatisé devra être mise en place avec, d'une part, l'assurance de données numériques produites par le logiciel d'informatisation conformes aux exigences réglementaires, et d'autre part, la mise en place d'une plateforme d'archivage électronique conformément aux recommandations des Archives de France.

3-4 Prendre en charge la douleur et la fin de vie

L'AP-HP s'appuie sur une démarche structurée de longue date en matière de prise en charge de la douleur et de la fin de vie. Le CClud-SP (Comité central de lutte contre la douleur – soins palliatifs) détermine la politique institutionnelle et veille à son déploiement au niveau des GH, à l'aide des CClud-SP des GH et des sites.

Concernant la prise en charge de la douleur, son évaluation grâce à une échelle graduée, sa traçabilité dans le dossier médical et de soins en MCO, SSR et HâD, évaluée notamment par l'indicateur national Ipaqss, est le premier objectif d'amélioration. Le CClud-SP a également ciblé quatre pratiques cliniques pour lesquelles des actions d'amélioration sont à mettre en œuvre au niveau des GH et à évaluer sous forme d'EPP : la douleur post-opératoire, la douleur aux urgences, la douleur en SSR et SLD, la douleur dans les unités de polyhandicap, ainsi que lors des actes de diagnostic ou de soins. En outre, la diffusion et l'utilisation du livret douleur institutionnel, disponible sur support numérique, constituent un objectif général pour promouvoir les bonnes pratiques de prise en charge de la douleur et assurer la formation des professionnels.

Concernant la fin de vie, l'objectif est de promouvoir auprès des usagers et des professionnels les actions relatives aux droits et choix des patients en fin de vie, dans le respect de la loi Léonetti, en incitant les patients à formuler des directives de fin de vie, et par l'appropriation de la notion de personne de confiance et sa traçabilité dans le dossier du patient. L'élaboration de critères communs AP-HP pour les patients identifiés de soins palliatifs permettra d'améliorer encore leur prise en charge. La politique institutionnelle s'attachera en outre à améliorer les prises en charge des

patients en fin de vie par le déploiement de formations spécifiques.

IV. Pour une organisation performante, au service de la qualité du soin

4-1 La qualité de vie au travail comme levier

La performance d'une institution reposant à la fois sur des relations collectives constructives et sur une réelle attention portée aux salariés en tant que personnes, l'AP-HP s'engage à améliorer la qualité de vie au travail (QVT) telle que définie dans l'Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013. L'AP-HP s'engagera dans la déclinaison du protocole « Qualité de Vie au Travail » en cours de finalisation au plan national, dès lors que la FHF sera signataire de ce protocole au début de l'année 2015.

Cet objectif s'appuie sur le constat que la qualité de l'ambiance de travail et de l'organisation de travail dans les services et la QSS sont en complète interdépendance. Il consiste à créer les conditions d'un climat de travail propice à l'épanouissement des professionnels et au bien-être au travail, en développant l'intérêt du travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et d'intérêt, et en favorisant la conciliation entre vie professionnelle et personnelle.

La DRH de l'AP-HP s'engage à mettre en œuvre plusieurs actions :

- intégrer la QVT dans la stratégie globale de l'AP-HP ;
- repérer les personnels en capacité de responsabilité, pour les former et les accompagner ;
- promouvoir un management fondé sur la confiance et la reconnaissance dans l'exercice professionnel ;
- valoriser les démarches participatives et les dispositifs d'écoute des professionnels ;
- favoriser l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ;
- mesurer périodiquement la qualité de vie au travail et la satisfaction des personnels.

L'ensemble de ces actions, en favorisant la qualité de vie au travail des professionnels, aura un impact concret d'amélioration des organisations

et de modernisation de l'institution, au bénéfice des patients accueillis dans nos hôpitaux et de la qualité des soins.

4-2 La performance de notre gestion, en soutien à la qualité de nos activités cliniques

Gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines a pour objet de mettre à disposition de l'institution les moyens, quantitatifs et qualitatifs, nécessaires à la prise en charge du patient. Elle prend en compte les évolutions de l'environnement hospitalier : attentes des patients, évolution des modes de prise en charge et des métiers. Elle vise également à permettre aux professionnels d'exercer durablement leur métier, en préservant leur santé et leur sécurité.

Elle repose notamment sur :

- un management prévisionnel des emplois et des compétences qui garantisse l'attractivité de l'AP-HP et la fidélisation des professionnels médicaux et non médicaux, en particulier sur les métiers sensibles ; à ce titre, l'intégration des nouveaux arrivants et plus spécifiquement de l'encadrement, constitue une des priorités de l'institution. L'accueil des stagiaires, paramédicaux ou médicaux, sera l'objet d'attentions compte tenu des enjeux de fidélisation. L'effort de formation, comme outil d'évolution professionnelle et d'appui aux projets institutionnels, sera poursuivi ; en particulier, l'institution s'attachera à développer les compétences de l'encadrement en management de la gestion des risques et de la qualité. La réduction des risques viendra aussi d'une plus grande stabilité des équipes à compétences spécifiques, notamment dans le domaine de la qualité, des systèmes d'informations, du contrôle de gestion.
- la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail, incluant les démarches d'identification et d'évaluation (Document unique d'évaluation des risques professionnels), ainsi que la mise en œuvre d'actions de prévention (Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail) ; le renforcement des services de santé au travail et de prévention des risques professionnels, notamment par une coordination universitaire, est une des

priorités de l'AP-HP ;

- les personnels et leurs représentants doivent mieux s'impliquer, dans le cadre d'un dialogue social structuré et organisé ; la satisfaction du personnel, évaluée dans le cadre du baromètre social, devra être à nouveau mesurée ; la mise en œuvre du protocole d'accord-cadre sur le dialogue social fera l'objet d'un bilan annuel par un comité de suivi.

Gestion des ressources financières

La politique de gestion des ressources financières de l'institution repose sur une déclinaison annuelle en EPRD central, donnant lieu à un EPRD par GH ; et au sein des GH, à un budget par site et par pôle. Les responsabilités sont identifiées à chacun de ces niveaux (DEFIP en central, directeur des affaires financières au niveau des GH, exécutifs de pôle). Un suivi est réalisé au moins deux fois par an, avec évaluation des résultats, explication des écarts à la cible, décision d'actions correctives. Les interfaces avec les fonctions ressources humaines pour le personnel médical, le personnel paramédical et les autres catégories de personnel, les pharmaciens, les directions des investissements, les directions des services économiques et logistiques et les départements d'informatique médicale (DIM) sont nécessaires à l'élaboration des budgets et la définition des efforts d'efficience. Elles sont traduites en objectifs pour les exécutifs de pôle donnant lieu à un suivi sur la base d'outils partagés. La diffusion de tableaux de bord mensuels activité/recettes/dépenses et le suivi de nombreux indicateurs sont effectifs à tous les niveaux GH/pôle/unité de gestion (UG).

La mise en œuvre de la politique de gestion des ressources financières requiert un partage et une appropriation d'outils communs, et une professionnalisation des équipes finances et de contrôle de gestion :

- il existe des supports d'évaluation des coûts en comptabilité analytique (CAE) largement diffusés pour permettre les comparaisons ; il convient de conforter la CAE comme outil de pilotage et de répartition de l'effort d'efficience en complément du taux de marge ; ces analyses de coût, ainsi que les outils de suivi des budgets au niveau GH/Pôle/UG sont disponibles dans l'ensemble des GH ;
- le taux de renouvellement important de professionnels contractuels, tels que les contrôleurs

de gestion, est un risque identifié car il induit une instabilité des compétences au niveau des GH.

La période 2015-2019 verra la poursuite du plan d'efficacité de l'AP-HP, compte tenu de l'augmentation des prix et de la baisse des recettes, pour limiter la dégradation naturelle du résultat et améliorer le taux de marge brute de l'AP-HP et des GH.

Enfin, afin de réussir la certification des comptes, l'effort portera sur la formalisation des procédures, l'audit des processus, tant recettes que dépenses, et la maîtrise des risques.

Gestion de l'information

Le Système d'information (SI, clinique et de gestion) couvrant progressivement l'ensemble de l'activité des sites et des métiers de l'AP-HP, son maintien opérationnel 24h/24 est devenu incontournable. Cela rend nécessaire de conduire des plans d'actions adaptés en matière d'amélioration du service rendu et de maîtrise des risques liés au SI et notamment, à la sécurité de celui-ci.

En outre, les différentes parties du SI sont en forte évolution : extension du nombre de sites, élargissement des utilisateurs, développement des usages, changements de versions... Quelle que soit la stratégie de déploiement retenue, le maintien du niveau attendu de qualité de service et de sécurité devient d'autant plus complexe à obtenir et rend indispensable une mobilisation organisée dans ce but.

Enfin, l'ouverture de l'AP-HP vers l'extérieur se décline aussi dans les SI : usage du web et des outils de mobilité, interaction avec les autres opérateurs de santé, transmission sécurisée de données, utilisations d'applications régionales partagées, télémédecine, gestion des mégadonnées... La maîtrise de la qualité et des risques liés au SI s'en trouve d'autant plus nécessaire.

La trajectoire pour y parvenir est double :

- conduire les plans d'action nécessaires à une amélioration visible et à échéance rapprochée, de la qualité du service rendu ; cela passe par des choix stratégiques forts (par exemple : déploiement accéléré de l'identifiant unique du patient, clarification et renforcement de la gouvernance des SI...), et la priorisation des réponses aux enjeux (par exemple : réorganisation du support, évolution de la communication ou du management des déploiements...), tout en renforçant le recueil de la satisfaction des utilisateurs ;

- organiser les conditions d'un haut niveau de sécurité des SI de l'AP-HP, concernant la sécurité matérielle et logicielle des accès au SI, la sécurité de l'environnement des infrastructures et la continuité du fonctionnement et de service du SI, avec la définition de solutions de fonctionnement dégradées permettant d'assurer la continuité de l'activité.

Performance logistique

La politique institutionnelle en matière de gestion des risques et de qualité des processus logistiques se décline sous des formes différentes selon le processus concerné.

Pour autant, trois points communs structurants concernent l'ensemble des processus :

- sur la base du référentiel HAS et des normes à respecter, la trajectoire est la même pour tous, visant à renforcer la qualité du service rendu, en termes de résultats, de délais et de sécurité pérenne, tout en renforçant l'efficacité des organisations et l'engagement opérationnel dans le développement durable ;
- les plans d'actions retenus pour les différents processus portent donc tous sur une mise en conformité aux normes de qualité et de sécurité (et à leur évolution), dans un cadre prenant en compte à la fois les arbitrages pour optimiser les organisations (retour sur investissement, mutualisation, choix de gestion interne ou externe...), et la réponse à des besoins mieux exprimés et dont la satisfaction doit être régulièrement mesurée ;
- les organisations dédiées aux processus logistiques des GH comme des services centraux avec lesquels ils travaillent, doivent renforcer leur expertise-métier au-delà de la seule alternative « faire/faire-faire » : l'enjeu est d'améliorer l'expression des besoins, de formaliser au mieux la nature des réponses nécessaires et de mettre en place les processus de contrôle (technique, qualitatif et économique), afin de renforcer la maîtrise des processus, quel que soit le mode de production (régie locale, régie partagée, sous-traitance...).

Compte tenu de la taille de l'institution et de ses nombreuses installations, une attention particulière sera apportée à la coordination des sécurités sanitaires. Le suivi des conformités, notamment en matière de sécurité incendie, fera l'objet d'une structuration dédiée au niveau central, déclinée par GH, permettant une gestion dyna-

mique des enjeux et des arbitrages anticipés.

Conclusion

Le volet GRQ de l'AP-HP, cohérent avec les priorités des autres projets (projet médical, projet de soins, projet de prise en charge, projet social et professionnel, projet logistique, PGFP...), rassemble les axes de travail essentiels pour l'institution à l'amélioration finale de la qualité de la prise en charge du patient. Ils sont déclinés, par thématique, en plan d'actions, dont l'avancée des réalisations sera suivie régulièrement et dont les résultats cibles seront publiés annuellement.

Les GH, hôpitaux et pôles d'intérêt commun vont dès lors construire leur volet GRQ de leur projet. S'il reprendra les grands axes institutionnels, ceux-ci seront adaptés aux spécificités locales, en termes de contexte comme de résultats. Ils seront à tout le moins gage des progrès de l'institution et de la bonne préparation de l'AP-HP aux exigences de la certification V2014 à venir.

Actions prioritaires

I. Le management stratégique au service de la qualité et de la gestion des risques

1-1 Optimiser la gouvernance du CHU au service de la qualité et de la gestion des risques

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Poursuivre l'engagement de l'institution dans la démarche éthique.	Favoriser le développement des consultations pluridisciplinaires d'éthique clinique au sein des GH.	% de GH disposant d'une consultations pluridisciplinaire d'éthique.	DPUA	3
Réajuster la politique et développer une synergie sur le développement durable.	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'un plan de développement durable de l'AP-HP actualisé en 2015. - Disposer d'un réseau coordonné des correspondants développement durable des GH. - Actions de sensibilisation au développement durable mises en place à destinations des acteurs hospitaliers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan actualisé présenté aux instances de mars 2015. - Réseau actif dès le 2^{ème} semestre 2015. - Actions de sensibilisation réalisées dans les GH. 	SG	1
Clarifier le rôle des GH et du siège pour améliorer la lisibilité et l'efficacité.	Groupe de travail siège / GH qui mette à plat les rôles pour chaque secteur fonctionnel.	Réajustement des missions de chaque DF.	SG	2
Renforcer la dynamique de management des secteurs d'activité.	<ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser la participation des pôles à la gouvernance des GH. - Renforcer l'encadrement de proximité en réduisant le nombre de faisant fonction de cadre de santé. 		DGH DSAP / DRH	3

1-2 Dynamiser le management de la qualité et des risques

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Maintenir une dynamique managériale favorable à la promotion de la culture de qualité – gestion des risques à l'AP-HP.	<p>Existence d'une gouvernance claire (centrale et au niveau des GH) en matière de management de la qualité – gestion des risques, appuyée par 1) des instances identifiées et actives aux missions articulées et bien coordonnées ; 2) des acteurs compétents, formés et légitimes.</p> <p>Existence d'un programme qualité – gestion des risques défini, diffusé, partagé, donnant lieu à des mesures d'efficacité des actions déployées.</p>	<p>Organigrammes de la gouvernance qualité – gestion des risques disponibles en central et au niveau de chaque GH.</p> <p>Existence d'un temps protégé suffisant pour chaque coordonnateur de gestion des risques associé aux soins.</p> <p>Existence de démarches d'amélioration sur des sujets transversaux, gérées en mode projet.</p> <p>Disponibilité d'un dispositif de formation institutionnel pour les acteurs de la qualité.</p> <p>Existence du programme QSS ; existence d'indicateurs de mesures d'impact des actions.</p>	<p>DG et SG, avec DF ; PCME, cellule QSS & CAPCU, C GRAS et RSMQ ; président de la CCSIRMT.</p> <p>DGH, Dir Qualité GH, CGS et directions du GH, PCMEL, C GRAS et RSMQ locaux.</p>	<p>En continu</p> <p>Priorité 1</p>

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Renforcer la place de l'usager dans le dispositif de promotion de la qualité – gestion des risques à l'AP-HP.	Evaluation plus approfondie et systématique de la satisfaction des usagers. Professionnalisation et médicalisation du traitement des plaintes et réclamations ; optimisation du modèle de la médiation hospitalière. Instauration du patient comme partenaire actif des démarches d'amélioration des pratiques et des organisations, grâce à une gouvernance adaptée de gestion des projets d'une part ; d'habilitation de représentants de patients d'autre part.	Refonte des outils de recueil de la satisfaction. Mise en place d'un outil efficace et partagé de traitement des réclamations, articulé avec le signalement des EI ; renforcement du réseau des chargés de relations avec les usagers. Place effective de patients dans la gestion de projets d'amélioration de la qualité.		En continu Priorité 1

II. La sécurisation et l'amélioration continue de nos pratiques

2-1 Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Fiabiliser l'identité du patient dans le système d'information (SI).	Déploiement du NIP AP-HP dans tous les hôpitaux.	Taux de déploiement du NIP unique sur les GH.	Centre de compétence domaine patient + CIV GH.	1
	Gestion des anomalies d'identité dans le SI : doublons et collisions et participation médicale à toute opération de fusion complexe...	Evolution du nombre / taux de doublons identifiés et gérés. Plus de 80 % des fusions complexes ont disposé d'un avis médical tracé.	Centre de compétence domaine patient + CIV GH.	1
	Intégration dans le SI des exigences et recommandations réglementaires : charte régionale d'identification du patient – ARSIF, circulaire du 07/06/13 sur l'utilisation du nom de naissance.	Délai d'intégration des évolutions réglementaires dans les cahiers des charges et les applicatifs logiciels.	Centre de compétence domaine patient + CIV GH.	1
	Port d'un bracelet lisible pour les patients hospitalisés.	> 90 % des patients hospitalisés ont un bracelet d'identification. > 90 % les bracelets sont lisibles.	DSAP + CIV	1
	Systématisation du retour d'expérience sur les erreurs d'identification au sein d'un CREX identitovigilance site / GH.	> 80 % des sites / GH ont mis en place une CIV identitovigilance.	CIV / COVIRIS / CGRAS	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Fiabiliser le contrôle de concordance entre la prescription, l'identification du patient et l'acte réalisé.	Création et mise à disposition de supports écrits et vidéo de sensibilisation/formation à l'attention des personnels sur les modalités unique de contrôle (interrogation orale, bracelet...).	Existence de ces supports. > 80 % des services disposent de ces supports. Nbre de personnels formés.	DSAP / DOMU / COVIRIS	1
	Création et mise à disposition de supports (dont le livret d'accueil) à l'attention des patients sur les modalités de contrôle de l'identification et les risques inhérents à leur non-respect (refus du bracelet, usurpation d'identité, nom/prénom d'usage).	Existence de ces supports. > 80 % des services disposent de ces supports patients. Affichage effectif sur tous les GH. Nbre de documents d'information/formation à disposition des patients et de leur entourage.	DPUA / DSAP / DOMU / COVIRIS	1
	Conduites à tenir définies pour les situations particulières : listes d'interprètes, prise en charge sociale si adaptée au contexte d'usurpation d'identité, mineur, détenu...	Procédures disponibles. > 80 % des services disposent de ces conduites à tenir.	DSAP / DPUA	2
	Création au niveau central d'une Commission d'identitovigilance (CIV) et d'une cellule opérationnelle de traitement des doublons inter-GH.	CIV et cellules opérationnelles. Réunion a minima 1 fois par trimestre et rapport d'activité annuel (ind P 1.3 hôpital numérique). Suivi des indicateurs de la charte régionale.	Centre de compétence domaine patient / DOMU / DSAP / COVIRIS.	1
Optimiser l'organisation (pilotage et gestion opérationnelle) institutionnelle et en GH.	Mise en place dans chaque GH d'un dispositif d'identitovigilance (CIV incluant un représentant de la PCMEL, cellule opérationnelle, référents par pôle...).	Organisation existante et opérationnelle : RI formalisé (composition, rôles et missions des instances, liens avec les autres structures telles COVIRIS, DirQual, CGRAS...), CR et rapports d'activité (CIV + cellule opérationnelle).	PCMEL	1

2-2 Gérer le risque infectieux

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Assurer une organisation opérationnelle de la prévention des infections associées aux soins.	<p>a) Une équipe opérationnelle d'hygiène dans chaque site hospitalier avec au minimum un médecin (1 ETP/800 lits du site hospitalier) et un cadre de santé infirmier de préférence cadre supérieur (1 ETP/400 lits du site hospitalier) et, autant que possible, un technicien biohygiéniste et un secrétariat.</p> <p>b) Un référent en anti-infectieux dans chaque site hospitalier.</p> <p>c) Un référent médical et paramédical en hygiène dans chaque service.</p>	Effectifs des EOH, effectifs des référents en anti infectieux.	EOH / DOMU Direction GH CMEL	2
Maîtriser la résistance bactérienne aux antibiotiques.	<p>1°/ Limiter l'émergence de bactéries multi résistantes : diminuer la consommation des antibiotiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réévaluer toutes les prescriptions d'antibiotiques à J3 et J7 : impliquer le système d'information, inciter à l'auto-évaluation au sein des services. - Justifier dans le dossier du patient tout traitement poursuivi plus de 7 jours : réaliser des audits. - Promouvoir et valoriser le conseil en anti infectieux. - Surveiller la consommation des antibiotiques dans chaque service et assurer une rétro information aux services et aux prescripteurs. - Renforcer la formation des jeunes prescripteurs au bon usage des anti-infectieux (« permis de prescrire des antibiotiques ») sous forme de validation d'une formation pour les nouveaux arrivants. 	Consommation des antibiotiques.	EOH / Domu Direction GH CME - COMAI - CLIN Réfèrent en anti-infectieux	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
	<p>2°/ Maîtriser la transmission croisée des bactéries multi résistantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former les personnels médicaux et paramédicaux, les étudiants, sur l'épidémiologie de la résistance bactérienne et de la transmission croisée au sein de l'AP-HP. - Renforcer l'hygiène des mains par la friction hydro-alcoolique (FHA) : fixer des objectifs personnalisés par service, réaliser des audits des pratiques, assurer une rétro information de la consommation SHA par service. - Améliorer la gestion des excréments : former les personnels, mettre à niveau les équipements, réaliser des audits ciblés. - Assurer un bionettoyage efficace, partie intégrante du soin au patient, en valorisant l'entretien de l'environnement direct des patients et en organisant l'hygiène des locaux de tous les secteurs de l'hôpital. - Limiter les épidémies et l'ampleur des épidémies à bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) : repérer les patients à risque dès l'entrée : impliquer le système d'information pour repérer les patients porteurs, les patients contact, les patients hospitalisés à l'étranger dans les 12 derniers mois. - Surveiller (signalement) les porteurs de BHRe et les épidémies (nombre de cas secondaires). - Rationnaliser l'utilisation des moyens (humains et matériels) : identifier des secteurs dédiés pour regrouper les porteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incidence staphylocoques dorés multirésistants (SARM). - Incidence entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi (EBLSE). - Proportion d'épidémie parmi les alertes à BHRe (entérobactéries productrices de carbapénémase, entérocoques résistants à la vancomycine). - Proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des cas de BHRe. 	<p>EOH / DOMU Direction GH CMEL - CLIN EOH sites</p>	<p>2</p>

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Limiter les risques infectieux liés aux actes invasifs.	1°/ Evaluer la pertinence des dispositifs invasifs (perfusion, sondes urinaires, ...). - Réaliser des audits de pertinence des dispositifs invasifs. - Promouvoir la réalisation de revues de morbi-mortalité (RMM) devant des infections graves mettant en jeu des dispositifs invasifs.		EOH / DOMU Direction GH CMEL - CLIN EOH sites	2
	2°/ Prévenir et surveiller les infections du site opératoire (ISO). - Assurer une conformité de l'antibioprophylaxie : évaluer les protocoles, réaliser des audits. - Surveiller les ISO et produire des taux d'ISO. - Promouvoir la réalisation de RMM.		EOH / DOMU Direction GH CMEL - CLIN EOH sites	2
	3°/ Maîtriser le risque infectieux lié à l'endoscopie. - Former les personnels, réaliser des audits des pratiques.		EOH / DOMU Direction GH CMEL - CLIN EOH sites	1

2-3 Mieux intégrer dans nos pratiques la prise en charge des urgences et des soins non programmés

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi au sein des GH	Pilote du projet	Priorité (*)
Améliorer les délais de réponse et réduire les recours inappropriés aux SAU. Réduire les temps d'attente et améliorer la sécurité de la prise en charge au sein des SAU.	Amélioration de la réponse au 15. Développer une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations et hospitalisations). Organiser un circuit court, dans tous les SAU adultes, dédié aux patients ambulatoires ne nécessitant pas de soins complexes. Améliorer les conditions d'accueil et d'attente. Garantir un fonctionnement conforme de l'UHCD.	95 % des appels décrochés en moins de 60 sec. Mentionné dans tous les contrats de pôle pour les patients orientés vers un retour à domicile : % des passages ≥ 4 h et durée moyenne de passage. Taux de retour dans un SAU de l'AP-HP dans les 7 jours d'un patient PEC et non hospitalisé. Séjours de plus de 24h < 20 % 2/3 des lits d'UHCD disponibles à 18h (Suivi du TO de l'UHCD à 18h).	JS. Marx E. Lecarpentier DPT DPT / DOMU DPUA DOMU	2 1 1 1 2
Déployer un plan complet pour les admissions non programmées tel que prévu par la Charte des GH.	Déploiement du dispositif de gestion des séjours : disponibilité des lits accessible en temps réel, intégrant les préadmissions. Equipe identifiée. Lits médicaux polyvalents dédiés.	% de patients transférés hors AP-HP, depuis l'accueil du SAU ou l'UHCD.	DPT	1

2-4 Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Assurer une gouvernance efficace avec une cohérence des actions pour optimiser la prise en charge médicamenteuse.	1°/ Organisation efficace et coordonnée du RSMQ PECM. 2°/ Intégration dans le programme d'amélioration de la qualité de la PECM, des axes d'amélioration définies au travers des rapports d'inspection des PUI diligentés par l'ARS, des objectifs et résultats.	1°/ Formalisation de l'organisation (par exemple : questionnaire PECM mis à jour, ...) : oui/non. 2°/ Programmes d'actions consolidé et priorisé : oui/non.	Commission Qualité-Sécurité des soins, qualité de la prise en charge des usagers de la CME (cellule QSS & CAPCU) RSMQ CSRIMT Directions Q SS RU Référents Cbus Pharmaciens	1
Assurer une gestion des événements indésirables liés à la PECM.	1°/ Promotion de la déclaration et de l'analyse des causes profondes. 2°/ Encouragement des retours d'expérience pluri-professionnels. 3°/ Actions de sensibilisation et de formation aux erreurs médicamenteuses auprès de tous les acteurs impliqués dans la PECM.	1°/ Nombre de projets menés à bien (%). 2°/ Nombre de retours d'expérience réalisés. 3°/ Nombre d'outils et projets pédagogiques partagés (quiz, chambre des erreurs, scénarii ou serious game). 4°/ Nombre de journées de partage d'expériences.	CME Département FMC DSAP CSRIMT cellule QSS & CAPCU RSMQ Coordonnateur des risques liés aux soins Gestionnaires des risques	2
Optimiser l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques de prescription avec un renforcement de la juste prescription.	1°/ Garantir des supports de prescription les plus homogènes possibles au sein de l'hôpital. 2°/ Proposition d'outils d'aide aux bonnes pratiques de prescription (informatisation en lien avec une base de données certifiée HAS, livret thérapeutique, ...). 3°/ Développement des évaluations des pratiques (EPP, CREX, audits).	1°/ Nombre de supports de prescription différents au sein d'un même hôpital. 2°/ Nombre d'outils partagés. 3°/ Nombre de programmes d'évaluation (EPP, indicateurs, audits, CREX...).	CME cellule QSS & CAPCU COMEDIMS COMAI CLIN CLUD CLAN	2
Favoriser la montée en charge de la pharmacie clinique et le déploiement de l'analyse pharmaceutique.	1°/ Accès à la totalité de la prescription informatisée ou papier, sans retranscription. 2°/ Accès aux données biologiques et cliniques du patient, ainsi qu'aux informations techniques sur le médicament. 3°/ Développement progressif de l'analyse pharmaceutique selon un schéma validé par chaque GH.	1° et 2°/ Nombre d'accès développés. 3°/ Projet élaboré et validé par l'établissement. 3°/ Pourcentage de lits (ou séjours) bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète.	Collégiale des pharmaciens Pharmaciens Responsable projet SI COMEDIMS	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Favoriser la sécurisation des conditions de réalisation de l'administration.	<p>1°/ Mise en place d'outils de sécurisation et d'aide à l'administration (support unique de la prescription à l'administration, harmonisation des abréviations et unités, protocoles pré établis...).</p> <p>2°/ Actions de sensibilisation et formation.</p> <p>3°/ Contrôle de l'identité des patients, de la conformité du médicament par rapport à la prescription lors de l'administration.</p> <p>4°/ Mise à disposition de formes galéniques adaptées pour la population gériatrique et pédiatrique.</p>	<p>1°/ Nombre d'actions développés.</p> <p>2°/ Nombre d'action de sensibilisation et de formation (calculs de dose, table de correspondance DCI, mémo 5B...).</p> <p>3°/ Nombre d'audit(s) sur contrôle de concordance.</p> <p>4°/ Livret thérapeutique.</p>	<p>RSMQ DSAP CSRIMT Cadres COMEDIMS AGEPS CVIRIS Pharmaciens</p>	1
Partager une réflexion sur les conditions de transport et de stockage des médicaments dans les unités de soins.	<p>1°/ Evaluation des conditions de réception et de rangement des médicaments, notamment des médicaments à risque (KCL, ...).</p> <p>2°/ Recherche d'optimisation des stocks immobilisés et des rangements dans les unités de soins.</p> <p>3°/ Sécurisation de la chaîne d'approvisionnement PUI/unité de soin.</p> <p>4°/ Développement des formes sous conditionnement unitaire pour les formes sèches.</p>	<p>1°/ Evaluation réalisée et définition de cibles : oui/non.</p> <p>2°/ Définition de modalités d'optimisation des stocks immobilisés dans les unités de soins : oui/non.</p> <p>3°/ Nombre de systèmes de rangement adaptés.</p> <p>4°/ Procédure de contrôle des livraisons : oui/non.</p>	<p>Cadres, chef de service, pharmaciens COMEDIMS AGEPS DSAP Réfèrent PUI / DOMU RSMQ</p>	1
Identifier les principaux risques liés à la prise en charge médicamenteuse dans les populations à risque (pédiatrie, personnes âgées) et définir des actions préventives.	<p>1°/ Sensibilisation des prescripteurs à la réévaluation des prescriptions les plus à risques (diffusion des recommandations existantes sur les neuroleptiques, médicaments cardio-vasculaires, AVK, diurétiques, ...).</p> <p>2°/ Amélioration des pratiques de prescription, notamment chez la personne âgée.</p>	<p>1°/ Nombre de projets d'amélioration des pratiques (ou EPP).</p> <p>2°/ Nombre d'actions de sensibilisation.</p> <p>3°/ Bonnes Pratiques des médicaments à risque.</p>	<p>CME, cellule QSS & CAPCU Collégiale des pharmaciens COMEDIMS RSMQ Chefs de service (Médecins-Pharmaciens)</p>	3

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Poursuivre la prévention des erreurs médicamenteuses liées à la gestion du traitement personnel du patient.	1°/ Développement d'actions ciblées sur l'admission, le transfert et la sortie du patient. 2°/ Développement du dossier pharmaceutique (DP). 3°/ Réflexion sur l'intégration, dans le CRH, d'un tableau indiquant les modifications thérapeutiques et leur motif. 4°/ Promotion de l'information structurée au patient sur son traitement médicamenteux.	1°/ Nombre de projets menés à bien (%). 2°/ Nombre d'hôpitaux connectés au DP 3°/ Projet d'intégration du tableau dans CRH. 4°/ Nombres d'actions éducatives mises en place (plaquettes d'information, affiche, livret, ...).	cellule QSS & CAPCU Responsable projet des SI RSMQ Cadres, Chefs de service Pharmaciens Référénts ETP	3

2-5 Améliorer la performance du plateau médico-technique d'imagerie et de biologie

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Poursuivre la démarche d'accréditation des laboratoires.	Respect des échéances réglementaires.	Accréditation des laboratoires à hauteur de 50 % des examens sur toutes les familles jusqu'à 100 % en 2020.	GH / DOMU	1
Poursuivre la démarche de mise en conformité avec le référentiel HAS en imagerie.	Respect des exigences en termes de tenue du dossier patient.	Taux de conformité de la demande d'examens et des comptes rendus.	GH / services d'imagerie	1
Améliorer le dispositif de radioprotection.	Respect des normes et exigences réglementaires.	Baisse des non conformités.	GH	2

2-6 Améliorer la prise en charge du patient au bloc opératoire

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Définir une organisation systématique de programmation et de régulation au sein de chaque bloc opératoire. Une réflexion sur les circuits des patients programmés y compris ambulatoires et urgents doit être poursuivie.	Optimiser cette organisation dans une charte simplifiée et harmonisée.	Charte simplifiée, harmonisée et diffusée oui non.	Conseil des pairs	1
Définir une organisation systématique de programmation et de régulation au sein de chaque bloc opératoire.	Poursuivre la réflexion sur les circuits des patients programmés, ambulatoires et urgents.	Formalisation des circuits des patients programmés ambulatoires et urgents oui non.	Président du conseil de bloc opératoire	1
Identifier les principaux risques liés à la prise en charge des patients au sein du bloc opératoire en définissant les actions préventives.	1°/ Formaliser le parcours du patient, identifier les différentes étapes de sa prise en charge au bloc opératoire. 2°/ Identifier les risques a priori et a posteriori pour bâtir la cartographie des risques et définir le plan d'action associé à la réduction.	1°/ Formalisation du processus : réalisée oui non. 2°/ Cartographie des risques : réalisée oui non. 3°/ Plan d'action formalisé : oui non. 4°/ Nombre de projets menés à bien (%).	Pilote(s) à désigner par la Direction Qualité / CMEL / Direction des soins pour coordonner les travaux	1
Assurer une gestion des événements indésirables notamment dans le cadre des Réunions de morbi mortalité des services de chirurgie.	Définir l'organisation du recueil des EI, de l'analyse et du suivi de la mise en place des actions correctives. La gestion comprend le signalement, l'analyse systémique, le suivi des actions et le retour.	1°/ Formalisation des procédures de déclaration des EI, EIG, ESR, oui non. 2°/ CREX mis en place oui non. 3°/ Revues morbi mortalité mises en place oui non. 4°/ Bilan annuel CREX ou RMM oui non.	Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux soins (CGRAS)	1
Améliorer les bonnes pratiques.	1°/ Travailler sur la check list pour optimiser l'appropriation par les professionnels en lien avec les groupe des pairs. 2°/ Développer les simulations (techniques, scénarii).	Audit croisé de check list. Programmes de simulations mis en place oui non.	Conseil des pairs	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Poursuivre la prévention des infections nosocomiales.	Développement de la chirurgie ambulatoire, suivi des INCISO, actions ciblées sur les circuits logistiques, sur les tenues et le traitement de l'air...	Indicateur INCISO taux ambulatoire.	Equipe opérationnelle d'hygiène	1
Intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs.	<p>1°/ Formaliser la gestion des équipements et des dispositifs médicaux (conformité et traçabilité des contrôles et maintenances).</p> <p>2°/ Formaliser le plan des formations des personnels (acquisition et maintien des compétences).</p>	<p>1°/ Existence des procédures de suivi des matériels utilisés : nombre et dates des maintenances préventives et curatives.</p> <p>2°/ Existence des cheks list, des procédures et protocoles d'examen dans le poste d'examen traçabilité.</p> <p>3°/ Nombre de journées de formation par agent et nombre de personnes formées.</p> <p>4°/ Liste des formations obligatoires.</p>	Cadres, chef de service	2

2-7 Dons d'organes et de tissus à visée thérapeutique

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Poursuivre et accentuer les actions de sensibilisation pour promouvoir le don d'organes et de tissus.	Développer les formations des personnels concernés à l'entretien avec les familles pour promouvoir le don.	<p>1°/ Existence de l'offre de formation.</p> <p>2°/ Définition d'une cible de personnes à former et taux de suivi de la formation par ces personnes.</p> <p>3°/ Nombre de prélèvements réalisés.</p>	DOMU, GH	2

2-8 Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
<p>Définir l'organisation qui va permettre l'optimisation des actions qualité sécurité des soins.</p> <p>Poursuivre ou initier la mise en œuvre de démarches qualité en favorisant les partages d'expérience, ce qui implique l'identification des activités à risque (cartographie).</p>	<p>1°/ Formaliser le parcours du patient, identifier les différentes étapes de sa prise en charge.</p> <p>2°/ Identifier les risques a priori et posteriori pour bâtir la cartographie des risques et définir le plan d'action associé à la réduction de ces risques.</p> <p>3°/ Identifier des responsabilités et échéances de réalisation des projets à mettre en place.</p>	<p>1°/ Formalisation du processus réalisée oui non.</p> <p>2°/ Cartographie des risques réalisée oui non.</p> <p>3°/ Plan d'action formalisé oui non.</p> <p>4°/ Nombre de projets menés à bien (%).</p>	<p>Pilote(s) à désigner par la Direction Qualité / CMEL / Direction des soins pour coordonner les travaux</p>	1
<p>Poursuivre la gestion des événements indésirables associés aux soins (signalement des Evénements Indésirables, analyse systémiques, hiérarchisation, actions correctives et retour d'expériences).</p>	<p>Définir l'organisation du recueil des EI, de l'analyse et du suivi de la mise en place des actions correctives.</p>	<p>1°/ Formalisation des procédures de déclaration des EI, EIG, ESR, oui non.</p> <p>2°/ CREX mis en place oui non.</p> <p>3°/ Revues morbi mortalité mises en place oui non.</p> <p>4°/ Bilan annuel CREX conforme aux attentes HAS oui non.</p>	<p>Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux soins (CGRAS)</p>	1
<p>Assurer la connaissance et le respect des textes réglementaires, et normes en vigueur dans les domaines concernés, (dans une double logique de support à la mise en œuvre et de mesure des écarts.</p> <p>Une attention particulière devra être apportée à la radioprotection.</p>	<p>Identification et gestion des non conformités.</p>	<p>% des non conformités gérées.</p>	<p>Direction Qualité</p>	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs.	<p>1°/ Formaliser la gestion des équipements et des dispositifs médicaux (conformité et traçabilité des contrôles et maintenances).</p> <p>2°/ Formaliser le plan des formations des personnels (acquisition et maintien des compétences permettant l'optimisation de l'utilisation des équipements, intégration des nouveaux arrivants).</p>	<p>1°/ Existence des procédures de suivi des matériels utilisés : nombre et dates des maintenances préventives et curatives.</p> <p>2°/ Existence des cheks list, des procédures et protocoles d'examens dans le poste d'examen traçabilité.</p> <p>3°/ Nombre de journées de formation par agent et nombre de personne formées.</p> <p>4°/ Liste des formations obligatoires.</p>	Cadres, chef de service	2
Engager une réflexion sur la pertinence des actes, dans une recherche de rapport optimum bénéfice/risque pour le patient.	<p>1°/ Mettre en place et/ou formaliser un système de communication interne pluri disciplinaire : RCP, staff.</p> <p>2°/ Diffuser les recommandations existantes (ex. guide de la juste prescription des examens en radiologie).</p>	<p>1°/ Nombre de RCP, staff organisés.</p> <p>2°/ Nombre de projets relatifs à la pertinence des actes et suivi d'indicateurs spécialisés définis (ex. nbre de césariennes).</p>	Chefs de services	2

III. La primauté de l'expérience vécue par le patient

3-1 Optimiser le parcours du patient

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Développer la maîtrise des méthodologies d'analyse des processus et de parcours patient par les professionnels.	Formation de professionnels médicaux et non médicaux dans chaque GH aux méthodologies d'analyse des processus.	- Nombre de formation réalisées par GH. - Nombre de formateurs relais formés par GH.	DRH AP-HP	1
Prioriser pour chaque structure des parcours patient en tenant compte de l'impact de santé publique, médico-économique, et la qualité de vie au travail.	Identification pour chaque GH des parcours patient nécessitant une formalisation (volume d'activité important, niveau de risque élevé, activité coûteuse...) Réflexion sur la pertinence des prises en charge. Elaboration d'un planning prévisionnel de la démarche « Parcours patient » du GH.	- Nombre de parcours identifié et planifié. - Nombre de parcours patient formalisé par un chemin clinique.	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	2
Accompagner les équipes pluri-professionnelles et pluridisciplinaires dans la modélisation des parcours de soins intra et/ou extrahospitalier.	Mise en place d'une organisation de projet (comité de pilotage, chef de projet...) Identifier les ressources permettant l'accompagnement de ces démarches au sein des GH. Mobiliser et faire adhérer les équipes pluri-professionnelles et pluridisciplinaires à la définition des parcours patient.	Taux d'élaboration des parcours patient (nombre de parcours finalisé/nombre de parcours identifié et planifié).	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	2
Evaluer les pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients au sein de ces parcours.	Evaluer l'impact de la mise en place des parcours patient sur l'amélioration des pratiques professionnelles et sur la prise en charge des patients.	Ratio : nombre d'EPP inscrite sur la base AP ² / Nombre de parcours patient finalisé.	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Référént EPP des GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Intégrer les technologies de l'information dans l'optimisation des parcours.	Faciliter le partage d'information entre les différentes parties prenantes du parcours patient.	Pourcentage de parcours patient informatisés au sein du système d'information patient.	DSI AP-HP, CME, cellule QSS & CAPCU	3
Capitaliser et valoriser les démarches innovantes conduites au sein des équipes.	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les démarches innovantes et l'organisation mise en place auprès des autres structures. - Favoriser une dynamique d'échange et de partage entre les acteurs. - Modéliser les savoir-faire des équipes. 	Nombre de parcours finalisé au sein des GH et capitalisé ou ayant donné lieu à des communications ou des partages d'expérience.	CME, CSIRMT, 3CU, Comité du management, comité de la certification, DOMU	2

3-2 Promouvoir les droits des patients

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Inciter et aider les équipes interprofessionnelles à structurer un projet de prise en charge.	Mise en place d'une labellisation des secteurs d'activité sur la base d'un cahier des charges et d'une boîte à outils institutionnelle.	Nombre de labellisations.	DPUA en partenariat avec Institut du Patient, HTD, ...	3
Développer des ressources d'information à destination des patients sur leurs droits et leur maladie, en lien avec les associations de patients.	Des contenus sur les droits et sur un socle de pathologies chroniques en ligne sur une « maison d'information en santé » virtuelle.	Nombre de situations de prise en charge couvertes.	DPUA, DOMU, Dircomm	1
Développer et valoriser les compétences relationnelles des professionnels médicaux et paramédicaux en utilisant le regard patient et l'intervention des patients experts.	Déployer un programme de sensibilisation dans chaque GH sur la base d'outils pédagogiques mutualisés et dans une logique de définition pluridisciplinaire et collégiale du projet de soin de chaque patient.	Proportion de professionnels de santé touchés par le dispositif.	GH avec appui DRH, DSAP et DPUA (définir GH pilote(s))	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Garantir des conditions d'hébergement et d'hospitalité compatibles avec le respect et l'intimité des personnes.	Résorption des points noirs pointés lors des visites HAS V2010 (état des locaux mais aussi dispositifs simples comme des paravents dans les chambres doubles, blouses de taille adaptée, ...).	Rapports de visite HAS.	DEFIP, avec appui DPUA	3
Répondre aux besoins spécifiques des personnes ayant un handicap.	Adaptation des principaux outils d'information et du mobilier, recensement du personnel ayant des compétences dans la langue des signes, recueil des besoins et aspirations de ces personnes, adaptation de certains « gestes » et « temps » à ces handicaps et formation des professionnels à ces spécificités.	Suivi de la mise en place des outils et des formations.	DOMU, DEFIP, DRH avec appui DPUA	3
Prévenir, alerter et traiter des situations suspectées ou avérées de maltraitance par la réflexion pluridisciplinaire et l'implication de la personne, de ses proches ou d'un tiers.	Analyse réflexive systématique. Mise en place d'une procédure spécifique de signalement.	Suivi de l'évolution des situations signalées et analysées.	DSAP, avec appui DPUA, DAJ et DOMU	1
Inciter les professionnels de santé à engager une vraie prise de conscience sur le besoin des usagers à obtenir une réponse rapide à leurs plaintes et réclamations et assurer la délivrance des copies des dossiers médicaux dans des délais raisonnables.	Réduction des délais de transmission du dossier médical au patient et du temps de traitement de gestion d'une plainte ou d'une réclamation (benchmarking entre services).	Suivi des délais (via rapports annuels des CRUQPC/CDU).	DPUA	2
Facilitation et promotion du signalement par les usagers (patient et/ou entourage) d'une anomalie liée aux soins.	Mise en place d'une procédure visant à permettre aux usagers de signaler un EI ou EIG en toute sécurité.	Suivi de l'évolution des situations signalées et analysées.	DOMU, DSAP, DPUA	2

3-3 Gérer le dossier du patient

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Uniformiser l'outil support du dossier du patient.	Déployer l'outil d'informatisation (ORBIS ou autre équivalent) sur l'ensemble des GH et hôpitaux hors GH de l'AP-HP en garantissant la complémentarité avec l'outil papier.	Nombre de sites utilisateurs du logiciel.	DSI AP-HP relayé par DSI GH	2
	Veiller à la compatibilité de l'outil d'informatisation (ORBIS ou autre équivalent) avec l'ensemble des outils institutionnels, en garantissant leur intégration.	Nombre d'applications/ d'outils non interfacés avec le logiciel.	DSI AP-HP	1
	Veiller à la formalisation d'un état des lieux avant déploiement et des procédures dégradées.	Nombre de procédures formalisées.	DSI / DSAP / GH	1
	Veiller à la conformité des habilitations d'accès aux différents documents, selon les différents profils.	Nombre d'habilitations délivrées.	DSI / DSAP / GH	1
	Garantir la formation et l'accompagnement de l'ensemble des professionnels utilisateurs.	Nombre de formations structurées (fiche pédagogique, support de formation...) Nombre de professionnels formés. Nombre de procédures/ documents d'information adaptés aux spécificités du site (notamment temps utile, types de PEC...).	DSI / DSAP / DOMU / DRH relayé par DRH / DSAP GH	1
	Penser le parcours du dossier en intégrant l'amont et l'aval de la prise en charge à l'AP-HP (relations avec la ville notamment).		CME / Archives AP-HP	3

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Améliorer la qualité de la tenue du dossier.	Promouvoir la formation initiale et continue des professionnels (médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs, etc.) aux bonnes pratiques (contenu, classement, rangement, communication...) afin de favoriser leur implication.	Nombre de sessions de formations assurées. Nombre de centres de formations/écoles ayant intégré cette thématique dans leur programme de formation.	DRH / DSAP / service des archives relayé par SCDM GH	1
	Veiller à l'intégration optimale de l'ensemble des données nécessaires à la prise en charge (qualité de la traçabilité) dont les données d'imagerie, des urgences et des laboratoires de biologie médicale.	Nombre de contrats de pôles intégrant des indicateurs relatifs à la qualité de la tenue du dossier (IPAQSS).	CME / DSAP relayé par CMEL et DG GH	1
	Améliorer le délai d'envoi du CRH au patient et au médecin traitant, avec un objectif de conformité de 100 %, en prenant en compte les exigences de qualité du contenu.	Délai d'envoi du CRH.	CME / DOMU relayé par DQGR GH	2
Optimiser les modalités de communication du dossier du patient.	Assurer un positionnement clair des médecins -dont les chefs d'unités- quant à leur rôle dans la communication des documents au patient (rôle d'expertise).	Nombre de procédures formalisées.	CME relayé par CMEL GH	1
	Formaliser le circuit de la communication du dossier dans chaque GH et hôpital hors GH, selon le modèle institutionnel.	Nombre de procédures formalisées.	DPUA relayé par SCDM et DQGR GH	1
	Intégrer des exigences de qualité de communication du dossier dans les contrats de pôles.	Nombre de contrats de pôles intégrant des indicateurs relatifs à la communication du dossier.	CME / DPUA relayé par CMEL et DQGR GH	1
	Promouvoir la lisibilité des dossiers (présentation des copies, tri, classement, lien médecin conseil et DAJ) en lien avec les indicateurs IPAQSS.	Nombre de non-conformités ou événements indésirables.	DAJ relayé par SCDM GH	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Promouvoir les bonnes pratiques d'archivage du dossier du patient.	Réaliser un tableau de bord local annuel des dossiers archivés par établissement (services archivant ou non...).	Tableau de bord annuel local géré par le SCDM de l'établissement selon une grille AP-HP.	Service des Archives AP-HP relayé par SCDM GH	1
	Rappel et diffusion des bonnes pratiques d'archivage.	Nombre de formations archives. Nombre de guides DAJ sur la communication du dossier médical. Nombre de consultations de la rubrique archives sur l'intranet AP-HP.	Archives / DAJ	1
	Sécuriser la coexistence du support papier et de l'outil informatique (état des lieux, fluidité du circuit, objectif de numérisation des documents...).	Nombre de procédures formalisées conformes aux préconisations des archives de France et du Contrôle Scientifique et technique de l'État.	Archives / DSI relayé par SCDM GH	2
	Contribuer à la fluidité du parcours du patient entre les services, les sites, au sein de l'AP-HP et hors AP-HP.	Nombre de non-conformités ou événements indésirables.	Archives / GH / DSI	2
	Assurer un suivi continu des règles d'archivage.	Nombre de non-conformités ou événements indésirables.	Archives / GH	1

3-4 Prendre en charge la douleur et la fin de vie

Prise en charge de la douleur

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Améliorer la traçabilité de la prise en charge de la douleur dans le dossier médical et de soins en MCO, SSR et HAD.	1°/ Assurer la mesure de la douleur de chaque patient, y compris du patient non algique, avec une échelle, et sa traçabilité dans le dossier. 2°/ Assurer au moins 2 mesures de la douleur du patient algique (avant et après traitement) et sa traçabilité dans le dossier.	Indicateurs IPAQSS.	CLUD Direction des soins	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Améliorer les pratiques cliniques de prise en charge de la douleur en post op, aux urgences, en SSR SLD et dans les unités de polyhandicap.	1°/ Améliorer la douleur post-opératoire. 2°/ Améliorer la douleur aux urgences. 3°/ Améliorer la douleur en SSR et SLD. 4°/ Améliorer la douleur dans les unités de polyhandicap.	Programmes d'EPP sur les 4 secteurs.	CLUD Direction des soins	2
Améliorer la prévention de la douleur lors des actes diagnostics ou de soins.	1°/ Prévenir les céphalées après ponction lombaire en améliorant la technique de la ponction lombaire. 2°/ Prévenir la douleur lors des actes et soins algiques par des programmes ciblés.	Audits. Nombre de programmes ciblés sur la prévention de la douleur lors des actes de soins.	CLUD Direction des soins	2
Promouvoir les bonnes pratiques de prise en charge de la douleur et assurer la formation des professionnels.	1°/ Assurer la diffusion et l'utilisation du livret douleur institutionnel, disponible sur support numérique. 2°/ Assurer des formations douleur régulières pour les professionnels médicaux et paramédicaux.	Audits. Plan de formation.	CLUD Direction des soins DRH	1

Prise en charge et droits des patients en fin de vie

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Promouvoir auprès des usagers et des professionnels les actions relatives aux droits et choix des patients en fin de vie, dans le respect de la loi Léonetti.	1°) Diffuser auprès des professionnels et usagers la brochure d'informations « Fin de vie : vos droits, vos choix » et inciter les patients à formuler des directives fin de vie. 2°) Renforcer les actions permettant l'appropriation de la notion de personne de confiance.	Audits.	CLUD SP Direction des soins Direction de la qualité et de la relation avec les usagers	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Améliorer la prise en charge des patients identifiés de soins palliatifs.	Elaborer des critères communs AP-HP pour les patients identifiés de soins palliatifs.	Critères communs élaborés : oui - non.	CLUD SP	2
Améliorer les prises en charge des patients mourants.	Renforcer la formation et l'encadrement des équipes soignantes.	Formations sur la prise en charge des mourants.	DRH Direction des soins	2

IV. Pour une organisation performante, au service de la qualité des soins

4-1 La qualité de vie au travail comme levier

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Faire de la QVT l'objet d'un dialogue social organisé et structurant.	<p>Viser un accord général AP-HP sur la QVT négocié en central et décliné en plans d'actions locaux définissant en concertation avec les représentants du personnel, les mesures concrètes planifiées dans le temps.</p> <p>Intégrer en amont de tout nouveau projet une approche QVT incluant les contraintes physiques et les organisations.</p> <p>Mettre en place un suivi régulier de la mise en œuvre de cet accord par la création d'un observatoire sur la qualité de vie au travail associant des représentants du personnel médical et non médical.</p>	<p>Signature d'un accord général sur la QVT.</p> <p>Nombre d'accords locaux sur la QVT.</p> <p>Création d'un observatoire sur la qualité de vie au travail.</p>	DRH AP-HP	1
Repérer les talents, former les responsables (médicaux/non médicaux) et les accompagner tout au long de leur carrière.	<p>Renforcer la lisibilité du positionnement des responsables dans les GH grâce aux schémas d'organisation de l'encadrement et à tout autre document clarifiant les missions et les responsabilités de chacun.</p> <p>Généraliser le tutorat et les dispositifs d'accompagnement spécifique des nouveaux responsables (faisant fonction, nouveaux cadres, médecins investis dans de nouvelles fonctions).</p> <p>Développer les offres de type « missions d'appui, coaching, offre de formation, plateforme ressources » pour aider les personnes en situation de responsabilité.</p>	<p>Nombre de schémas d'organisation de l'encadrement.</p> <p>Nombre de jours de formation pour les responsables et nature des formations suivies.</p> <p>Disponibilité de l'offre d'accompagnement pour les personnes en responsabilité.</p>	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
<p>Promouvoir un management fondé sur la confiance et la reconnaissance dans l'exercice professionnel.</p>	<p>Valoriser les réalisations positives des professionnels, tant de façon individuelle (à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation) que de façon collective.</p> <p>Refondre la politique managériale (revue d'objectifs et rendez-vous de projets) en intégrant des objectifs sur la méthode et non uniquement les résultats (reconnaissance, explication des décisions, accompagnement du changement, soutien à l'occasion des situations difficiles).</p> <p>Repérer les situations de souffrance dans l'exercice professionnel, en faire une analyse partagée et élaborer des plans d'actions permettant l'amélioration des organisations.</p> <p>Promouvoir les initiatives permettant de partager des retours d'expérience à distance des projets pour donner du sens au travail de chacun.</p>	<p>Taux de réalisation des entretiens annuels d'évaluation et de formation.</p> <p>CR de réunions de service d'analyse de situations ou de retours sur projets.</p>	<p>DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des Soins de GH</p>	<p>1</p>
<p>Valoriser les démarches participatives et les dispositifs d'écoute des professionnels.</p>	<p>Promouvoir la qualité de vie au travail à travers l'écoute des professionnels : échanges au sein des équipes, enquêtes régulières permettant d'évaluer la qualité de vie au travail.</p> <p>Faire participer les équipes aux projets de leur unité et à la prise de décision qui les concernent.</p>	<p>Existence d'enquêtes régulières permettant l'écoute des professionnels.</p> <p>Nombre de conseils ou réunions de pôle.</p>	<p>DRH AP-HP</p>	<p>2</p>

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Optimiser les organisations.	<p>Dynamiser le travail d'équipe (médico soignante, soignante et socio éducative, soignante et administrative ou technique...).</p> <p>Optimiser la gestion des temps de travail (médicaux et non médicaux) : charte des plannings, stabilité des plannings, prévisibilité des congés, tableaux de service.</p> <p>Mettre en œuvre des démarches de prévention de l'absentéisme.</p>	<p>Comptes de réunions de service permettant d'apprécier la dynamique des collectifs médico soignants.</p> <p>Nombre de jours de repos dus.</p> <p>Taux d'absentéisme.</p>	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	1
Favoriser l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.	<p>Permettre aux professionnels de concilier vie privée et vie professionnelle en facilitant l'accès aux dispositifs suivants : crèche, transports (solutions alternatives à la voiture individuelle), aménagements des temps de travail (y compris pour les situations d'aidant ou autre type d'absence non médicalisée).</p> <p>Expérimenter le télétravail.</p>	<p>Nombre de places de crèche et taux d'occupation.</p> <p>Existence de Plans de Déplacement Entreprise (PDE).</p> <p>Nombre de personnes expérimentant le télétravail.</p>	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	2
Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail.	<p>Prolonger la démarche de baromètre interne pour permettre de réaliser des enquêtes sur la satisfaction au travail, tant du personnel médical que non médical, et mesurer l'impact des plans d'actions.</p>	<p>Les items permettant d'évaluer la qualité du processus QVT : qualité de l'information reçue, qualité de la communication avec ses supérieurs, confiance en l'avenir, reconnaissance, intérêt du travail, autonomie, qualité des plannings.</p>	DRH AP-HP	2

4-2 La performance de notre gestion, en soutien à la qualité de nos activités cliniques

La gestion des ressources humaines

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Veiller à l'application du protocole d'accord cadre sur le dialogue social signé le 8 juillet 2014.	Promouvoir un dialogue social renforcé, et de qualité.	- Réunions du comité de suivi. - Existence d'un agenda social partagé et structuré.	DRH - Département des relations sociales	1
Identifier les ressources disponibles et les besoins qualitatifs et quantitatifs.	Elaborer une cartographie des métiers et effectifs existants par métier et projeter les évolutions démographiques. Définir les effectifs et qualifications cibles par GH. Expérimenter les nouveaux métiers (coordination des parcours patients, gestion des lits et des séjours, IDE clinique spécialisée). Mettre en place dans chaque GH un protocole de coopération.	Existence de la cartographie. Définition d'une trajectoire de recrutement pour les métiers sensibles. Adéquation des ressources : qualification/poste. Existence d'un dispositif d'évaluation des expérimentations nouveaux métiers. Nombre de protocoles de coopération : Nombre d'autorisations/ Nombre d'adhésions.	DRH / DSAP Département du développement professionnel Département Contrôle de gestion et prévision DSAP DOMU	1
Accompagner les parcours professionnels.	Gestion des âges et deuxième partie de carrière.	Réalisation d'un protocole de gestion des âges.	DRH / DOMU DSAP	2
Généraliser l'accueil - des cadres dirigeants - des personnels médicaux . Internes par GH . Médecins étrangers	Gouvernance partagée. Internes / GH.	Nombre de jours d'accueil. Nombre de journées. Programme GH et périodicité.	DRH / DCD Bureau des Internes et DRI	1
Accompagner l'encadrement dans sa prise de fonction au niveau du GH.	Journée semestre. Programme. Livret d'accueil.	Nombre de journées d'accueil réalisées.	Direction GH DRH Direction des Soins	1
Intégration de l'ensemble du personnel - dans les GH - dans l'unité	Journée d'accueil + livret d'accueil. Dispositif d'accueil dans l'unité.	Nombre de journées réalisées. Existence d'un programme, d'un livret d'accueil.	Direction GH DRH Direction des Soins	1
Identifier et évaluer les risques professionnels.	Identifier et formaliser périodiquement les risques professionnels.	1 document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) actualisé par GH et évalué périodiquement.	DRH - Département Santé au travail et politique sociale	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Prévenir les risques professionnels (accidents, TMS, risques biologiques, physiques, chimiques, psycho-sociaux).	Mettre en œuvre des actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail en lien avec le CHSCT et le service de santé au travail. Respecter la réglementation en matière de temps de travail.	Nombre de déclarations d'événements indésirables en matière de risques professionnels. Nombre d'événements indésirables signalés par les médecins sur la messagerie CVH. 1 Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRI Pact) par GH et évalué périodiquement.	DRH - Département Santé au travail et politique sociale DOMU	1
Réduire la pénibilité au travail.	Faire élaborer par chaque GH un plan de prévention de la pénibilité au travail.	Taux d'actions de prévention de la pénibilité dans le PAPRI Pact (manutention, gestes répétitifs, vibrations, risques chimiques, bruit, températures extrêmes, travail de nuit, horaires alternés) avec transmission du PAPRI Pact.	DRH - Département Santé au travail et politique sociale	2
Renforcer les services de santé au travail et les équipes de prévention des risques professionnels.	Faciliter de nouveaux modes d'accès de médecins à la spécialité de santé au travail. Assurer la professionnalisation des conseillers en prévention des risques professionnels.	Délai moyen de recrutement d'un médecin du travail. Nombre de postes vacants de médecins du travail. Effectif PCR au regard des besoins.	DRH - Département Santé au travail et politique sociale	2

La gestion financière

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Produire des comptes de qualité conformes à la réglementation et certifiables.	Certification des comptes AP-HP dès le 1 ^{er} exercice en 2016.		DEFIP et référents certification des comptes des GH, PIC et hôpitaux	1
Améliorer le circuit de facturation.	Améliorer le taux de recouvrement et le délai.	Taux de préadmission. Taux d'encaissement. Taux de recouvrement. Taux de rejet de télétransmission.	DEFIP GH	1
Optimiser le pilotage budgétaire pluriannuel et prospectif à l'échelle des GH.	Elaboration de la trajectoire pluriannuelle des GH.	Nombre de GH ayant établi une trajectoire.	DEFIP Direction des finances des GH	1

La gestion de l'information

1/ Le système d'information

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Garantir un pilotage de l'évolution du SI répondant aux différentes contraintes (évolution technologiques, réglementaires et institutionnelles...).	Schéma de gouvernance lisible et opérationnel, articulant les différents domaines, les groupes d'acteurs (MOA, MOE, DSI centrale et locales, utilisateurs).	Schéma de gouvernance adapté au contexte évolutif de l'AP-HP et diffusé.	DG	1
Encadrer le management du déploiement et de la formation de tous les utilisateurs.	Gestion de projet revue au regard de l'évolution des plans de déploiement.	Calendriers prévisionnels, stables et réalisables.	DSI AP-HP	1
Assurer une communication adaptée au déploiement et à la pratique des SI.	Plan et outils de communication (centraux et locaux) existant pour les différentes phases (déploiement, accompagnement, évolutions...).	Plan et outils couvrant chaque domaine, chaque phase, au niveau central et local.	DSI AP-HP	2
Mesurer la satisfaction des utilisateurs (de différents niveaux) et intégrer cette mesure dans les différents plans d'action.	Déploiement effectif des dispositifs de mesure et de l'exploitation des résultats.	Dispositif déployé pour chaque domaine.	SG	2
Adapter le support aux enjeux actuels et prévisibles dans les domaines techniques, fonctionnels et professionnels.	Organisation des différents niveaux du support utilisateurs N1/N2 répondant en permanence aux besoins du SI et aux attentes des utilisateurs (démarche ITIL).	Architecture complète pour tous les domaines et tous les niveaux, 24h/24.	DSI AP-HP et DSI GH	1
Assurer un partage des informations concernant les patients dans toute l'AP-HP quel que soit le SI existant.	L'identifiant patient commun AP-HP déployé totalement.	100 % des services déployés.	DG et DSI AP-HP	1
Rendre interopérable les SI existants et futurs, selon les standards et normes d'échanges de données des SIH.	Les données médicales sont partagées indépendamment du SI existant [dans un mode sécurisé].	Tendre vers 100 % de dossiers partageables.	DSI AP-HP et DSI GH	2-3

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Organiser l'exploitation des applications SI compatibles avec le fonctionnement.	Permettre des opérations de maintenance programmée (montée de version, patches, ...) en limitant les impacts sur les organisations des utilisateurs (heures non ouvrées).	1°/ Taux de disponibilité des applications du SI au niveau central et en local. 2°/ Taux de disponibilité des infrastructures réseaux en central et en local.	DSI AP-HP	1

2/ La sécurité des systèmes d'information

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Sensibiliser de toutes les catégories de personnel à la sécurité du SI.	Formation à réaliser pour tous les personnels sur les données sensibles.	1°/ Nbre et % de personnes formées/Total des personnes utilisant le SI.	DG	1-2
Gérer les risques de l'information dans l'usage des SI organisée, planifiée et structurée au niveau central et local.	1°/ Réaliser annuellement une analyses des risques. 2°/ Identifier annuellement les mesures de sécurité à mettre en place sur la base de l'analyse de risques réalisée. 3°/ Réaliser un bilan annuel de sécurité à présenter à la Direction Générale.	1°/ Nbre de risques fort ou moyen ayant fait l'objet d'un traitement dans l'année. 2°/ Nbre de plans d'action de traitement des risques revus dans l'année.	DSI AP-HP et DSI GH	2
Garantir la sécurité de l'identifiant du professionnel et de son affectation.	1°/ Formaliser et déployer le circuit agent efficace [projet IAM]. 2°/ Déployer la fonction SSO ou les cartes CPS / CPE.	1°/ Délai de mise à disposition d'accès aux applications métiers lors de l'arrivée d'un agent dans sa structure d'affectation. 2°/ Nbre de comptes utilisateurs actifs après le départ des agents de leurs affectations. 3°/ Nbre d'applications gérées par un dispositif de SSO indépendamment de l'architecture. 4°/ Nbre de connexion au portail SI Hôpital / Médecine de Ville.	DRH et DSI GH	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Garantir une méthode cohérente et efficace de gestions des incidents liés à la sécurité d'accès et au traitement de l'information.	Définir les types d'incidents de sécurité SI et les intégrer dans l'outil de déclaration des incidents de l'institution.	Nbre et % d'incidents de sécurité ayant fait l'objet d'une analyse des causes et avec un plan d'action.	DSI AP-HP	2
Assurer la sécurité logique des accès au système d'information.	Prévention et détection des intrusions logique et des fuites d'information volontaires ou accidentelles.	Nbre et % d'intrusion logique.	DSI AP-HP	1
Assurer la sécurité de l'environnement (électrique, thermique...) des infrastructures existantes et à venir.	1°/ Equiper les locaux techniques de dispositif de contrôle d'accès permettant une traçabilité des accès. 2°/ Environnement hautement disponible (redondance électrique, thermique et réseaux).	Nbre d'installations disposant d'une infrastructure redondante pour assurer une haute disponibilité des infrastructures techniques en Central et en Local.	DSI AP-HP et DSI GH	1
Garantir la continuité du fonctionnement et de service du SI en prenant en compte les outils de supervision.	En Central 1°/ Tendre vers une disponibilité permanente du SI 24h/24 365/an [PCA/PRA]. 2°/ Formaliser et tester le PRA des systèmes d'information d'importance vitale pour l'institution [Patient]. 3°/ Formaliser les plans de sauvegardes et de restaurations des données. 4°/ Intégrer la gestion de crise informatique dans les plans de gestion de crise de l'AP-HP. 5°/ Mesurer la disponibilité des applications au cœur du processus de soin. 6° / En local : formaliser les plans de sauvegarde et de restauration des données, ainsi que les modes dégradés des applications liées au soin.	1°/ Nbre et % d'application ou de données ayant fait l'objet d'un test de restauration. 2°/ Nbre et % d'application du domaine du soin disposant d'un mode dégradé. 3°/ Nbre de test de mise en situation de PRA pour les applications les plus critiques [Patient].	DSI AP-HP et GH	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Organiser l'ouverture sécurisée du SI à la Ville.	Moyens de mises à disposition des patients leurs données à travers un portail d'accès sécurisé [portail sécurisé, processus d'authentification,...] (Ouverture vers la médecine de ville).	Nbre de connexion au portail SI Hôpital / Médecine de Ville.	DSI AP-HP	2

La performance logistique

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Mise en place de la filière biodéchets.	Respect de la réglementation. Politique développement durable.	Nbre hôpitaux ayant passé un marché subséquent.	SG / ACHA / GH	1
Différencier le modèle de prestations alimentaires pour les patients SLD, SSR et Psychiatrie // patients de MCO.	Augmentation de la consommation du plat principal pour les populations SLD, SSR et Psychiatrie (extension de la mise en œuvre des cuissons basses T°C, recettes de plats à forte densité nutritionnelle).	Evolution du taux de prise du plat principal.	ACHA / SG / GH	2
Intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs dans les secteurs à risque.	Formaliser la gestion des équipements biomédicaux (conformité et traçabilité des contrôles et maintenances). Formaliser le plan des formations des personnels (acquisition et maintien des compétences permettant l'optimisation de l'utilisation des équipements).	Existence des procédures de suivi des matériels utilisés, nombre et dates des maintenances préventives et curatives, existence de journées de formation par agent et nombre de personnes formées, liste des formations obligatoires.	Cadres, chefs de service, ingénieurs biomédicaux	2
Renforcer le suivi des sécurités sanitaires.	Structurer en continu la coordination proactive du respect des conformités sanitaires, notamment la sécurité incendie.	Diminution du taux de non-conformité des installations en GH par catégorie de sécurité sanitaire.	SG / DEFIP / GH	1

Ont participé à la construction du projet gestion des risques et qualité

Gwéno­lée ABALAIN

Pr René ADAM

Dr Anissa BELBACHIR

Jihane BENDAIRA

Mickael BESSE

Véronique BINET-DESCAMPS

Jean-Louis BOULBEN

Marion BOUSQUIÉ

Dr Dominique BRUN-NEY

Caroline CALMEL

Pr Loïc CAPRON

Dr Sophie COHEN

Carole COLERE

Laurence COMTE

Pr Béatrice CRICKX

Denis DUCASSE

Dominique EVEN

Florence FAVREL- FEUILLADE

Pascale FINKELSTEIN

Dr Sandra FOURNIER

Roland GONIN

Jean-Baptiste HAGENMULLER

Agnès LESAGE

Anne-Claude LEVOYER

Didier LE STUM

Pauline MAISANI

Fabienne MARION

Fabien MARTINEZ

Marjorie OBADIA

Pr Dominique PATERON

Agnès PETIT

Nicole PERIER

Dr Marie-Laure PIBAROT

Emmanuel RAISON

Pr Jean-Damien RICARD

Pr Christian RICHARD

Pr François RICHARD

Pr Guy SEBAG

Christophe SEBERT

Amélie VERDIER

Pascal DE WILDE

Projet social et professionnel

Document collectif rédigé par la direction des ressources humaines
et la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités

approuvé par le Conseil de surveillance du 11 décembre 2014
après présentation aux CTE et CHSCT centraux,
et avis favorable unanime de la Commission médicale d'établissement
le 9 décembre 2014.

Introduction

Le Projet social et professionnel est l'une des composantes du Plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019, dont il reprend et développe les orientations de l'axe 3 – volet social et managérial – répondant ainsi aux obligations législatives et réglementaires : Le projet social « définit les objectifs généraux de la politique sociale d'un établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications, et la valorisation des acquis professionnels » (article L 6143-2-1 du Code de la Santé Publique).

Au-delà de son caractère réglementaire, le Projet social et professionnel vise à définir une politique sociale et managériale associant l'ensemble de la communauté hospitalière autour d'objectifs communs et de valeurs réaffirmées et partagées :

- valeurs du service public
- engagement et responsabilité
- équité et solidarité...

L'expression des professionnels a été prise en compte à partir des résultats du baromètre interne qui a conforté les priorités à mettre en œuvre autour des thèmes suivants :

- motivation
- responsabilisation des professionnels
- collaboration et fonctionnement collectif
- développement professionnel
- qualité

Les facteurs environnementaux (évolution du système de santé, contraintes économiques, évolutions technologiques et démographiques) et institutionnels (adaptation de l'offre de soins, évolution de la fonction managériale, renforcement des exigences normatives) constituent un cadre général dans lequel s'intègre la démarche de l'institution.

L'ambition du Projet social et professionnel est bien de mobiliser les compétences et les expertises de tous les professionnels médicaux et non médicaux.

Cette démarche s'appuie sur l'ensemble de l'encadrement médical, paramédical, administratif, technique et logistique. Elle doit permettre de mobiliser tous les acteurs, en tenant compte de leurs spécificités, autour d'un projet commun et d'accompagner les évolutions internes et externes afin d'améliorer la performance de l'AP-HP au service des patients.

Le Projet social et professionnel sera décliné annuellement, au niveau central et au sein des groupes hospitaliers, dans des plans d'action établis en fonction des ressources et des moyens à mobiliser pour satisfaire les ambitions affirmées.

La méthodologie

Le Projet Social et Professionnel correspond à l'axe 3 du Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP « volet social et managérial ».

Il s'appuie sur un recueil des attentes des professionnels de l'AP-HP, telles qu'exprimées dans le cadre du baromètre interne et sur un travail important impliquant des professionnels des directions fonctionnelles de l'AP-HP et des directeurs des ressources humaines de l'AP-HP.

Des groupes de travail ont ainsi été constitués, pilotés par un ou deux représentants de la direction des ressources humaines de l'AP-HP et associant des représentants de la direction des soins et des activités paramédicales, de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités -DOMU- et des directeurs des ressources humaines des groupes hospitaliers, hôpitaux ou pôles d'intérêt commun -PIC-.

Les travaux issus de ces groupes ont été complétés par un travail mené en lien avec la sous-commission de la vie hospitalière de la Commission médicale d'établissement -CME- de façon à préciser les orientations plus particulièrement attendues du personnel médical.

Le Projet social et professionnel se décline en :

- 5 orientations :
 - sécuriser les parcours et promouvoir le développement professionnel,
 - promouvoir un management par la confiance,
 - améliorer la santé et la qualité de vie au travail,
 - conforter la responsabilité sociale de l'AP-HP,
 - anticiper l'évolution des emplois et des effectifs.
- 19 sous-orientations
- 59 objectifs

Ces objectifs sont déclinés en actions à mettre en œuvre. Ces actions feront l'objet de plans annuels précisant pour chacune, les étapes de mise en œuvre, le calendrier, les ressources nécessaires, les indicateurs et le dispositif d'évaluation. Les indicateurs seront établis en lien avec ceux du Plan Stratégique.

La mise en œuvre de ces plans d'action pourra être de la responsabilité de la Direction des ressources humaines de l'AP-HP, des groupes

hospitaliers, hôpitaux, Pôles d'intérêt commun ou partagée entre les différents acteurs.

Le Projet social et professionnel de l'AP-HP sera lui-même décliné au sein des groupes hospitaliers, hôpitaux ou pôles d'intérêt commun au début de l'année 2015.

Le contexte

L'AP-HP est confrontée à un double défi : évoluer dans un environnement qui se transforme et impacte directement l'exercice des professionnels, mais aussi rester attractive face aux attentes de ceux-ci.

Le Projet Social et Professionnel de l'AP-HP a pour ambition :

- d'anticiper les évolutions concernant les emplois, maintenir et développer les qualifications et les compétences, pour garantir l'excellence et l'attractivité de l'AP-HP,
- de faire de l'AP-HP un employeur de référence, en garantissant un environnement de travail respectueux et stimulant, propice à l'apprentissage et au développement professionnel et promotionnel.

De nombreux facteurs environnementaux et institutionnels impactent les emplois, les métiers et l'exercice des professionnels. Ils impactent les orientations du Projet Social et Professionnel.

Les facteurs environnementaux

Les évolutions du système de santé

Le vieillissement de la population et l'évolution des pathologies (chroniques, mentales, infectieuses, polyopathologies, ...) se traduisent par une évolution des populations accueillies et de la demande de soins.

Les attentes des usagers en matière de qualité et de sécurité des soins et d'individualisation de la prise en charge se renforcent. Le patient est, par ailleurs, de plus en plus acteur de sa santé. Le développement territorial de l'offre de soins et la mise en œuvre des parcours de santé accroissent la nécessité d'une forte articulation entre les différents secteurs : sanitaire, social,

médico-social et les professionnels qui les composent.

En outre, les évolutions des modes de prise en charge et des pratiques de soin (alternatives à l'hospitalisation, ambulatoire, prévention, éducation thérapeutique, ...), ainsi que les transferts d'activités et les coopérations ont un impact direct sur l'exercice des professionnels et les organisations du travail.

L'évolution médico-économique et la recherche de l'efficience

La performance économique, à savoir le juste soin au juste coût, nécessite une meilleure organisation et une optimisation des moyens, qui concilie les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge, ainsi que d'amélioration des coûts.

Le suivi médico-administratif du patient et l'amélioration du codage contribuent également de façon importante à l'efficience.

L'amélioration et la sécurisation du dispositif de facturation nécessite de même un renforcement des compétences métiers des personnels concernés.

Les mutations technologiques et le développement de la recherche et de l'innovation

Le développement accru des technologies et l'hyperspécialisation des activités (télé médecine, diagnostic à distance, partage des données entre professionnels de santé, robotisation, automatisation, informatisation,...) ont un impact marqué sur les exercices professionnels et les organisations médico-soignantes.

Ces évolutions se traduisent également par une intégration des expertises cliniques, biomédicales, informatiques et de télécommunication et un rapprochement entre compétences biomédicales et informatiques et compétences médicales.

Il convient de mesurer le risque d'écart entre les personnels très spécialisés exerçant dans des centres de référence et des personnels plus polyvalents. Outre la nécessité d'une adaptation permanente des compétences, ces évolutions posent également la question de la gestion des mobilités et des parcours professionnels.

Se développe également une fonction logistique transversale, comme outil de l'optimisation et de

la gestion de l'activité de soins : gestion des flux de patients, gestion des flux de médicaments, des flux de transport des patients, gestion des rendez-vous et utilisation des plateaux techniques. Cette évolution induit une optimisation des flux (réduction des coûts et des délais), une amélioration de la sûreté de fonctionnement et de la fiabilité des flux, un renforcement de la collaboration logistique/informatique/ services de soins.

La démographie des professions de santé

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) met notamment l'accent sur la moyenne d'âge des professionnels. A titre d'exemple, près de 21 % des infirmiers ont plus de 50 ans. Sur une période de dix ans, un agent sur deux de la fonction publique hospitalière sera parti à la retraite (54 % des IDE, 50 % des IBODE, 49 % des IADE et des puéricultrices).

Par ailleurs, la raréfaction des ressources médicales concerne tout particulièrement certaines spécialités : anesthésie-réanimation, radiologie, chirurgie, médecine nucléaire et biophysique et pose la question du temps médical dans les organisations du travail.

S'agissant des cadres, l'AP-HP compte 1 500 responsables médicaux, 4 500 personnels d'encadrement toutes filières confondues ; Elle compte également un pourcentage significatif de cadres de plus de 50 ans (52 % des cadres de santé et cadres supérieurs, 59 % des attachés d'administration, 62 % des adjoints des cadres, ...).

L'évolution du système de formation professionnelle initiale et continue

La mise en œuvre du LMD (Licence / Master / Doctorat) , la régionalisation de la formation sanitaire et médico-sociale, l'ouverture des diplômes du sanitaire et du médico-social à la Validation des acquis de l'expérience (VAE), la réforme de la formation professionnelle tout au long de la vie et la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) sont autant de facteurs ayant un impact sur les dispositifs de formation initiale et continue et le pilotage du système institutionnel de formation.

La responsabilité sociale et environnementale

Les fortes attentes des professionnels, qui représentent 80 % des ressources de l'hôpital, ainsi que des usagers, imposent à l'hôpital de

réfléchir à un management différent et socialement responsable. C'est le sens de la responsabilité sociale et environnementale (RSE).

La RSE consiste donc à intégrer de manière volontariste les impacts environnementaux et sociaux des activités d'une entreprise dans son management et ses relations avec l'ensemble des acteurs internes et externes.

L'hôpital, par sa vocation et sa mission, a ainsi une responsabilité et un devoir d'exemplarité en matière de RSE.

Les facteurs institutionnels

L'adaptation permanente de l'offre de soins et l'évolution des organisations

La restructuration de l'AP-HP en groupes hospitaliers a fortement marqué les organisations et l'exercice des professionnels. Elle nécessite une gestion soutenue des mobilités.

La mise en place des pôles, l'évolution de la gouvernance et la contractualisation ont profondément modifié les processus de décision et l'exercice des responsabilités managériales.

La spécialisation liée à la mise en place des pôles a, en outre, induit une réorganisation de la prise en charge des patients et une coordination accrue entre professionnels médicaux, paramédicaux, logistiques et administratifs.

La centralisation des plateaux techniques entraîne un rapprochement entre les disciplines (cliniques et médico-techniques) et les équipes issues de métiers différents. Elle impose une reconfiguration des architectures hospitalières et un renforcement des coopérations entre l'ingénierie biomédicale, l'informatique et le bâtiment. Elle renforce également les exigences liées à la sécurité et à la traçabilité de leur fonctionnement et à la formation des utilisateurs.

Dans ce contexte, se pose l'enjeu du recrutement dans certains métiers (ex. : manipulateurs radio et radiophysiciens).

L'évolution des activités médico-techniques (biologie, pharmacie) nécessitent l'accompagnement des professionnels (techniciens de laboratoire, manipulateurs radio) dont les fonctions doivent évoluer.

Enfin, la réorganisation des urgences nécessite de renforcer la maîtrise des flux (patients, produits...) et la gestion des risques.

Les évolutions de la fonction managériale

Les évolutions structurelles et organisationnelles de l'AP-HP, ainsi que les attentes des professionnels vis-à-vis de la relation managériale marquent fortement l'exercice de la fonction d'encadrement.

Ces évolutions induisent des conséquences pour les cadres :

- éloignement du cœur de métier soignant vers des responsabilités administratives et gestionnaires, relayant les contraintes budgétaires des établissements,
- capacité à mettre en place les nouveaux dispositifs, à piloter et donner du sens au changement,
- équilibre à trouver entre les contraintes médico-économiques pesant sur les moyens et les exigences qualitatives et quantitatives des soins immédiatement consommatrices en moyens, notamment humains,
- recherche d'efficience, tout en préservant les conditions de travail, le respect de la réglementation en matière de temps de travail et les attentes des professionnels.

Par ailleurs, les attentes exprimées par les cadres, à travers notamment les réponses du baromètre interne, apportent également de nombreux éléments de réflexion sur le sens, les responsabilités et les conditions d'exercice de l'ensemble de la ligne managériale (clarification des circuits de décision, amélioration de la lisibilité des projets, participation aux décisions, cohérence de la ligne managériale, responsabilisation, besoin de reconnaissance de la pénibilité de la fonction managériale).

Le déploiement du nouveau système d'information patient

Le nouveau système d'information patient aura à terme un impact majeur sur les « processus patients », les organisations du travail, les « processus métiers » et les pratiques professionnelles. Son déploiement nécessite un accompagnement du changement, enjeu majeur de réussite.

Le renforcement des exigences réglementaires et normatives

La réglementation en matière de sécurité du patient et de sécurité du fonctionnement devient de plus en plus exigeante. Elle impose une gestion globale incluant les préoccupations du développement durable.

Les exigences de la certification de la HAS imposent un renforcement de la protocolisation des pratiques et de la traçabilité des actes. Elles imposent également le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ces exigences nécessitent par ailleurs d'organiser la gestion du risque comme fonction transversale et coordonnée (sécurité des patients, sécurité des professionnels, sécurité des biens). Elles nécessitent de même une approche intégrée de la gestion des risques et de la qualité (sécurisation des process, contrôle des résultats, satisfaction des patients).

Enfin, ces exigences investiguent également le champ de la qualité de vie au travail.

Les attentes des professionnels

Les résultats du baromètre interne ont mis en exergue des attentes communes aux professionnels médicaux et non médicaux : cadre de vie respectueux de certaines valeurs, besoin de reconnaissance des responsabilités, amélioration des conditions de travail, optimisation des organisations du travail, carrière et évolution professionnelle, gestion du temps, meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ... Il convient de répondre à ces attentes en travaillant à la mise en œuvre de plans d'actions adaptés.

Orientations

1. Sécuriser les parcours et promouvoir le développement professionnel

1.1. Accompagner l'évolution des métiers, l'émergence de nouveaux métiers et les métiers sensibles

L'exercice professionnel des soignants doit intégrer des facteurs d'impact majeurs :

- une évolution des technologies médicales (télémédecine, plateaux techniques interventionnels, ...) induisant un enrichissement des compétences métier soignantes,
- un renforcement de la culture administrative et gestionnaire à l'hôpital, favorisé par l'arrivée de nouveaux outils destinés à accroître la qualité et la traçabilité des soins (dossier patient informatisé, ...), accroissant leurs activités administratives.

Ces facteurs ont pour conséquence une complexification des exercices professionnels, voire un éloignement croissant du cœur de métier.

Une réflexion commune et coordonnée sur les organisations médicales et non médicales autour du patient devra être engagée, pour faciliter son parcours.

De nombreux autres métiers sont impactés par les évolutions de l'environnement et du contexte :

- métiers de planification/programmation, de coordination, de régulation, de logistique qui se développent autour du patient : coordinateur de parcours en santé, gestionnaire de lits, chargé de rendez-vous en santé, logisticien, ...
- préfiguration des fonctions d'infirmière clinicienne spécialisée, qui s'inscrit dans une démarche en lien avec les pratiques avancées et les projets de coopération entre les professionnels de santé. Plusieurs domaines ont ainsi été identifiés comme prioritaires au niveau de la région Île-de-France : le sujet âgé, la santé mentale et la psychiatrie, l'accompagnement des personnes dépendantes, les soins de premiers recours, les maladies chroniques,

- métiers identifiés comme « sensibles » au sein de l'Institution, qui devront faire l'objet d'un suivi spécifique, en raison de leurs caractéristiques démographiques, ou des problématiques de recrutement : IADE, IBODE, masseur kinésithérapeute, cadre de santé, pour les personnels non médicaux, anesthésiste/réanimateur, pédiatre, radiologue, pour les personnels médicaux,
- métiers dont les activités se complexifient, se spécialisent ou évoluent : secrétaire médicale, contrôleur de gestion, acheteur, régisseur d'avances et de recettes, agent des services facturiers, métiers socio-éducatifs, métiers techniques et logistiques, ...

Objections et actions

1.1.1. Développer des dispositifs d'adaptation des compétences métiers

- Faire évoluer les dispositifs de formation et d'adaptation à l'emploi
- Mettre en œuvre des dispositifs professionnalisants et/ou qualifiants
- Accompagner les nouveaux métiers et les métiers sensibles :
 - favoriser le rapprochement entre compétences biomédicales et informatiques et compétences médicales,
 - intégrer les expertises cliniques, biomédicales, informatiques et de télécommunication,
 - expérimenter, puis généraliser, de nouveaux métiers spécialisés sur la gestion des lits et des séjours, la logistique, la coordination des parcours des patients, l'organisation logistique,
 - accompagner le projet de mise en place des infirmières cliniciennes à l'AP-HP,
 - fidéliser les professionnels qualifiés dans le cadre de ces dispositifs (ex. : par des engagements de servir),
 - soutenir la mise en œuvre de l'expérimentation de la structuration institutionnelle de l'activité des psychologues de la fonction publique hospitalière (circulaire DGOS du 26/12/2012).
- Préciser le rôle des pôles en matière de gestion des compétences en articulation avec les DRH

1.1.2. Repositionner les professionnels soignants sur leur cœur de métier (Cf. Projet de soins)

- Revoir les organisations, pour renforcer l'efficacité collective et la qualité des prises en charge :
 - procéder à la réingénierie des processus de travail (identification, analyse, solutions, suivi),
 - questionner la pertinence de l'ensemble des activités et des tâches,
 - améliorer les mécanismes de coordination inter-professionnelle,
 - poursuivre la simplification et la dématérialisation des procédures.

1.1.3. Organiser les coopérations entre professionnels de santé (Cf. Projet de soins)

- Promouvoir les projets institutionnels
- Coordonner les actions RH et venir en appui aux équipes (formation des personnels « délégués », organisation, ...)
- Favoriser les initiatives des équipes et les parcours professionnels (attractivité, fidélisation, développement professionnel)
- Accompagner l'évolution des activités au regard des nouveaux modes de prise en charge des patients (évolution des métiers)
- Préciser les possibilités d'analyse médico-économique sur les coopérations entre professionnels

1.1.4. Accompagner l'impact RH du nouveau Système d'information patient

- Proposer un plan d'actions d'accompagnement RH aux futurs sites de déploiement (organisations du travail, métiers/compétences, conditions de travail)
- Intégrer les aspects pluri-professionnels des actions, en lien avec les attentes de la certification

1.1.5. Valoriser les compétences et les potentiels

- Faire évoluer les épreuves des concours en lien avec les compétences métiers dans le respect de la réglementation et des évolutions métiers (toutes filières confondues)

- Mieux prendre en compte les compétences à toutes les étapes du processus RH : recrutement, avancement, gestion des carrières
- Veiller à la cohérence des choix effectués aux niveaux GH et pôles
- Recenser toutes les expertises et veiller à une répartition homogène dans les GH
- Mettre en œuvre des démarches de valorisation des talents, des compétences et des acquis de l'expérience

1.2. Affirmer la formation comme outil d'évolution professionnelle et d'appui aux projets institutionnels

Cet impératif concerne les compétences propres à chaque métier, transverses ou managériales. Il repose sur des dispositifs de formation initiale et continue qui doivent intégrer en permanence les évolutions de l'environnement et du contexte.

La formation en soins infirmiers plus centrée sur un modèle universitaire (Diplôme d'État -DE- reconnu comme une licence) doit également intégrer les nouveaux modes d'organisation, notamment dans l'organisation des stages.

La politique de stage devra être construite en partenariat avec les GH et avec les acteurs de terrain (tuteurs et professionnels de proximité).

L'évaluation périodique de l'exercice des nouveaux professionnels en formation, en lien avec les tuteurs et les professionnels de proximité sera indispensable, dans le cadre du portfolio.

En formation initiale, il s'agira d'adapter l'appareil de formation aux évolutions liées à la réingénierie des formations (masseur-Kinésithérapeute, IBODE, cadre de Santé, ...), qui induira en outre davantage de passerelles entre les formations sanitaires.

Les dispositifs de formation continue doivent conjointement permettre aux professionnels d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, mais aussi favoriser leur développement professionnel et personnel, leur mobilité et contribuer à leur donner des perspectives de promotion et d'évolution individuelle.

L'AP-HP soutient historiquement un effort de formation supérieur au minimum réglementaire, notamment par son volet promotion professionnelle.

La formation initiale et continue intégrera également davantage les évolutions technologiques (E-learning, serious-game, ...).

Objectifs et actions

1.2.1. Maintenir un dialogue constructif avec l'ARS et la Région, pour faire coïncider l'offre de formation des centres de formation initiale aux besoins

- Participer à la réingénierie des formations paramédicales (notamment cadre de santé)
- Certifier la formation initiale pour garantir la qualité des enseignements dispensés
- Établir et conforter des liens avec les universités dans le cadre de la réingénierie des formations

1.2.2. Déployer le DPC au service de la qualité et de la sécurité des soins

Le DPC renforcera la synergie entre acteurs hospitaliers et permettra une meilleure évaluation des effets des programmes suivis sur les pratiques professionnelles, tant individuelles que des équipes :

- élaborer des programmes de DPC
- informer et former les professionnels

1.2.3. Affirmer la formation continue comme élément fort du dialogue social tant au niveau central qu'au sein des GH

- Systématiser le dialogue social et la collaboration avec les instances pour l'élaboration et le bilan des plans de formation puis de DPC
- Généraliser le travail en commission formation, tant au niveau central qu'au niveau des groupes hospitaliers

1.2.4. Accompagner les projets prioritaires de changement par des dispositifs de formation vecteurs de cohérence institutionnelle

- Organiser un pilotage institutionnel et local de la formation qui garantisse l'accompagnement des projets de l'AP-HP et le développement professionnel et promotionnel (articulation siège/GH et DRH/pôles)
- Renforcer les dispositifs de formation métiers et les formations d'adaptation à l'emploi (FAE) (cf. Orientation 1.1.1.)

- Proposer des formations d'équipe d'accompagnement du changement

1.2.5. Optimiser les modes d'apprentissage et l'accompagnement des étudiants

- Développer les nouvelles méthodes pédagogiques et d'apprentissage : e-learning, classes virtuelles, simulations, MOOCS, centres de ressources, tutorat, espaces de travail collaboratif
- Développer les outils de communication destinés à faciliter l'apprentissage des étudiants de formation initiale
- Renforcer les dispositifs de préparation pour les étudiants en promotion professionnelle (PP) avant leur entrée en formation
- Mettre en place un dispositif d'accompagnement des étudiants (ex. : parrainage)

1.2.6. Développer les possibilités d'évolution professionnelle et renforcer l'articulation formation / GPEC/ mobilités

- Contractualiser avec des professionnels, acteurs de leur parcours, sur la base d'un co-investissement (cf. Orientations 1.1.1. et 1.3.1.)
- Généraliser et exploiter l'entretien annuel de formation intégré à l'entretien professionnel et former tous les cadres et les professionnels qui le souhaitent
- Renforcer les dispositifs de mise à niveau et de préparation aux concours, sur la base d'un co-investissement promu par la réforme de la formation tout au long de la vie (DIF, formation sur et hors temps de travail, VAE)
- Améliorer l'efficacité de la promotion professionnelle en conciliant la fonction d'ascenseur social et les besoins de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) : optimisation de l'accès aux diplômes par la VAE, amélioration de la durée moyenne de formation en PP
- Faire connaître et rendre accessible les parcours, les formations, les calendriers, les plans de formation, les fiches métiers et les différents référents RH (responsable formation, mobilité, conseiller en ressources humaines)

1.3. Sécuriser les parcours et accompagner les professionnels

Dans un environnement en mutation, où les carrières s'allongent et les métiers et la structure des emplois évoluent rapidement, les modes de gestion des mobilités doivent s'adapter, en combinant cadre statutaire, gestion des compétences et prise en compte des aspirations professionnelles.

La gestion des mobilités vise à accompagner la globalité des situations professionnelles et notamment celles :

- découlant des recompositions et des évolutions hospitalières,
- liées à l'émergence des nouveaux métiers et aux métiers sensibles,
- liées à l'évolution des métiers et des compétences,
- liées aux souhaits personnels d'évolution, de changement de métier et de structure (retour de mobilité),
- liées aux situations d'inaptitude,
- liées à la nécessité d'accompagner la seconde partie de carrière (environ 8% des personnels non médicaux de l'AP-HP ont entre 55 et 60 ans).

La gestion des parcours professionnels, devenue un enjeu d'employabilité durable et de développement professionnel doit être structurée, organisée et lisible pour l'ensemble des professionnels et garantir l'équité de traitement des personnels.

Une attention particulière sera portée à l'accompagnement des personnels dans la seconde partie de carrière, ainsi qu'aux seniors.

L'articulation entre les évolutions institutionnelles et le développement professionnel doit être recherchée par la mise en œuvre de parcours professionnalisants et/ou qualifiants en lien avec les besoins et les projets institutionnels.

Il convient également de bien exploiter un cadre législatif qui permet davantage de souplesse : nouveaux droits à la mobilité, simplification des changements de corps, facilitation des mobilités inter-fonctions publiques, reconnaissance des acquis professionnels, modernisation des règles d'évaluation.

L'utilisation combinée de dispositifs d'évaluation, d'accompagnement et de formation permettra de mieux maîtriser les étapes de

l'orientation professionnelle, de l'élaboration à la mise en œuvre des projets, pour réussir le défi de l'évolution professionnelle.

L'accompagnement des projets professionnels sera renforcé, en intégrant la réflexion sur les nouveaux métiers, afin de permettre aux professionnels de s'orienter tout au long de la vie professionnelle. C'est une démarche de confiance, qui s'instaure dans le cadre de l'entretien professionnel, avant d'être relayée par les professionnels RH.

Une attention particulière sera portée aux professionnels dont les métiers sont affectés par l'allongement de la carrière et dont la pénibilité est reconnue.

La progression d'au moins un niveau de qualification au cours de la vie professionnelle sera favorisée, notamment pour les professionnels de catégorie C.

Objectifs et actions

1.3.1. Accompagner les professionnels tout au long de la carrière

- Développer les entretiens professionnels et de formation
- Instaurer des entretiens de carrière et/ou d'orientation (rendre systématique l'entretien de carrière tous les 5 ans)
- Proposer des bilans : de compétences, d'orientation
- Informer sur le conseil en évolution professionnelle (loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale)

1.3.2. Harmoniser les pratiques et optimiser les collaborations

- Développer l'information sur la gestion des mobilités AP-HP et hors AP-HP
- Garantir la lisibilité des postes vacants sur Espace emploi
- Expérimenter les parcours de découverte métiers

1.3.3. Garantir le maintien dans l'emploi

- Renforcer l'accompagnement des reconversions (métiers sensibles, métiers porteurs, fins de mandat syndical, ...)
- Organiser des passerelles entre métiers

- Intensifier l'effort de reclassement en cas d'inaptitude
- Faciliter les reprises d'activité sur des postes à pénibilité réduite
- Expérimenter des parcours préventifs de reconversion pour des métiers sensibles
- Sécuriser les retours de mobilité

1.3.4. Mieux prendre en compte l'allongement des carrières et mettre en place une politique de gestion des âges

- Mettre en place un dispositif de gestion des secondes parties de carrière avec une gestion spécifique des seniors, aboutissant à la signature d'un protocole
- Reconnaître et valoriser les compétences et l'expertise dans le recrutement et la transmission des savoirs (entretiens d'expérience à 36 mois et 18 mois de la retraite)
- Favoriser le maintien dans l'emploi des métiers « sensibles » par des modalités de gestion innovantes

1.3.5. Renforcer les dispositifs d'accompagnement

- Accompagnement collectif : guides, actualisation de la charte de mobilité, mobilité inter-fonction publique, ...
- Accompagnement individuel : espace dédié et personnalisé sur les parcours professionnels (conseil, formation aux outils : CV, lettre de motivation, entretien de recrutement)
- Proposer un soutien/relais aux cadres dans la gestion individualisée de leurs collaborateurs

1.4. Penser les parcours professionnels du personnel médical

1.4.1. Travailler sur les parcours professionnels des praticiens

- Savoir valoriser les talents et les compétences
- Permettre une évolution professionnelle des praticiens, tenant compte des différentes valences (clinique, universitaire, recherche, managériale) et de l'investissement dans la vie hospitalière
- Mener une réflexion concertée sur les conditions d'exercice des praticiens tout au long de leur carrière, et notamment dans leur seconde partie de carrière

- Travailler sur les mesures d'attractivité, notamment pour les spécialités sensibles
- Favoriser l'accès à la formation

1.4.2. Renforcer l'accompagnement individualisé

- Mieux informer les praticiens sur leurs possibilités de mobilité et d'évolution professionnelle :
 - mieux informer sur les possibilités offertes par les statuts
 - assurer une meilleure visibilité des postes vacants au sein de l'AP-HP (bourse aux emplois sur l'internet de l'AP-HP)
- Mieux accompagner en interne les projets professionnels des praticiens :
 - accompagner les mobilités au sein de l'AP-HP,
 - accompagner les reconversions.
- Favoriser une meilleure articulation avec le Centre national de gestion, au service des projets professionnels des praticiens :
 - faciliter l'accès à l'offre du CNG : coaching, bilan de compétence, ...

2. Promouvoir un management par la confiance

2.1. Améliorer le dialogue social

L'AP-HP a souhaité définir un nouveau cadre général au dialogue social, par la signature, le 8 juillet 2014, avec les organisations syndicales centrales représentatives au CTE central, d'un protocole d'accord cadre sur le dialogue social, auquel les organisations syndicales non représentatives au niveau central ont exprimé leur adhésion.

Au-delà de ces outils et méthodes, le dialogue social est également un état d'esprit qui implique de bâtir des relations de confiance et de respect mutuel.

Le dialogue social, et donc les activités syndicales et de représentation du personnel, constituent l'une des composantes essentielles de la vie de l'hôpital, participant de son fonctionnement normal et de sa responsabilité sociale.

Objectifs et actions

2.1.1. Promouvoir un dialogue social renforcé et de qualité, avec les organisations syndicales et dans le cadre des instances

- Veiller à la qualité des informations transmises aux représentants du personnel, afin de faciliter le dialogue, la communication et les échanges
- Veiller dans les projets de réorganisation, notamment au niveau des unités de travail, des services et des pôles, à réaliser, si nécessaire, une étude de leur impact sur l'emploi et les conditions de travail des agents concernés
- Privilégier les échanges réguliers entre les organisations syndicales, les secrétaires d'instances et la direction et les renforcer par une logique d'agenda social partagé
- Dans le strict respect des prérogatives dévolues au CHSCT, ouvrir une concertation avec les organisations syndicales qui le souhaitent sur la définition de règles de bonnes pratiques concernant le fonctionnement du CHSCT, règles qui pourraient ensuite être inscrites dans le règlement intérieur de cette instance
- Construire des modules de formation à la pratique du dialogue social proposés tant aux managers qu'aux représentants des personnels
- Veiller à la bonne application des dispositions sur les conditions matérielles d'exercice du droit syndical :
 - ouvrir des discussions en vue d'un accord pour améliorer le processus et les circuits des autorisations d'absence
 - définir une charte d'utilisation des Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et de la messagerie électronique

2.1.2. Rechercher des solutions en commun pour prévenir les conflits

- Organiser une rencontre avec la direction dans les meilleurs délais lorsque les organisations syndicales détectent des sujets possiblement sensibles ou conflictuels
- Donner la possibilité à une ou plusieurs organisations syndicales représentatives de déclencher un dispositif d'alerte sociale lorsqu'une situation risque de devenir conflictuelle

2.1.3. Mobiliser un dispositif d'appui au dialogue social pour permettre aux acteurs concernés de renouer le fil du dialogue social

- Mise en œuvre de ce dispositif à l'initiative de la direction générale ou à la demande conjointe de la direction locale et des organisations

syndicales, sous l'égide de la direction des ressources humaines de l'AP-HP (DRH) avec l'aide d'un intervenant extérieur

- Le choix de ce dernier par la DRH de l'AP-HP devra garantir la neutralité vis-à-vis des parties prenantes. La mobilisation de ce nouveau dispositif d'appui méthodologique repose sur l'adhésion volontaire des parties concernées (DRH, direction et représentants syndicaux)

2.1.4. Reconnaître le parcours syndical et accompagner les actions de reconversion

- Veiller à l'intégration dans le parcours professionnel de l'exercice des mandats syndicaux
- Mettre en œuvre un entretien annuel sur le projet professionnel de chaque permanent syndical
- Accompagner la fin du mandat syndical et aider à la reconversion des permanents syndicaux
- Intégrer l'expérience syndicale comme une étape du parcours professionnel

2.2 Redonner du sens et favoriser l'attractivité de la fonction managériale et les parcours professionnels des cadres

La politique managériale du personnel médical et non médical concerne l'ensemble de la ligne managériale : cadre supérieur de santé et de proximité, encadrement technique, médico-technique, administratif, scientifique et de recherche, encadrement des filières métiers spécifiques, trio de pôle (chef de pôle, CPP, CAP), chefs de service, responsables d'unités fonctionnelles, cadres dirigeants.

Elle s'appuie sur des éléments du contexte institutionnel et réglementaires.

La politique managériale de l'AP-HP doit à la fois contribuer à mettre en mouvement les équipes autour d'objectifs communs et à garantir l'attractivité de la fonction managériale.

Elle doit s'attacher à recentrer les cadres sur leur cœur de métier, préparer les managers à un rôle de leadership, contribuer à la motivation et à la fidélisation des cadres managers et offrir une visibilité sur les parcours possibles.

Dans un contexte de changements fréquents, de la nécessaire inscription de l'AP-HP dans son territoire, impliquant entre autres, des collaborations avec d'autres acteurs externes, la problématique consiste à mettre en cohérence, pour demain et déjà pour aujourd'hui, les pratiques

et compétences managériales des managers PM et PNM avec cette nouvelle exigence.

Tout comme la recherche et la prospective sur le plan médical, la mise en évidence de savoir-faire humains et relationnels dans le cadre de l'exercice managérial s'avère nécessaire.

L'institution doit anticiper les évolutions démographiques et définir les besoins en encadrement pour les années à venir. La politique de recrutement, de fidélisation, de valorisation et de gestion des carrières des cadres sera élaborée en conséquence. Au sein des pôles, les organisations et la ligne managériale seront clarifiées. La formation initiale et continue des cadres s'adaptera aux nouveaux enjeux et les compétences managériales seront renforcées.

L'école de management des médecins des hôpitaux (EMAMH) diversifiera son offre de formation et favorisera les approches pluri-professionnelles en intégrant plus de cadres non médicaux dans ses dispositifs. Le cursus actuel sera dédoublé et un dispositif de formation au management hospitalier destiné aux jeunes praticiens sera progressivement déployé.

En lien avec les évolutions organisationnelles de l'institution et les évolutions démographiques, la politique managériale en faveur des cadres de direction s'appuiera sur le renforcement d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et un dispositif d'accompagnement des cadres dirigeants dans leurs évolutions professionnelles.

Objectifs et actions

2.2.1. Redonner du sens à la fonction managériale

- Partager les valeurs institutionnelles à travers une charte institutionnelle du management
- Mettre en œuvre un plan de communication interne et externe sur la fonction d'encadrement

2.2.2. Favoriser l'attractivité de la fonction managériale

- Structurer une ligne managériale cohérente, claire et efficace :
 - rendre lisible les schémas d'organisation de l'encadrement,
 - élaborer un projet managérial par pôle et par service,
 - clarifier le rôle et les responsabilités du cadre

dans le binôme cadre/chef de service.

- Mener une réflexion sur le temps de travail des cadres
- Renforcer la formation initiale et continue des cadres : compétences managériales et organisationnelles, sensibilisation aux risques psycho-sociaux (RPS), pratique du dialogue social, gestion du temps de travail
- Contractualiser les périodes de faisant-fonction des cadres et veiller à leur accompagnement
- Déployer une démarche d'accueil et d'intégration des nouveaux cadres

2.2.3. Accompagner les parcours professionnels des cadres

- Développer les accompagnements individuels et collectifs et les missions d'appui : ateliers de co-développement, coaching individuel et d'équipe
- Construire et accompagner des parcours de compétences personnalisés
- Développer les bilans de carrière

2.2.4. Mutualiser les compétences et les ressources managériales

- Mettre en place une plateforme ressources (outils, documentation, services, ...) pour les responsables médicaux et non médicaux
- Mettre en œuvre des groupes d'analyse de pratiques

2.2.5. Promouvoir la gestion des talents

La gestion des talents nécessite la mise en cohérence de plusieurs démarches complémentaires et d'agir sur deux variables d'actions, le collectif et l'individuel :

- attirer des cadres selon des critères définis en termes d'attendus : développer la marque employeur AP-HP, proposition de parcours, définir les compétences attendues des managers de l'AP-HP de façon générale et celles de postes clefs ou missions : élaboration de référentiels,
- repérer les personnes en termes de compétences managériales et de leadership : création de protocoles de repérage (méthodes, outils, tests, ..), création de supports (auto-évaluation, rapports de synthèses),
- développer les compétences : élaboration de plans de développement/formations, animation de communautés managériales (AP-HP

management, conférence ...), accompagnement individualisé (coaching de prise de poste, conseil carrière sur le volet managérial du parcours),

- favoriser la mobilité : élaboration de parcours, développement de missions de mentorat managérial, mise en cohérence des finalités des comités carrières et des RAC (à visée « people review » pour les DH), voire des entretiens annuels (repérage par le N+1 des compétences managériales),
- mettre en place une cellule de gestion des talents.

2.3. Promouvoir une politique managériale pour le personnel médical

2.3.1. Appuyer et conforter le management médical

- Sensibiliser les praticiens aux valeurs managériales
- Former les responsables de structures internes au management
- Conforter et soutenir les praticiens en position de responsabilité :
 - développer des mesures d'accompagnement DOMU/CME/DRH,
 - proposer une offre de coaching adaptée aux managers médicaux,
 - faciliter l'accès des managers médicaux à la plateforme ressources (outils, documentation, services, ...).
- Promouvoir la rédaction concertée d'un volet managérial pour chaque projet de service et projet de pôle
- Clarifier les rôles et les responsabilités des médecins en position de management
- Systématiser des rencontres individuelles à périodicité définie entre les praticiens et les responsables de structures

2.3.2. Favoriser une démarche participative

- Diffuser l'information jusqu'au sein des services :
 - encourager la tenue régulière des réunions d'équipe
 - favoriser les échanges au sein des équipes sur les organisations de travail et les projets
- Encourager l'organisation régulière des réunions de service, voire de pôle :
 - au moins une réunion par an
 - permettre une démarche participative

- Élargir la diffusion des comptes rendus des réunions
- Promouvoir l'écoute et le dialogue
- Améliorer la diffusion de l'information en provenance du pôle, du GH et de l'AP-HP

3. Améliorer la santé et la qualité de vie au travail

L'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail s'inscrit dans le cadre du développement de la politique des ressources humaines durable qui réaffirme l'humain au cœur de l'organisation et redonne du sens à l'action collective. Les résultats partagés du baromètre interne doivent conduire à une amélioration des organisations médicales et non médicales et à la qualité de vie au travail au bénéfice des patients accueillis dans nos hôpitaux.

Une politique forte en faveur de la santé et de la qualité de vie au travail sera un des facteurs clé de réussite de la modernisation de l'institution, indispensable à la fidélisation des personnels médicaux et non médicaux et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

3.1. Promouvoir la qualité de vie au travail

Dans la continuité des travaux menés par la HAS, l'AP-HP s'engage également à promouvoir une démarche institutionnelle forte en faveur de la qualité de vie au travail (QVT), indispensable au bien-être des agents et à la qualité des soins. Il s'agit de viser une politique globale intégrant la dimension qualité de vie au travail dans l'ensemble des projets et des actions de la vie hospitalière.

La préoccupation constante de la promotion de la qualité de vie au travail doit s'intégrer dans la vie de l'institution, non plus en tant que réflexion à part de spécialistes du dialogue social, mais par intégration de cette dimension dans l'ensemble des réflexions autour du travail, qu'elles touchent aux activités de gestion ou à la mise en œuvre de projets nouveaux.

L'AP-HP a donc pour ambition de s'attacher à la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux, intégrant le travail dans toutes ses dimensions, ainsi que la conciliation vie professionnelle/ vie personnelle.

Objectifs et actions

3.1.1. Promouvoir les démarches participatives engageant tous les acteurs de l'Institution

- Prendre en compte les spécificités des différents acteurs tout en encourageant le dialogue autour du collectif de travail, indispensable à l'amélioration de la qualité des soins
- Mettre en place des espaces de discussion collectifs autour du travail, visant à rechercher des solutions concrètes : contenu du travail, organisation, conditions de réalisation, relations professionnelles, fonctionnement, ...
- Associer à ce projet les institutions représentatives du personnel
- Favoriser l'autonomie des professionnels et la participation aux processus de décision
- Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail : réalisation d'enquêtes de satisfaction sur la qualité de vie au travail pour l'ensemble des professionnels : personnel médical et non médical, intégrant l'évaluation de l'impact des plans d'actions mis en œuvre dans toutes les structures internes

3.1.2. Optimiser les organisations

- Rendre lisible la ligne managériale pour les cadres, comme pour les équipes (cf. Orientation 2.2.2. - Schémas d'encadrement)
- Faire évoluer les organisations médico-soignantes et favoriser la concordance des temps, dans une perspective d'amélioration du parcours patient (cf. Orientation 1.1.2.)
- Améliorer la gestion des temps de travail médicaux et non médicaux :
 - revoir les roulements et les cycles de travail pour concilier intérêt des patients et des professionnels,
 - mettre en œuvre des plans d'actions à destination des personnels de nuit,
 - formaliser les temps de transmission, afin de sécuriser les prises en charge.
- Élaborer une charte des plannings, stabiliser les plannings et assurer la prévisibilité des congés
- Favoriser la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle : proposer des aménagements du temps tout au long de la vie professionnelle
- Mettre en œuvre des démarches de prévention de l'absentéisme

3.1.3. Promouvoir l'amélioration des conditions de transport, tout particulièrement dans le cadre des réflexions et travaux menés dans le cadre de la démarche Plan de déplacement d'établissement (PDE)

- Développer des solutions alternatives à la voiture individuelle (amélioration des dessertes de transports collectifs, co-voiturage, ...)

3.1.4. Déployer la démarche Qualité de Vie au Travail (QVT) en continuité avec l'accord fonction publique sur la qualité de vie au travail

- Intégrer dans tout projet nouveau une approche QVT incluant les ambiances, les contraintes physiques et les organisations
- Viser un accord général AP-HP sur la qualité de vie au travail négocié en central et décliné en plans d'action locaux définissant, en concertation avec les représentants du personnel, les mesures concrètes planifiées dans le temps
- Mettre en place un suivi régulier de la mise en œuvre de cet accord

3.2. Préserver la santé et la sécurité au travail et améliorer la prévention des risques professionnels

Il revient à l'AP-HP de mettre en place une politique de prévention dynamique, à même d'assurer la préservation de la santé des professionnels. La multiplicité des risques professionnels inhérents à l'activité hospitalière, l'émergence de nouveaux risques, parfois à caractère systémique, inévitable dans un contexte d'évolution des organisations et d'innovation, suppose la présence d'acteurs spécialisés travaillant en pluridisciplinarité.

Dans cette optique, l'AP-HP s'engage à promouvoir des démarches dépassant le cadre « gestion/prévention des risques », certes essentiel, mais se prêtant mal aux démarches de prévention primaire.

La prévention des risques psychosociaux sera un axe essentiel de cette politique de prévention, dans une dynamique de concertation avec les représentants du personnel au CHSCT. La démarche institutionnelle en faveur de la qualité de vie au travail servira de base, en complément de l'évaluation des RPS, à la démarche de prévention primaire des risques psychosociaux.

La mise en œuvre de facteurs plus favorables à l'exercice de ses professionnels doit être une

priorité de l'AP-HP. Cette dimension doit être systématiquement prise en compte dans la conduite de projets nouveaux : réorganisation du travail, rénovation de locaux, renouvellement d'équipements et construction de nouveaux bâtiments doivent dès la conception intégrer un objectif de réduction de la pénibilité au travail.

3.2.1. Intégrer la problématique de la pénibilité dans la politique de gestion RH

- Faire prendre en compte par les groupes hospitaliers la problématique de la pénibilité au travail : faire élaborer par chaque GH un plan de prévention de la pénibilité au travail, formalisant dans le cadre des PAPRIACT locaux, l'ensemble des mesures prévues sur une année
- Mettre en œuvre des mesures de sensibilisation :
 - mettre en place une formation à l'évaluation des facteurs de pénibilité et un plan de prévention de la pénibilité
 - veiller à l'implication de l'encadrement, relais indispensable dans la prévention de la pénibilité
- Anticiper les parcours professionnels sur les postes pénibles dans le cadre d'une gestion personnalisée des agents (GPEC, formation, mobilités)
- Veiller aux conditions d'exercice des plus âgés et négocier un accord sur l'exercice professionnel de ces agents (cf. Orientation 1.3.4.)

3.2.2. Réduire la pénibilité au travail

- Limiter les contraintes physiques liées à l'environnement : sollicitations mécaniques, nuisances, risques de blessures ou d'accidents ...
- Agir sur les facteurs architecturaux d'ambiance et matériels : éclairage, locaux, bruits, équipements, ambiances thermiques, pollutions spécifiques ...
- Intégrer les préoccupations ergonomiques dans l'adaptation des tâches et des postes
- Renforcer les dispositifs de formation aux gestes et postures et à la prévention des risques chimiques
- Renforcer les dispositifs d'évaluation des risques professionnels

3.2.3. Prévenir les risques psycho-sociaux

- Mettre en œuvre un dispositif diversifié visant à

informer et former les professionnels

- Identifier et évaluer les risques psychosociaux dans le cadre du « Document unique d'évaluation des risques professionnels »
- Travailler à la prévention et à la gestion des situations de crise :
 - promouvoir la résolution des conflits par le développement de processus de médiation,
 - mieux gérer les situations de violence externe/interne : former des acteurs de prévention et de résolution des conflits,
 - lutter contre les stéréotypes, discriminations, violence, induisant l'installation de situations de harcèlement moral et/ ou sexuel.
- Poursuivre l'action engagée avec les représentants du personnel au CHSCT central et les acteurs locaux visant à l'analyse collective des situations de travail suite à suicide ou tentative de suicide
- Promouvoir une méthodologie d'analyse pluridisciplinaire et paritaire des situations de travail en cas d'évènement grave ou d'alerte RPS

3.2.4. Renforcer les services de santé au travail

- Intensifier les efforts de recrutement des médecins du travail en exercice
- Faciliter de nouveaux modes d'accès de médecins à la spécialité de santé au travail :
 - viser le recrutement de PH en spécialité médecine du travail et l'augmentation du nombre d'internes,
 - recruter des médecins collaborateurs en santé au travail,
 - favoriser la reconversion de praticiens de l'AP-HP d'autres spécialités intéressés par la santé au travail.
- Soutenir les médecins du travail dans la mise en œuvre d'une surveillance médicale adaptée du personnel médical
- Promouvoir la recherche en santé au travail et envisager l'accueil d'un PU-PH de médecine du travail en concertation avec l'université
- Professionnaliser l'exercice infirmier en santé au travail
- S'attacher à la mise aux normes des locaux de médecine du travail

3.2.5. Renforcer les équipes pluridisciplinaires de prévention des risques professionnels

- Sensibiliser l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux à la prévention
- Assurer la professionnalisation des conseillers en prévention des risques professionnels
- Rechercher l'appui des professionnels spécialisés permettant une couverture efficace des risques multiples présents à l'hôpital : chimiques, radioactifs, biologiques, RPS, troubles musculo-squelettiques (TMS)
- Former les « sachants » apportant leur concours (cadres hygiénistes, radiophysiciens, biologistes) à la démarche de prévention des risques professionnels
- Intensifier la formation et l'information des professionnels à la prévention

3.3. Promouvoir une politique de santé au travail pour le personnel médical

3.3.1 Renforcer le suivi de la santé au travail des praticiens

- S'assurer que les professionnels médicaux bénéficient d'un suivi de la part des services de santé au travail :
 - visite lors de l'arrivée à l'AP-HP,
 - suivi médical régulier.
- Mettre en œuvre des mesures de sensibilisation à destination des personnels médicaux concernant des problèmes spécifiques de santé (troubles du sommeil, burn-out, addiction, ...)
- Lancer une réflexion sur les aménagements de postes pour le personnel médical
- Lancer une réflexion sur la pénibilité au travail pour le personnel médical
- Accompagner l'évolution des conditions d'exercice selon l'âge et l'état de santé

3.3.2 Prévenir les risques psycho-sociaux touchant les personnels médicaux

- Veiller à la mise en place et au fonctionnement régulier au sein de chaque GH des sous-commissions « Vie hospitalière »
- Soutenir la sous-commission centrale et les sous-commissions locales « Vie hospitalière » dans leur rôle de médiation en cas de conflits entre médecins
- Se donner les moyens de traiter les situations individuelles de souffrance au travail exprimées via la messagerie mise en place par la

sous-commission centrale « Vie hospitalière »

- Informer les praticiens en situation de management sur la nature des risques psycho-sociaux et leurs conséquences

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

L'AP-HP, engagée socialement, se doit d'affirmer et de renforcer sa place de premier employeur et formateur francilien.

4.1. Favoriser l'insertion des jeunes

En tant qu'employeur, l'AP-HP se doit de répondre aux défis nationaux concernant la réduction de la précarité sociale et salariale des jeunes, en actionnant les leviers mis en place au plan national, à son échelle.

Fort de son expérience en matière d'accueil et d'encadrement des jeunes, l'AP-HP, entreprise citoyenne et socialement responsable, poursuivra son engagement en faveur de l'insertion professionnelle des jeunes et plus spécifiquement dans le cadre du dispositif des emplois d'avenir pour lequel une convention avec l'Etat a été signée.

L'AP-HP s'engage également dans le développement de l'alternance, pour faciliter l'accès à la formation et à l'emploi des jeunes.

Objectifs et actions

4.1.1. Poursuivre la mise en œuvre des dispositifs Emplois d'avenir et Service civique

- Proposer des missions adaptées
- Contribuer à la mise en œuvre d'actions d'accompagnement vers l'emploi

4.1.2. Développer les dispositifs emploi/formation

- Développer les contrats d'apprentissage et les contrats de professionnalisation, en lien avec les besoins de recrutement de l'AP-HP (métiers techniques et logistiques...)
- Mettre en œuvre une charte de l'apprentissage
- Dégager une enveloppe spécifique dédiée au financement de la politique d'apprentissage
- Redéfinir la politique de stage

4.2. Maintenir une politique sociale forte en matière de prestations crèches et logement

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

L'AP-HP s'engage à adapter sa politique sociale aux besoins et aux attentes de ses personnels (difficultés financières, familles monoparentales, etc...), à garantir l'accès aux droits sociaux de l'ensemble de ses agents, en rendant plus lisible le partenariat avec l'AGOSPAP et en développant d'autres partenariats institutionnels (Caisses d'allocations familiales, service social départemental polyvalent, etc...).

L'AP-HP dispose de 4 000 places de crèche et doit avoir pour objectif de maintenir un dispositif de qualité. Elle aura pour souci de faciliter la recherche de solutions de garde des enfants avant l'âge de l'école pour l'ensemble des professionnels.

Un parc de 10 000 logements est aujourd'hui à la disposition de l'AP-HP. Ce contingent, constitué du domaine privé, de réservations auprès de bailleurs sociaux et de logements dans les GH, permet de répondre à plusieurs attentes :

- il contribue à concilier les contraintes vie personnelle / vie professionnelle,
- il concourt à faciliter les recrutements sur les emplois qui peuvent connaître des difficultés de recrutement,
- il permet d'accompagner les mobilités et d'assurer la compensation des astreintes de garde et de nécessité de service,
- il participe au soutien des personnes en situation de handicap et à l'accompagnement des professionnels fragilisés par des accidents de la vie.

Objectifs et actions

4.2.1. Moderniser progressivement le dispositif petite enfance

- Engager un bilan de la situation des crèches de l'AP-HP au regard des évolutions des normes et des pratiques en matière de petite enfance
- Mettre en place un CESU garde d'enfants facilitant l'accès à des modes de garde alternatifs aux crèches de l'AP-HP

4.2.2. Conforter le dispositif logement

- Optimiser la gestion du parc
- Améliorer l'entretien du patrimoine
- Maintenir un dispositif AP-HP de qualité (niveau des attributions existantes)
- Améliorer l'information et le conseil aux personnels, par la professionnalisation des correspondants logement et la meilleure information des agents : création d'un site internet
- Contribuer à la politique de lutte contre la précarisation/ lutte contre le mal-logement
- Rechercher des partenariats complémentaires en matière de logements d'urgence et temporaires

4.2.3. Veiller à l'accès aux droits aux prestations sociales pour l'ensemble des agents de l'AP-HP

- Confirmer le partenariat avec l'AGOSPAP et renouveler la convention en tenant compte des préconisations de l'audit conjoint mené par la Ville de Paris et l'AP-HP
- Veiller à l'adaptation des prestations versées par l'AGOSPAP aux besoins des personnels de l'AP-HP (précarité, surendettement, familles monoparentales, prévoyance, etc...)
- Rendre plus visible la politique sociale de l'AP-HP en développant des outils de communication à l'attention des agents y compris retraités, en veillant à la mobilisation du réseau des chargés d'activités sociales et en promouvant la charte de fonctionnement du réseau des assistants sociaux du personnel
- Se préparer à la mise en place d'une protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière

4.3. Affirmer la place de l'AP-HP comme le principal centre de formation paramédical et social de la Région Ile-de-France

L'AP-HP dispose d'un centre de formation paramédical et social important comportant 40 instituts et écoles de formation initiale et diplômante, dans les domaines sanitaire et social.

Ces formations en alternance sont majoritairement financées par le Conseil régional d'Ile-de-France (jeunes de moins de 26 ans). Des partenariats avec l'Éducation nationale ont été signés pour aider les lycéens de filières technologiques et professionnelles à intégrer certaines de ces

formations (IFSI, écoles médicotechniques, IFAS, IFAP, IFTS ...). Ces formations permettent d'obtenir des diplômes professionnels reconnus par l'Etat. Certaines d'entre elles ont signé un partenariat avec l'Université et permettent d'obtenir le grade de licence.

Les débouchés et l'employabilité sont importants et permettent une insertion professionnelle rapide.

L'AP-HP, opérateur de formation pour la région Île-de-France, doit développer les partenariats avec l'Education Nationale et Pôle Emploi.

Objectifs et actions

4.3.1. Ancrer la formation initiale dans son environnement

- Développer les partenariats avec l'Éducation nationale (académies franciliennes)
- Promouvoir la signature de conventions locales entre les instituts AP-HP et les lycées
- Mettre en œuvre les priorités européennes du programme Erasmus + : multilinguisme, amélioration de l'employabilité notamment grâce aux mobilités intra européennes, développer les compétences numériques, promouvoir l'inclusion sociale et le bien-être des jeunes

4.3.2. Faciliter l'accessibilité de l'offre de formation

- Rendre plus visible l'offre de formation post bac pour les jeunes bacheliers
- Mettre en place l'inscription et le paiement en ligne pour les concours paramédicaux et sociaux
- Adosser le site du CFDC au portail Admission Post Bac
- Rendre visible les débouchés sur le marché du travail

4.4. Promouvoir une politique institutionnelle pour l'accès durable à l'emploi et l'égalité des chances des travailleurs handicapés

Depuis 1998, l'AP-HP a affirmé sa volonté de développer une politique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés par la mise en place, en concertation avec les représentants du personnel, d'un dispositif institutionnel formalisé par des protocoles d'accord successifs en faveur du recrutement, de l'intégration et du maintien dans l'emploi les personnels en situation de handicap.

Depuis 2006, l'augmentation régulière du taux d'emploi légal de l'AP-HP et la diminution des contributions versées annuellement constituent des indicateurs positifs et valorisent les actions réalisées dans les groupes hospitaliers, hôpitaux et pôles d'intérêt commun. Cette augmentation recouvre toutefois des réalités multiples qui rendent nécessaire la poursuite de la mise en œuvre de la politique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés en structurant un dispositif durable et connu de tous les acteurs de l'institution.

L'intensification de la politique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés est un enjeu essentiel de l'engagement sociétal de l'AP-HP en termes de diversité, de non-discrimination et d'accompagnement des trajectoires professionnelles.

Objectifs et actions

4.4.1. Développer une culture « intégration des travailleurs handicapés à l'AP-HP »

- Renforcer les « savoir-faire » en matière de recrutement, d'intégration et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
- Mettre en œuvre des actions d'information et de sensibilisation ciblant l'évolution des représentations du handicap au travail
- Poursuivre la professionnalisation et l'identification par tous les acteurs de l'institution du réseau des référents handicap et travail
- Sensibiliser les managers à l'accompagnement et à la sécurisation des parcours professionnels des personnels en situation de handicap
- Inscrire l'achat au « Secteur Protégé » dans la politique d'achat citoyenne de l'AP-HP

4.4.2. Garantir l'accessibilité des lieux de travail et du système d'information

- Favoriser les relations conventionnelles entre le FIPHFP et les groupes hospitaliers, les hôpitaux et les pôles d'intérêt commun pour le développement de programmes d'accessibilité aux lieux de travail et au système d'information

4.5. Garantir le respect de la laïcité, de la diversité et de la non-discrimination

Les problématiques communautaires et les discriminations sont en augmentation dans notre société. Une entreprise de la taille de

l'AP-HP n'échappe pas à ces difficultés. Il est donc de la responsabilité de l'employeur AP-HP de garantir les conditions du « vivre ensemble », de renforcer les collectifs de travail et le sentiment d'appartenance à l'institution AP-HP, tout en veillant au respect de la diversité (religieuse, culturelle, ethnique, sociale, ...) et à l'absence de discrimination sur les lieux d'exercice professionnel.

Le respect de la laïcité, telle que la France la conçoit, est une garantie de neutralité du service public hospitalier.

Objectifs et actions

4.5.1. Affirmer le principe de neutralité du service public

- Affirmer le principe de laïcité sur le lieu de travail pour promouvoir le vivre ensemble au sein de l'AP-HP dans le respect des valeurs républicaines :
 - rendre visible la charte de la laïcité dans tous les lieux qui accueillent du public,
 - proscrire les signes religieux ostentatoires.
- Mettre en œuvre des plans de communication et de formation à l'attention du personnel

4.5.2. Lutter contre les discriminations

- Renforcer l'égalité des chances de chaque professionnel sans distinction de ses origines sociales ethniques et culturelles : celles-ci ne doivent pas aider ou freiner la progression de carrière
- Tendre vers le respect de la parité, lever les discriminations liées à l'âge (recrutements, mobilités, ...), à la paternité ou la maternité (perte de chance dans le déroulement de carrière)
- Respecter la parité homme/femme dans les instances, commissions administratives paritaires (CAP), jurys de concours

5. Anticiper l'évolution des emplois et des effectifs

5.1. Anticiper les besoins en effectifs, métiers et compétences pour répondre aux exigences de demain

L'intégration de la gestion prévisionnelle des emplois, métiers et compétences (GPEMC) dans le projet social constitue un axe fort de la

politique de gestion des ressources humaines, qui doit s'articuler avec les projets médicaux et de soins.

Les changements auxquels est confrontée l'AP-HP supposent que les ressources humaines hospitalières s'adaptent en permanence aux besoins. Or, le temps d'adaptation des ressources humaines nécessite une anticipation des besoins, afin que les évolutions s'inscrivent dans la durée.

Sur la période 2015-2019, près de 8 200 personnels non médicaux partiront à la retraite, soit 12 % de l'effectif (11,7 % des personnels paramédicaux, 11 % des personnels socio-éducatifs, 14,5 % des personnels administratifs, 12,3 % des personnels techniques et ouvriers).

Concernant les personnels médicaux, l'âge moyen est passé de 48,1 ans en 2008 à 48,6 ans en 2012. Sur la période 2015 à 2019, près de 1 500 médecins (300 par an) cesseront leur activité par départ à la retraite, soit 15 % des effectifs actuels (3 % par an).

L'AP-HP souhaite ainsi s'engager dans une démarche de GPEMC structurée, tant quantitative que qualitative. Il s'agit d'assurer le fonctionnement optimal de l'AP-HP, en mettant en adéquation les ressources disponibles avec les besoins, compte tenu des évolutions de l'environnement, des projets institutionnels et des données démographiques.

Objectifs et actions

5.1.1. Identifier les besoins en ressources humaines de l'institution à moyen et long terme

- Anticiper l'évolution pluriannuelle des effectifs, afin de mesurer le différentiel entre les besoins à moyen terme et l'évolution spontanée des ressources
- Élaborer une cartographie des emplois concernés par des difficultés de recrutement et identifier les causes pouvant expliquer ces difficultés :
 - déterminer le niveau de criticité variable selon les catégories professionnelles (selon les effectifs concernés, les pyramides d'âges, le caractère stratégique de l'activité), afin de prioriser la mise en place d'actions,
 - identifier et analyser les causes.
- Identifier les métiers concernés par les évolutions et les compétences à développer ou à acquérir, toutes filières confondues :

- mettre en œuvre à l'AP-HP l'actualisation du répertoire national des métiers de la FPH
- se doter d'outils de gestion déclinés à un niveau global AP-HP, mais aussi au niveau GH et établissement
- mobiliser les différents acteurs (siège, référents métiers, gestionnaires, ...) en vue d'une fiabilisation des données existantes au sein du système d'information et maintenir une dynamique d'actualisation des nouvelles données (sensibilisation permanente des référents ; communication entre acteurs au sein des GH)
- Travailler sur la superposition grade/métier via des tables de correspondance

5.1.2. Mettre en place une politique visant à adapter les ressources humaines aux besoins de l'institution aux plans quantitatif et qualitatif

- Décliner l'évolution des effectifs en trajectoire financière, afin d'opérer des ajustements conformes au cadrage financier de l'AP-HP
- Mettre en œuvre des actions de réduction des écarts entre les ressources existantes et les besoins aux niveaux central et local, dans une logique pluriannuelle : recrutement, formation, concours, reconversions, mobilité, ...
- Assurer la lisibilité de la politique institutionnelle auprès des acteurs concernés (DRH de GH en particulier)

5.2. Structurer une politique de renforcement de l'emploi permanent

Le contexte est marqué par l'évolution récente du cadre réglementaire avec en particulier la loi du 12 mars 2012 relative à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la Fonction publique, ainsi que le décret du 6 février 2013, qui définit les modalités d'accès à l'emploi titulaire des agents contractuels de la FPH par la voie des recrutements réservés.

À cela s'ajoute la réglementation préexistante, notamment l'article 9-1 de la loi du 9 janvier 1986, qui reconnaît limitativement les cas pour lesquels le recours à des agents contractuels en CDD est possible.

L'AP-HP emploie 6460 agents contractuels (données en unités physiques à fin juillet 2014), dont 4678 répondent à un besoin de remplacement et 1782 sont sur des postes permanents. L'AP-HP se situe à un niveau plutôt inférieur à celui des autres CHU en terme de recours à l'emploi contractuel.

Néanmoins, la DRH AP-HP souhaite intégrer cette problématique au sein du projet social et professionnel, dans la mesure où il est indispensable de poursuivre les efforts en vue de réduire la précarité des agents contractuels.

Objectifs et actions

5.2.1. Améliorer la gestion des agents non titulaires

- Assurer la mise en stage des contractuels remplissant les conditions prévues par la réglementation :
 - poursuivre la mise en place des concours réservés jusqu'à la fin du délai réglementaire en mars 2016,
 - mettre en œuvre des commissions de sélection pour les grades concernés (adjoint administratif, ASHQ, AEQ et BAEQ),
 - poursuivre cette politique dans le temps (notamment par l'organisation régulière de concours « classiques » en adéquation avec les besoins des GH) afin d'éviter la reconstitution d'un « stock » de contractuels, dans le respect du cadrage financier AP-HP.
- Garantir au sein de l'AP-HP le respect des règles relatives au recours aux agents non titulaires et résorber l'emploi précaire :
 - s'assurer de la mise en œuvre au sein des GH des comités locaux de résorption de l'emploi précaire,
 - limiter le recours aux agents contractuels aux conditions réglementaires,
 - clarifier les règles de gestion des contractuels et intégrer dans ce cadre une doctrine sur les métiers justifiant le recours aux contractuels, en lien avec le Contrôleur financier,
 - donner de la visibilité aux agents contractuels sur leur devenir au sein de l'institution, notamment via la politique de concours.

5.3. Attirer et fidéliser les professionnels

L'AP-HP, comme beaucoup d'employeurs publics en particulier en Ile-de-France, est confrontée à de sévères difficultés de recrutement pour certaines catégories professionnelles, qu'il s'agisse de personnels soignants, de rééducation, mais aussi administratifs ou techniques.

Par ailleurs, le constat est aussi celui d'une volatilité de certains personnels, avec un turnover important, des départs massifs sur certains grades et des recrutements inférieurs au niveau requis pour le renouvellement des effectifs de ces catégories professionnelles.

Ces problématiques concernent aussi bien le personnel non médical (avec les masseurs kinésithérapeutes, les cadres de santé, les IADE, les acheteurs, les gestionnaires RH ...), que le personnel médical (avec les anesthésistes, les radiologues ...).

Ces difficultés contribuent à remettre en cause les conditions de réalisation de certaines activités, ce qui suppose que l'institution se mobilise à la fois pour recruter les personnels dont elle a besoin, mais aussi pour les fidéliser et leur donner envie de s'engager sur le moyen et le long terme.

Objectifs et actions

5.3.1. Développer l'attractivité de l'AP-HP via un plan d'actions pour les métiers les plus sensibles en mobilisant l'ensemble des acteurs

- Améliorer l'acte de recrutement, qui suppose de la réactivité et la mise en place d'un circuit court au sein des GH pour donner aux candidats une réponse rapide
- Renforcer la politique d'accueil des stagiaires et d'accompagnement et d'intégration des jeunes professionnels
- Développer la communication sur les atouts de l'AP-HP : crèche, logement, mesures salariales (indemnité de résidence en IDF, ...)
- Mettre en œuvre les autres actions identifiées suite à la démarche de baromètre interne

5.3.2. Poursuivre la dynamique autour de la fidélisation des personnels au sein de l'Institution

- Valoriser l'AP-HP : diversité des lieux d'exercice, projets de soins valorisants (pratiques avancées, médecines complémentaires, coopération entre professionnels de santé), participation à des projets d'envergure, participation aux journées professionnelles, aux projets de recherche (PHRI, PHRIP), valorisation des innovations
- Construire des parcours professionnels attractifs via notamment la formation (accès facilité à la formation initiale et continue : DU, Master), financement via la promotion professionnelle (cf. Orientations 1.1.1. et 1.3.1.)
- Identifier les causes des départs par le biais d'entretien de départ avec les professionnels concernés

5.3.3. S'inscrire dans une démarche « Hôpital attractif » et mieux communiquer sur les atouts de l'AP-HP

- Augmenter la présence de l'AP-HP sur internet et moderniser l'intranet : développer le portail institutionnel ; ouvrir le portail des GH sur la nouvelle plateforme internet et structurer leur présence sur le web et les réseaux sociaux (cf. Orientation 4.3.1.)
- Dynamiser la présence de l'AP-HP aux différents salons et disposer des outils nécessaires sur les stands (connexions internet, postes informatiques ou tablettes, plaquettes)

5.4. Favoriser une attractivité durable pour le personnel médical

5.4.1. Savoir attirer les jeunes praticiens

- Faire mieux connaître et valoriser l'AP-HP : valorisation des projets médicaux, des innovations, de la recherche, des publications... :
 - meilleure visibilité de l'AP-HP sur Internet
 - modernisation de l'intranet
 - plateforme collaborative
- Généraliser les réunions d'accueil pour les internes : kit d'accueil en ligne sur l'intranet : plaquettes d'information, newsletter, etc, ...
- Favoriser l'intégration des jeunes praticiens :
 - parcours d'intégration (accueil, présentation ...)

- connaissance des instances et comités
- meilleure information des projets institutionnels

- Informer le personnel médical sur les prestations qui leur sont offertes par l'AGOSPAP
- Identifier les causes des départs : par le biais d'entretien de départ avec les professionnels concernés

5.4.2. Savoir rester attractif tout au long de la carrière

- Agir sur les facteurs de motivation identifiés par le baromètre interne :
 - sentiment de reconnaissance du travail,
 - information sur les projets,
 - prise en compte de l'avis des praticiens,
 - organisation du travail,
 - respect des patients.
- Favoriser la dynamique d'équipe, source de qualité
- Être attentif au suivi individualisé des parcours professionnels
- Mieux connaître les causes des départs des personnels médicaux hors de l'AP-HP : entretiens de départs
- Maintenir une attention particulière pour les spécialités sous tension
- Rester à l'écoute des attentes des personnels médicaux

Glossaire

ABM	Agence de la biomédecine
AGEPS	Agence générale des équipements et produits de santé
AGOSPAP	Association pour la gestion des œuvres sociales de personnels des administrations parisiennes
ARS	Agence régionale de santé
AVIESCAN	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BHRe	Bactérie hautement résistante émergente
BMR	Bactérie multi-résistante
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAE	Comptabilité analytique
CAP	Commission administrative paritaire
CAPCU	Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
CESU	Chèque emploi service universel
CCLAN	Comité central de liaison en alimentation et nutrition
CCLIN	Comité central de lutte contre les infections nosocomiales
CCLUD-SP	Comité central de lutte contre la douleur et des soins palliatifs
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CCS	Centre de compétence et de service
CCSIRMT	Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques
CEDIT	Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques
CFDC	Centre de formation et du développement des compétences
CGRAS	Coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins
CGS	Coordonnateur général des soins
CHSCT	Comité d'hygiène sécurité et des conditions de travail
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISI	Classification des interventions de soins infirmiers
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
CNG	Centre national de gestion
COC	Comité opérationnel cancer
COMAï	Commission des anti-infectieux
COMEDIMS	Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles
COMUE	Communauté universitaire d'établissement
COPROJ	Comité de projet
COVIRIS	Coordination des vigilances et des risques sanitaires

CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREX	Comité de retours d'expériences
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
CRSI	Classification des résultats de soins infirmiers
CRU	Chargé des relations avec les usagers
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS	Commission de surveillance
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques
CTEC	Comité technique d'établissement central
CU	Commission des usagers
3CU	Commission centrale de concertation avec les usagers
CVH	Commission de la vie hospitalière
DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DAJ	Direction des affaires juridiques
DE	Diplôme d'État
DEFIP	Direction économique et financière, des investissements et du patrimoine
DES	Diplôme d'enseignement spécialisé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHU	Département hospitalo-universitaire
DIA	Direction de l'inspection et de l'audit
DIM	Dispositifs médicaux implantables
DOMU	Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
DPC	Développement professionnel continu
DPUA	Direction des patients, usagers et associations
DRCD	Département de la recherche clinique et du développement
DRH	Direction des ressources humaines
DSAP	Direction des soins et des activités paramédicales
DSFP	Direction spécialisée des finances publiques
DUER	Document unique d'évaluation des risques
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Évènement indésirable grave
EMAMH	École de management des médecins des hôpitaux
EMU	Équipe mobile d'urgence sociale
ENC	Échelle nationale des coûts
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP	Éducation thérapeutique du patient
F-CRIN	French clinical research infrastructure network
FHF	Fédération hospitalière de France
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GEPEMC	Gestion prévisionnelle des emplois métiers et compétences
GH	Groupe hospitalier
GMAO	Gestion de la maintenance assistée par l'ordinateur
GRQ	Gestion des risques et qualité
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HDJ	Hôpital de jour
HPST	Hôpital patient santé territoire
HQE	Haute qualité environnementale
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'état
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état
IDE	Infirmière diplômée d'état
IDEC	Infirmière de coordination
IDELIA	Infirmière de liaison
IFAP	Institut de formation des auxiliaires en puériculture
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IFTS	Institut de formation des travailleurs sociaux
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IHU	Institut hospitalo-universitaire
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
ISO	Infection du site opératoire
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LMD	Licence master doctorat
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MERM	Manipulateur en électro-radiologie médicale
MERRI	Manipulateur en électro-radiologie médicale
MIG	Mission d'intérêt général
MTI	Médicament de thérapie innovante
MOA	Maitrise d'ouvrage
MOOCS	Massive open online courses (Formations en ligne ouvertes à tous)
MPR	Médecine physique et de réadaptation

NANDA	North american nursing diagnosis association
NIP	Numéro d'identification unique
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PACRI	Paris alliance of cancer ressearch institutes
PACS	Picture archiving and communication system
PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAQSS	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PEP	Pratique exigible prioritaire
PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PIC	Pôle d'intérêt commun
PMI	Protection maternelle infantile
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PP	Promotion professionnelle
PRADO	Programme de retour à domicile
PRES	Pôle de recherche et d'enseignement supérieur
PRESPS	Programme de recherche sur la performance du système de soins
PRS	Programme régional de santé
PSU	Prestation de service unique
PUPH	Praticien hospitalier professeur des universités
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QSS	Qualité et sécurité des soins
QVT	Qualité de vie au travail
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RH	Ressources humaines
RIA	Radio-éléments artificiels
RMM	Revue de morbi-mortalité
RSE	Responsabilité sociale et managériale
RSMQPECM	Responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse
SAU	Service d'accueil des urgences
SI	Système d'information
SIH	Système d'information hospitalier
SLD	Soins de longue durée
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et réadaptation
TDS	Tenue du dossier de soins
TIM	Technicien d'information médicale

UCC	Unité cognitivo-comportementale
UFR	Unité de formation et de recherche
UG	Unité de gestion
UHPAD	Unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
UHR	Unité d'hébergement renforcé
UHTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée
URC	Unité de recherche clinique
USC	Unité de soins continus
USLD	Unité de soins de longue durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



AP-HP



@APHP_Actualites



www.aphp.fr