

Projet d'établissement de l'AP-HP 2021 - 2025

Version finale
16 septembre 2021

Introduction

Le précédent projet d'établissement a fait l'objet d'un bilan mi-2019, avant son terme. Les circonstances qui ont suivi n'ont pas permis de l'actualiser, mais il est possible d'en tirer quelques enseignements utiles pour la période suivante.

L'AP-HP a beaucoup évolué au cours des cinq dernières années. L'ensemble de ses hôpitaux est désormais connecté au même système d'information médicale, relié à un entrepôt de données de santé, et l'AP-HP s'est doté d'un Espace patient qui compte 200 000 comptes créés. La part de la chirurgie ambulatoire est passée de 25% à 42%. L'AP-HP s'est dotée de plusieurs plateformes institutionnelles (pour la génomique, pour les médicaments de thérapie innovantes, pour le microbiote). Elle a constitué un parc de robots chirurgicaux important, passant de trois robots à douze, et de plusieurs salles hybrides, avec un fort développement des activités interventionnelles. De nombreuses opérations restructurantes ont été conduites, notamment sur les sites gériatriques, mais aussi en matière de transplantation (regroupement sur trois pôles forts de la transplantation hépatique, réorganisation de la transplantation pulmonaire par exemple). Un projet a été stabilisé pour l'Hôtel-Dieu. De grands projets ont été lancés. Les performances en matière de recherche ont été consolidées, avec un taux de succès plus élevé dans les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) et les recherches hospitalo-universitaires (RHU) notamment.

L'organisation de l'AP-HP a été modifiée dans le cadre de la nouvelle AP-HP : constitution de six groupes hospitaliers au lieu de douze, avec une plus grande cohérence avec le paysage universitaire, lui-même profondément remanié ; création des départements médico-universitaires, avec une ambition d'une logique plus médicale que celle des pôles et développement des Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU) pour fédérer la recherche ; mouvement de déconcentration avec une réforme du siège, avant son déménagement ; élargissement du directoire incluant l'ensemble des gouvernances, directeurs, présidents de CME locale et doyens, des groupes hospitaliers. Cette nouvelle organisation n'était pas prévue dans le plan stratégique mais a été considérée comme nécessaire pour pouvoir en atteindre les objectifs.

Mais cette période a été également marquée par des crises : un creusement du déficit en 2017 après plusieurs années de redressement, avec une rupture dans l'évolution de l'activité, menant à un gel de la masse salariale ; une augmentation du nombre de postes vacants, résultant à la fois de départs plus précoces et de difficultés de recrutement, conduisant à des fermetures subies de lits, faute de personnels, et une croissance de l'intérim ; liées à ces difficultés, une crise sociale et hospitalière importante en 2019, ayant un caractère national mais, particulièrement marqué à l'AP-HP.

Et puis une crise sanitaire exceptionnelle avec la COVID, exceptionnelle par son ampleur et sa durée ; une crise dont il n'est pas possible de ne pas tirer des leçons comme « point de départ » à ce nouveau projet d'établissement. Mais il s'agit de ne pas oublier non plus l'autre crise, la crise sociale et hospitalière qui a précédé la crise sanitaire, et qui a inspiré le projet social et le projet médical.

I - Les leçons et les acquis de la crise COVID pour le projet d'établissement

Ce plan stratégique se doit d'intégrer les leçons d'une crise sans précédent, qui a vu l'AP-HP confrontée à une situation absolument exceptionnelle, qui l'a conduit à mettre en place des innovations organisationnelles et à s'adapter en temps réel. L'impact des inégalités socio-économiques a été criant pendant cette crise, comme l'impérieuse nécessité d'y répondre avec une offre de soins territoriale adaptée et renforcée.

C'est l'un des premiers enjeux de ce plan stratégique que de retenir pleinement les enseignements directs et indirects de la crise.

1 – Préparation à la crise : capacités supplémentaires

La crise a montré la nécessité de pouvoir ouvrir rapidement des capacités supplémentaires en soins critiques, au-delà de ce qui est nécessaire en période normale. Outre l'intérêt de réinterroger le niveau de soins critiques au plan régional, en période « calme », il est nécessaire de pouvoir augmenter les capacités en soins critiques, de manière rapide et transitoire, et en perturbant le moins possible les autres activités. Ceci peut être nécessaire dans une situation épidémique, mais aussi dans d'autres types de crise (catastrophe naturelle, attentats, risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique)) ou interruptions de soins critiques (par exemple, incendie d'un hôpital dans la région).

Une unité réversible a été créée dans le réfectoire de la Pitié, qui pourra avoir cet usage dans les années à venir ; la possibilité de créer 100 lits de soins critiques dans les sous-sols a été intégrée dans le projet de grand Hôpital Universitaire de Saint-Ouen Grand Paris Nord (HUSOGPN) ; l'AP-HP doit se préparer à se doter d'une « capacité de réponse rapide » d'environ 500 lits de soins critiques dans des zones non médicalisées mais à proximité immédiate de centres de soins critiques (ce qui est le cas à la Pitié-Salpêtrière et dans le futur HUSOGPN).

2 – Préparation à la crise : réserve sanitaire

Toujours pour pouvoir avoir une montée en charge des soins critiques, avec le moins de perturbations possibles des autres activités, il convient de structurer une réelle réserve sanitaire de personnels expérimentés dans les soins critiques, permettant d'armer le nombre de lits correspondant aux unités supplémentaires. Cette réserve a été amorcée en 2020 et 2021, il convient de la consolider, de l'élargir, de l'entretenir et de la pérenniser.

Elle peut être constituée de professionnels de l'AP-HP d'autres secteurs que les soins critiques qui doivent en constituer l'ossature principale, mais elle peut aussi inclure des jeunes retraités, des professionnels libéraux, des renforts volontaires formés par l'AP-HP.

Cela suppose de pouvoir constituer l'équivalent d'un « statut » ou d'un « contrat » du réserviste, incluant la formation, le maintien des compétences, la possibilité d'un exercice régulier dans des unités de soins critiques et des éléments contractuels (sous la forme, par exemple, d'une rémunération ad hoc en contrepartie d'un engagement de mobilisation dans les périodes de crise).

Au niveau institutionnel, cela suppose de pouvoir garantir de la disponibilité chaque année (environ 3 à 4 semaines par an) avec la garantie du remplacement pendant cette période). Il est possible de faire reposer l'essentiel de la réserve en soins critiques sur les personnels AP-HP, leur remplacement étant alors assuré par des réservistes hors AP-HP, dans le cadre d'un contrat.

Au-delà de la notion de réserve, la notion de crise montre l'intérêt des exercices de crise, de formations de crise, de guides, renforçant l'effort de formation déjà effectué.

3 – Gouvernance

La crise a permis ou induit des adaptations de gouvernance avec une plus grande « osmose » entre les responsables qu'ils soient administratifs, médicaux, paramédicaux ou techniques. Une approche plus collective, des circuits plus courts et plus directs ont été mis en place.

La fonction de directeur médical de crise a été une clé essentielle. Le fonctionnement des réunions de crise avec directeur, président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) et directeur médical de crise a montré son efficacité. Cela a conduit de fait à une médicalisation accentuée de la gouvernance et un partage des choix, bien sûr sur les dimensions purement médicales, mais aussi sur les décisions organisationnelles avec répercussion médicale et aussi une association à des décisions, comme celles ayant un impact sur les ressources humaines. Le niveau d'échanges, d'animation et d'identification dans les sites hospitaliers est aussi un enseignement qu'il convient de reconnaître et de structurer au sein de la logique des groupes hospitaliers. L'implication des collégiales a également été un facteur important.

Les représentants des usagers ont été intégrés aux cellules de crise hebdomadaires et ils ont fait leur entrée au directoire.

Enfin, cette ouverture de la gouvernance s'est traduite par une plus grande implication du personnel non médical dans les concertations « tripartites » autour de l'élaboration du projet social (cf. infra) et qui bénéficiera également d'une représentation au directoire.

4 – Gestion des flux programmés et non programmés

La crise COVID a montré comment s'entrechoquaient dans les crises aiguës les flux des patients programmés et non programmés, situation que l'on connaît déjà dans les épidémies plus classiques et plus récurrentes (notamment la grippe saisonnière ou la bronchiolite), et même en situation hors crise. Aidée par le recours à l'historique de l'entrepôt de données et l'efficacité des modélisations, il convient désormais de basculer dans une logique qui permette d'accueillir les patients programmés tout en conservant un nombre de lits suffisant pour les flux non programmés. C'est donc améliorer l'accueil des patients dans les services d'urgences en mettant largement en œuvre le concept de « contrat zéro brancard », en généralisant les admissions directes et les parcours dédiés notamment aux personnes âgées ou fragiles tout en tenant compte des conséquences économiques, en personnel sur l'ensemble des services d'aval et d'aval de l'aval. Cela doit être un élément majeur de la réflexion capacitaire et d'une vision médicalisée de la gestion des lits.

5 – Gestion des sorties - cellules de sortie

La crise a permis à la fois d'améliorer le rythme des sorties (sorties de soins critiques, sorties d'hospitalisation conventionnelle, sorties de soins de suite et réadaptation) et de mesurer le caractère critique des obstacles divers à la sortie (d'ordre social, organisationnel et financier plus que médical).

Ce qui a été fait, avec difficultés sous la pression de la crise, doit être organisé de manière méthodique en temps normal et monitoré constamment. Cela peut conduire, dans une logique de gestion intégrée, territoriale et optimisée des parcours, à revisiter les besoins en soins de suite et réadaptation (dont soins de réadaptation post-réanimation), comme cela a été commencé, à généraliser les cellules de sortie, à renforcer nos liens et nos parcours de soins en coopération avec les autres établissements de santé du territoire et les acteurs de santé de ville, mais aussi, comme cela est prévu dans le projet social, à penser la « concordance des temps médicaux et paramédicaux », l'organisation des temps de travail pour permettre davantage de sorties avant la fin de matinée, et améliorer la qualité, la sécurité des soins et les conditions de prise en charge des patients.

6 – Téléconsultation et télémedecine

La période de la crise a été marquée par la création de « COVIDOM », en partenariat avec la médecine de ville et par un essor spectaculaire des téléconsultations, favorisé par des adaptations réglementaires et tarifaires. Si COVIDOM a démontré l'intérêt de la télésurveillance à grande échelle, le projet « TELEDOM » doit permettre d'amplifier et d'étendre cette expérience aux maladies tant aiguës que chroniques, tandis que les autres expériences de télésurveillance et de télé-expertise seront poursuivies et amplifiées, au bénéfice des patients. Le mouvement et le recours aux téléconsultations doivent continuer à être soutenus chaque fois qu'ils sont médicalement pertinents.

7 – Implication dans les programmes de santé publique

La pandémie de COVID a rappelé l'importance des enjeux de santé publique et de toutes ses facettes : l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, l'importance des comportements, les programmes de terrain, la prise en compte des facteurs de risque, l'éducation sanitaire et thérapeutique, la politique vaccinale, etc...

L'AP-HP s'est impliquée très largement sur les questions de santé publique : avec la mise en place de COVIDOM, avec le programme COVISAN, avec de nombreuses interventions sur le terrain, avec des échanges avec les acteurs associatifs et les collectivités territoriales, avec une implication dans les programmes de dépistage, avec des partenariats avec les équipes d'épidémiologie.

Il s'agit d'une approche de santé publique qui correspond à celle d'un grand hôpital universitaire, et qui se distingue d'autres approches de santé publique, par le croisement de nombreuses dimensions : un lien avec le soin, un lien avec l'expertise, la mobilisation de ressources nouvelles aux côtés des ressources hospitalières, la mobilisation de son entrepôt de données, la volonté de permettre la réplication à plus grande échelle et le transfert de savoir-faire à d'autres acteurs.

Cela montre l'intérêt d'une approche de santé publique pour l'AP-HP, pour la prévention et la gestion des grandes crises, mais aussi pour une approche plus préventive, davantage populationnelle, qui fait partie des grands axes médicaux de l'AP-HP et qui doit conduire à structurer davantage les partenariats

AP-HP – Projet d'établissement 2021-2025

autour d'objectifs de santé publique, cohérents avec ceux du Plan Régional de Santé et dans une approche de santé globale.

8 – Soutien aux personnels : Hoptisoins et espaces détente

Avant la crise, beaucoup d'idées pour soutenir les soignants dans leur quotidien n'avaient pas vu le jour, comme s'il s'agissait de « superflu ». La crise a conduit à prendre plusieurs initiatives, notamment une plateforme de services ouvertes à tous (Hoptisoins) et la généralisation des espaces détente dans l'ensemble des hôpitaux. Il convient de poursuivre sur cette lancée, pour pérenniser ce qui a été créé, et élargir ces initiatives. Cela doit conduire à investir davantage dans les améliorations des conditions de travail et de l'environnement du travail.

9 – La recherche

L'AP-HP, avec les universités, l'INSERM, le CNRS, l'INRIA et les Instituts Hospitalo-Universitaires (IHU), a joué un rôle majeur dans la recherche, au regard du nombre de projets entrepris, de publications scientifiques et d'implication sur l'ensemble des thématiques concernées par l'épidémie. La rapidité d'inclusion a été sans précédent. Pour assurer une efficacité maximale entre la force que représentent l'AP-HP et ses partenaires, il convient d'accentuer la coordination, la priorisation, la focalisation et l'orientation, pour éviter la dispersion des efforts et les essais qui ne vont pas jusqu'à leur terme faute d'inclusions suffisantes. Les enjeux sont une meilleure réponse aux problématiques qui se posent aux autorités sanitaires et des délais courts entre le dépôt d'un projet et les premières inclusions.

10 – Relations ville hôpital

La crise a été marquée par l'émergence de plusieurs initiatives conjointes entre l'AP-HP et la médecine de ville, à commencer par COVIDOM et COVISAN. Il est impératif de s'appuyer sur ces succès pour continuer le rapprochement entre la ville et l'hôpital. Y contribuera l'ambition du projet de service d'accès aux soins (SAS), qui sera un élément structurant de la période qui s'ouvre, en partenariat avec la médecine de ville, et avec l'implication de l'ensemble des SAMU de l'AP-HP qui, en 2019, ont marqué l'intention d'une fédération plus étroite entre eux.

11- Des investissements repensés

La période 2021-2025 sera marquée par un effort considérable en matière d'investissement : les montants vont doubler par rapport à la période 2010-2014, et atteindre 600 M€ par an. Plusieurs chantiers majeurs vont être lancés ou vont aboutir : Nouveau Lariboisière, Nouvel Hôpital Garches-Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt, Hôpital Universitaire Saint-Ouen Grand Paris Nord, nouveaux bâtiments gériatriques, etc. Tous ces projets ont fait l'objet d'une adaptation des organisations et des capacités post-retour d'expérience du COVID.

II - Un nouveau projet social : une nouvelle donne sociale

Un projet social a été établi, permettant d'une part d'intégrer les mesures issues des accords du Ségur de la santé (13 juillet 2020), d'autre part de définir une ambition sociale nouvelle pour l'AP-HP, en apportant des réponses aux défis majeurs auxquels l'AP-HP fait face.

1 - L'évolution des métiers

L'un des éléments majeurs est de permettre de changer la donne dans les évolutions de carrières pour les paramédicaux :

- Avec un effort particulier pour la promotion professionnelle, qui pourrait être encore accrue si se concrétisait la réforme des études pour les aides-soignants devenant infirmiers avec la possibilité de reconnaître les compétences déjà acquises et de raccourcir la formation de trois à deux ans.
- Avec la possibilité d'évolutions plus diversifiées, comme les protocoles de coopération, les pratiques avancées, la fonction de tutorat, d'enseignement et de recherche, les métiers de coordination, notamment.

Le projet d'établissement doit conduire à pouvoir enrichir les progressions de carrière, les ouvrir aux plus grands nombres, développer en lien avec les universités des formations adaptées et accessibles aux professionnels.

L'ambition est de pouvoir offrir de véritables progressions de carrière, diversifiées, appuyées sur des formations solides, ouvrant la voie à des mécanismes de reconnaissance.

2 - La notion d'équipe

La notion d'équipe doit être au cœur du projet social de l'AP-HP, on pourrait dire du projet de l'AP-HP tout simplement. Alors que l'hôpital en général et l'AP-HP en particulier sont construits par catégorie, avec ses cloisonnements et ses oppositions, ainsi que ses négations : personnels « médicaux » (PM) et personnels « non médicaux » (PNM), soignants et non soignants, administratifs et soignants, hospitalo-universitaires et hospitaliers, juniors et seniors, titulaires et contractuels, le projet de l'AP-HP doit conduire, sinon à nier les différences ou abolir les catégories, du moins à privilégier le concept d'équipe, à tous les niveaux, pour au moins transcender les catégories.

Pour que cela ne reste pas vœu pieux, incantation ou bonnes intentions, il convient de montrer concrètement comment on peut opérer ce changement, notamment par les leviers suivants :

- au niveau de la gouvernance (cf. infra) en organisant à tous niveaux (AP-HP, Groupes Hospitalo-Universitaires GHU, sites hospitaliers, Départements médico-universitaires DMU, services) des gouvernances « mixtes » associant compétences médicales et non médicales ;
- au niveau des services, en organisant la concordance des temps, dans le cadre du nouveau projet social ;
- en mettant en place des projets d'équipe d'amélioration de la qualité du service rendu, notamment dans le cadre de la nouvelle prime d'engagement collectif mise en place dans le cadre du Ségur de la santé ;
- en développant les protocoles de coopérations entre médecins et paramédicaux d'une part, et entre différents métiers paramédicaux d'autre part ;
- en introduisant dans les nouveaux schémas horaires, une plus grande stabilité des équipes au niveau des services ;
- en travaillant sur la reconnaissance des fonctions non Hospitalière des praticiens hospitaliers mais aussi des infirmiers dans un hôpital universitaire (recherche, formation) ;

3 - Repenser les ratios de personnels

Le projet social a ouvert la voie à de nouveaux schémas horaires, choisis par les équipes, sur la base d'un projet discuté entre les médecins et les paramédicaux. Ces nouveaux schémas peuvent conduire à augmenter les effectifs, dès lors qu'il y a une justification dans des objectifs au service des patients.

Plus largement, une démarche de fond doit être engagée pour déterminer si des ratios de personnels plus élevés et de nouvelles organisations du travail permettent de mieux répondre aux besoins en soins de la population et aux objectifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, avec le souci d'une soutenabilité économique. C'est le cas si cela a un impact à la fois sur la qualité et la sécurité des organisations, de la prise en charge et sur les durées de séjour. Une vaste comparaison européenne, lancée par l'AP-HP, pourra donner d'utiles éclairages quant à l'organisation de la charge en soins et des ratios d'effectifs.

4 - Le projet tripartite

Le projet social a, pour la première fois, été négocié dans un cadre tripartite, avec des membres issus des organisations syndicales représentatives, de la commission médicale d'établissement, et des directions centrales et des groupes hospitaliers. Cette configuration a vocation à être maintenue et étendue, permettant de discuter de sujets qui concernent l'ensemble des équipes, de mieux travailler les complémentarités entre les personnels et d'accorder la même importance à l'ensemble des membres de l'équipe soignante et à leurs préoccupations.

5 – Le logement, condition de l'attractivité de l'AP-HP

Dans un contexte de très forte augmentation des coûts du logement dans la région Ile-de-France, et tout particulièrement dans Paris et en petite couronne où sont localisés la quasi-totalité des hôpitaux de l'AP-HP, l'AP-HP doit renforcer son offre de logements pour son personnel, afin de renforcer la fidélisation de ce dernier, mais aussi de lui permettre de diminuer ses temps de trajet. L'AP-HP a continué, tout au long de l'année 2020, à augmenter son offre de logements pour les familles ou pour les jeunes recrutés, mais ces actions ne pourront pas suffire. L'importance du logement infirmier, qui semble être désormais reconnu au niveau national car concourant à la continuité des services publics essentiels, nécessite un appui particulier en matière d'investissements ainsi qu'un partenariat avec les collectivités locales.

6 - Tolérance zéro : violence au travail et inégalités de genre

Le plan précédent a vu une attention portée à la prévention des conflits et des situations à risque du personnel médical avec le plan dit « RH PM », qui reste à approfondir. Ce plan stratégique doit être marqué par des progrès réels dans la tolérance zéro pour les situations de harcèlement, sous toutes ses formes, avec l'encouragement au signalement, le traitement systématique des situations signalées, des enquêtes permettant l'expression du contradictoire, des sanctions plus rapides pour les responsables des actes de harcèlement.

S'agissant des inégalités de genre, outre le respect des obligations légales, il convient de progresser dans le remplacement des congés maternités et l'accès des femmes aux fonctions de responsabilité.

III - De nouveaux leviers, de nouveaux outils, de nouveaux horizons

L'AP-HP s'est dotée de nouveaux outils pour accompagner et développer les projets et les innovations. L'enjeu du plan stratégique est de pouvoir consolider ces outils et d'en créer d'autres, permettant d'apporter des ressources nouvelles, d'avoir des organisations mieux adaptées à certaines activités, de favoriser les partenariats et de dynamiser l'innovation.

1 - Fondation AP-HP

La Fondation AP-HP a connu un développement spectaculaire en 2020, en recueillant près de 45 millions d'euros, grâce à l'élan considérable de générosité autour du COVID et à un élargissement de son objet aux soins et non plus simplement à la recherche.

Elle a pu ainsi se doter de moyens nouveaux pour poursuivre son développement. Dans le même temps, en concertation avec le directoire, une organisation s'est mise en place pour mieux coordonner, sous l'égide de la Fondation, les initiatives de mécénat des groupes hospitaliers, les responsables de mécénat devenant également les délégués de la fondation au sein du groupe hospitalier.

Au-delà de ces circonstances exceptionnelles, l'objectif est de pouvoir durablement installer la fondation parmi les grandes fondations dans le domaine de la santé et de la maintenir à un niveau de mécénat comparable à celui de grands hôpitaux internationaux, pour pouvoir soutenir équipes et actions de l'AP-HP.

2 – Institut Carnot, Hub innovation et plateformes d'innovation ouvertes

L'AP-HP est le premier CHU à obtenir le label Carnot. Cette labellisation est un puissant moteur pour soutenir l'innovation à l'AP-HP et pour nourrir la politique d'intéressement à la recherche et à l'innovation mise en place au cours du plan stratégique qui s'achève et qui sera renforcée.

Un Hub innovation permettra d'accueillir, soutenir et développer les projets issus de nos professionnels, de plus en plus nombreux, tout en offrant un point d'entrée virtuel aux start-up qui souhaitent entrer en relation avec l'AP-HP, ses services et ses personnels. Ce portail offre un espace commun à l'ensemble des porteurs de projets innovants, qu'ils soient médicaux, numériques, liés aux données ou organisationnels. Il donnera davantage de visibilité à l'AP-HP dans sa politique d'innovation et permettra d'accélérer les processus de traduction de la recherche en innovation. Ce mouvement se prolongera par la mise en place de plateformes d'innovation ouvertes, qui permettront aux personnels de l'AP-HP et aux entreprises innovantes de dialoguer et de construire des partenariats approfondis dans des conditions claires, saines et transparentes. Il en va ainsi autour des technologies du bloc opératoire, au travers de la chaire BOPA (Bloc Opératoire Augmenté) à Paul Brousse ou des enjeux de la santé numérique, avec la création de la plateforme d'innovation ouverte @HôtelDieu qui accompagnera l'ouverture de la première implantation en Europe de l'incubateur Biolabs.

3 – Filiales et prise de participation

La filiale AP-HP international a connu un développement rapide et a été bénéficiaire chaque année depuis sa création, avec des projets dans une trentaine de pays en Asie, Afrique et Amérique Latine.

La question pourra se poser de voir si d'autres activités, pour favoriser l'innovation et les partenariats, pourront, si la législation évolue, se développer dans le cadre de filiales. La possibilité pour l'AP-HP de prendre des participations dans des entreprises issues de ses travaux de recherche, si elle lui était davantage ouverte, permettrait un meilleur partage de la valeur au bénéfice de l'AP-HP, et une meilleure rétribution de sa contribution à l'innovation.

4 – Bail à construction

La solution du bail à construction a été retenue pour la partie « parvis » de l'hôtel Dieu, avec un résultat très favorable à l'AP-HP. D'autres opérations de même nature pourront être conduites pour financer de nouveaux besoins d'investissements.

Le fond « APRES » est né de cette opération, pour doter l'AP-HP d'un fond permettant de financer des actions en faveur de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins et de soutenir les initiatives des équipes.

5 – Développement durable

Le plan stratégique qui s'achève a permis de débiter une réflexion sur le développement durable. Le nouveau plan stratégique doit conduire à passer à la vitesse supérieure et à en faire un axe structurant de la stratégie de l'AP-HP, avec des outils dédiés, des objectifs ambitieux de réduction de ses émissions de carbone et une implication de l'ensemble des équipes de l'AP-HP grâce à la mise en place d'un label.

6 – Implication européenne dans l'alliance des hôpitaux européens (groupement EUHA)

L'AP-HP fait partie des 9 hôpitaux fondateurs de l'alliance des hôpitaux universitaires européens. Cette alliance permet des actions communes, une présence des hôpitaux universitaires sur la scène européenne. Elle sera particulièrement importante au moment où la question de la politique de santé au niveau européen, à la lumière de la crise sanitaire, nécessite d'être renforcée.

7 – Une responsabilité particulière sur le territoire francilien

A travers les liens avec les groupes hospitaliers de territoire et la médecine de ville, l'AP-HP entend consolider son ancrage et son rôle territorial, dont son projet médical fait un enjeu majeur, en continuant à développer les postes partagés, en contribuant à structurer l'offre de recours et une vision partagée de la gradation des soins, en ayant une conception ouverte de ses plateformes, en lien avec l'ARS. Des premières initiatives d'affiliation sont en cours pour donner plus de visibilité aux relations partenariales, tant dans le domaine du soin que dans le domaine universitaire. Compte-tenu de leur connaissance des territoires et de la mobilisation de leurs services, les liens établis avec les élus locaux seront à cet égard essentiels dans l'accompagnement de cette dynamique et la cohérence de l'offre avec les projets des professionnels et des collectivités.

Pour pouvoir atteindre ces ambitions, l'AP-HP poursuivra l'effort de structuration de son offre de soins, pour qu'elle soit attractive tant pour les professionnels que pour les patients. Le plan stratégique qui s'achève avait été notamment marqué par une « stratégie cancer », qui a permis de rattraper une partie du retard en matière d'équipement et de pouvoir prendre des engagements en termes de délais vis-à-vis de nos patients.

La nouvelle structuration de l'AP-HP en grand GHU conjuguée à la volonté affichée de s'inscrire dans une collaboration territoriale très large est un élément fondamental du plan stratégique qui s'ouvre. Elle doit permettre de mieux fédérer sur l'ensemble de l'AP-HP notre offre de pédiatrie en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire francilien, de répondre au défi de la prise en charge des maladies chroniques, de la polyopathie et du vieillissement de la population. Une attention particulière sera portée aux patients fragiles et vulnérables et à la santé mentale. Le développement des disciplines chirurgicales et interventionnelles fera l'objet d'une attention particulière tant dans le domaine de l'innovation avec la chirurgie robotique, de la formation avec l'école de chirurgie que de la structuration de l'offre de soins aidé en cela par une politique d'investissement ambitieuse et guidé par la structuration en GHU qui facilite la création de fédérations médico-chirurgicale comme en chirurgie cardiaque. Les patients comme les professionnels gagnent chaque fois que des centres renforcent leur masse critique. Dans le domaine des disciplines médico-techniques, nos efforts se concentreront sur la structuration de la génétique, pour faire face aux enjeux considérables de cette discipline et sur la révolution qu'apporteront les techniques d'intelligences artificielles sur l'analyse des images en radiologie et pathologie.

Ce n'est pas l'objet de ce document de faire la liste des opérations structurantes, mais de dire dans quel esprit elles seront conduites : renforcer le service public, en évitant la dispersion ou la concurrence interne ; permettre de faire bénéficier les patients des innovations dans les délais les plus brefs.

Introduction	2
1^{ère} Partie : Nos ambitions	17
1. Assumer notre double rôle de CHU francilien ancré sur son territoire et de 1^{er} centre hospitalier universitaire européen	18
Le projet médical de l'AP-HP	18
Introduction	18
1.1. Le CHU dans la région Île-de-France	20
1.1.1. Les partenariats avec les établissements hospitaliers des territoires	21
1.1.2. Les relations avec les établissements de santé privés d'intérêt public (ESPIC)	22
1.1.3. Les coopérations avec la médecine de ville	22
1.2. Attractivité des carrières médicales	25
1.2.1. Effectifs et métiers : poser les fondements d'une politique de gestion prévisionnelle des personnels médicaux	25
1.2.2. Carrières médicales : donner des perspectives, diversifier et enrichir les parcours professionnels à tous les âges de la vie	26
1.2.3. Qualité de vie au travail : simplifier les organisations et le quotidien des équipes	30
1.2.4. Territoires : renforcer la politique de partenariat du CHU avec les établissements franciliens	31
1.3. Axes médicaux stratégiques	32
1.3.1. Parcours de soins du sujet âgé : adapter notre offre de soins au vieillissement de la population	32
1.3.2. Santé des enfants	34
1.3.3. Psychiatrie et santé mentale à tous les âges	37
Focus pédopsychiatrie	38
1.3.4. Accompagner et améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap	39
1.3.5. Accompagner les patients polypathologiques et atteints de maladies chroniques	40
1.3.6. Soins non programmés, gestion de crise, adaptabilité	42
1.3.6.1. Améliorer la régulation des soins non programmés	42
1.3.6.2. Améliorer l'accueil aux urgences	43
1.3.6.3. Réanimation et unités de surveillance continue	44
1.3.6.4. Gestion de crise	44
1.3.7. Parcours opératoire et interventionnel : bloc, innovation opératoire	45
1.3.8. Cancérologie	46
1.3.9. Soins palliatifs et douleur	48
1.3.9.1. Douleur	48
1.3.9.2. Médecine palliative	48
1.3.10. Maladies rares	50
1.3.11. Biologie	51
1.3.12. Santé publique, santé environnementale et prévention	51
1.3.13. Capacitaire	54
1.3.14. Numérique	55
1.4. Projet recherche	56
1.4.1. Une politique d'attractivité pour et par la recherche	56

1.4.2.	Une politique ambitieuse de formation à la recherche et d'information sur la recherche	57
1.4.3.	Faciliter et accélérer la mise en place des projets de recherche	58
1.4.4.	Poursuivre l'investissement dans les outils et dans l'appui aux équipes d'aide à l'investigation	59
1.4.4.1.	Entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP	59
1.4.4.2.	Plateformes communes à l'ensemble de l'AP-HP	60
1.4.4.3.	Fidélisation des équipes d'appui à la recherche	60
1.4.4.4.	Mise à niveau informatique	60
1.4.5.	Une recherche de l'AP-HP ouverte vers son écosystème et son territoire	61
1.4.6.	Renforcer les financements de la recherche	62
Le projet de soins de l'AP-HP		63
1.5.1.	Management, organisation et continuité des soins	64
1.5.1.1.	Parcours de soins et de santé sur le GHU et le territoire	64
1.5.1.2.	Management bienveillant et qualité de vie au travail	67
1.5.1.3.	Attractivité et Fidélisation	68
1.5.2.	Qualité et sécurité des soins	69
1.5.2.1.	Prise en charge du patient en inter-professionnalité	70
1.5.2.2.	Implication du patient expert et de l'expérience patient/aidant dans les processus de soins	70
1.5.2.3.	Bonnes pratiques et bienveillance/éthique dans les soins	71
1.5.2.4.	Développer la culture de la gestion du risque lié aux soins	71
1.5.2.5.	Sécurisation du circuit du médicament	72
1.5.3.	Compétences, métiers et formation	72
1.5.3.1.	Favoriser et structurer le développement des compétences	72
1.5.3.2.	Dynamiser l'évolution des métiers	73
1.5.3.3.	Poursuivre l'« universitarisation » des professions paramédicales en lien avec les structures de formation	75
1.5.3.4.	Accueil des étudiants et accompagnement dans les apprentissages	75
1.5.4.	Recherche et innovation	76
1.5.4.1.	Renforcer et structurer la recherche paramédicale	76
1.5.4.2.	Développer une stratégie de communication pour mieux faire connaître le dispositif	77
1.5.4.3.	Développement des technologies numériques au service des soignants et des patients	77
1.5.4.4.	Transfert des données issues de la recherche paramédicale dans les pratiques cliniques	78
2. S'engager vis-à-vis des patients		79
2.1. S'engager sur la qualité et la sécurité de nos soins : un enjeu partagé entre patient, usagers et soignants		79
2.1.1.	Intégrer la démarche éthique dans l'ensemble de nos activités	79
2.1.2.	Intégrer progressivement et conjointement les patients, les usagers et les professionnels dans toutes les démarches d'évaluation, internes ou externes	79
2.1.3.	Développer la mesure de la qualité des soins et en faire un levier de management et d'amélioration des pratiques et des organisations	80
2.1.4.	Porter une attention particulière aux publics précaires, en partenariat avec les associations s'occupant de personnes en situation de précarité	80
2.1.5.	Améliorer l'analyse des différents éléments d'alerte par l'établissement - Renforcer les liens entre analyse des réclamations et analyse des événements indésirables (EI)	80

2.1.6.	Améliorer la visibilité, la reconnaissance et l'intégration des bénévoles associatifs et des aidants dans les parcours de soins	81
2.1.7.	Favoriser l'implication des représentants des usagers dans la gestion de crise	82
2.2.	Renforcer la démocratie en santé dans le quotidien de l'AP-HP	82
2.2.1.	Mieux prendre en compte la parole des usagers dans les instances et les actions menées	82
2.2.2.	Améliorer la formation des représentants des usagers, des bénévoles et des professionnels	84
2.3.	Faire de l'engagement patient et des partenariats un axe stratégique de l'AP-HP	85
2.3.1.	Développer la culture de l'intégration du patient dans les pratiques de soins et favoriser le recueil de l'expérience patient	85
2.3.2.	Développer et consolider la place des patients-experts/patients-partenaires	86
2.3.3.	Co-construire l'innovation avec les usagers grâce à la mise en place de laboratoires	86
2.4.	Améliorer la qualité de vie du patient	87
2.4.1.	Poursuivre la labellisation « Hospitalité »	87
2.4.2.	Poursuivre le déploiement du Service Civique	88
2.4.3.	Améliorer l'accueil	88
2.4.4.	Développer la qualité de vie à l'hôpital par l'accès à la culture et le mieux-être	88
2.4.5.	Un hôpital enrichi de l'action des bénévoles individuels et ponctuels hors associations	89
2.4.6.	S'appuyer sur la qualité de la liaison ville-hôpital, révélatrice d'une démocratie en santé effective	89
	'Aller vers' les patients : une ambition portée par le Conseil de Surveillance de l'AP-HP	89
3.	Améliorer le quotidien des professionnels et restaurer l'attractivité à travers une politique sociale refondée	91
3.1.	Une ambition forte de création d'emplois	91
3.1.1.	Augmenter les capacités de formation initiale	91
3.1.2.	Evaluer les charges de travail dans les services de soins	91
3.1.3.	Repositionner et renforcer les équipes de suppléance	92
3.2.	Une politique de fidélisation des personnels	92
3.2.1.	Etendre la nouvelle allocation d'études	92
3.2.2.	Déprécier les contractuels	92
3.2.3.	Développer la formation et les promotions professionnelles	92
3.2.4.	Soutenir les évolutions de carrière	92
3.3.	Une amélioration du collectif et des conditions de travail	93
3.3.1.	Soutenir le management des responsables d'équipes et de structures	93
3.3.2.	Ouvrir la voie à de nouvelles organisations du travail	93
3.3.3.	Apporter un soutien institutionnel fort aux projets locaux de qualité de vie au travail	94
3.3.4.	Favoriser l'émergence de projets collectifs	94
3.3.5.	Sécuriser les parcours professionnels des personnels en situation de handicap	94
3.4.	Améliorer les conditions de vie en Ile de France	94
3.4.1.	Renforcer la politique en faveur de la petite enfance	95
3.4.2.	Améliorer l'accès au logement	95
3.5.	S'engager pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes	95

4. Prendre le virage du développement durable	96
4.1. Se projeter sur une trajectoire de réduction de nos émissions de CO2	96
4.2. Assumer notre responsabilité de producteur de déchets	96
4.3. Proposer une alimentation de qualité et responsable à nos patients et à nos professionnels	97
4.4. Devenir un acteur de référence sur la santé environnementale	97
5. Consolider le rayonnement international de l'AP-HP	99
5.1. Poursuivre notre stratégie à l'international	99
5.2. Participer activement aux actions européennes de l'EUHA	100
2^{ème} partie : Nos leviers	101
1. Une AP-HP désormais reconfigurée	102
1.1. La constitution de 6 Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU)	102
1.2. La création des départements médicaux-universitaires (DMU) en remplacement des pôles	103
1.3. La déconcentration des missions du siège vers les GHU	103
2. Le financement de nos projets	105
2.1. La consolidation durable des capacités d'investissement pour garantir et sécuriser, sur le long terme, la poursuite de la modernisation d'ores et déjà engagée de l'AP-HP	105
2.1.1. Travailler à l'amélioration de nos équilibres budgétaires en appui de nos ambitions immobilières et de nos projets.	106
2.1.2. Poursuivre la modernisation de nos outils de pilotage	109
2.1.3. Consolider la politique d'achat dans son axe durable et sociétal	109
2.2. Appuyer et encourager le soutien de nos mécènes	110
2.3. Utiliser le fonds APRES au bénéfice de la qualité de vie au travail et pour nos patients	110
3. Accélérer la transformation numérique, l'innovation et l'utilisation des données	112
3.1. Consolider et aller plus loin dans la numérisation de nos activités cœur de métier	112
3.1.1. Enrichir l'offre de services numérique pour nos patients	112
3.1.2. Faciliter l'activité et accélérer la transmission de l'information pour les professionnels	113
3.1.3. Renforcer la sécurité des systèmes d'information, leur résilience et leur conformité au RGPD	113
3.1.4. Renforcer les liens avec les acteurs des territoires de santé grâce au numérique	114
3.1.5. Développer l'aide décisionnelle en appui à la performance de nos activités de soins et hors soins	114
3.2. Déployer la télésanté et en particulier la télémedecine à grande échelle, au service des patients et des territoires	115
3.2.1. La téléconsultation	115

3.2.2.	La télésurveillance _____	116
3.2.3.	La télé-expertise _____	116
3.2.4.	Les télésoins _____	117
3.2.5.	La télé radiologie _____	117
3.3.	Structurer la démarche d'innovation à l'AP-HP _____	117
3.4.	Les données au service du soin, de la recherche et du pilotage _____	118
4.	<i>Poursuivre les opérations majeures de l'AP-HP _____</i>	121
4.1.	GHU AP-HP. Nord : Campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen Grand Paris-Nord ____	121
4.2.	GHU AP-HP. Nord : le nouveau Lariboisière _____	122
4.3.	GHU AP-HP. Saclay : le nouveau Garches - Ambroise Paré _____	122
4.4.	GHU AP-HP. Seine-St-Denis : le nouveau Jean Verdier _____	123
4.5.	GHU AP-HP. Centre : Hôtel-Dieu / hôpital numérique _____	123
5.	<i>Adapter nos organisations en continu au bénéfice des parcours des patients _____</i>	125
5.1.	Disposer d'une gestion prévisionnelle et interactive de nos structures d'accueil _____	125
5.2.	Mettre en place des plateformes médico-techniques performantes et communicantes	126
5.3.	Fluidifier les parcours de patients par l'intégration des nouveaux modes de prise en charge dans nos organisations _____	127
5.4.	S'engager vers des plateformes logistiques pour l'ensemble de nos GHU _____	128

1^{ère} Partie : Nos ambitions

Cinq ambitions constituent la première partie de ce projet d'établissement :

- **Ambition 1 : Assumer notre double rôle de CHU Francilien ancré sur son territoire et de 1^{er} centre hospitalier universitaire européen**
- **Ambition 2 : S'engager vis-à-vis des patients**
- **Ambition 3 : Améliorer le quotidien des professionnels et restaurer l'attractivité à travers une politique sociale refondée**
- **Ambition 4 : Prendre le virage du développement durable**
- **Ambition 5 : Consolider le rayonnement international de l'AP-HP**

1. Assumer notre double rôle de CHU francilien ancré sur son territoire et de 1^{er} centre hospitalier universitaire européen

Le projet médical de l'AP-HP

Introduction

Le projet médical de l'AP-HP est constitué autour de quatre piliers :

1. une politique territoriale positionnant l'AP-HP, CHU de l'ensemble de l'Île-de-France,
2. une politique des ressources humaines médicales centrée sur le rétablissement de l'attractivité des carrières médicales à l'AP-HP et favorisant l'attractivité de l'ensemble de l'Île-de-France,
3. des axes médicaux stratégiques définis au plus près des besoins de santé de la population des différents territoires franciliens,
4. une politique de recherche et d'innovation ambitieuse et conçue comme un facteur majeur d'attractivité.

Trois annexes complètent ce projet :

1. une synthèse des principaux projets des groupes hospitalo-universitaires établis en cohérence avec le projet médical de l'AP-HP,
2. un plan d'action pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
3. les fiches rédigées par les collégiales qui analysent en profondeur la situation et les enjeux pour chaque spécialité.

Sur l'ensemble de ces sujets, des objectifs opérationnels, assortis d'une planification de leur mise en œuvre sur la période 2021-2025 et de modalités d'évaluation, seront définis. Le bilan annuel du président de la commission médicale d'établissement (CME) sur la mise en œuvre du projet médical en assurera un suivi rapproché. Ce bilan sera présenté à la CME et au directoire de l'AP-HP. Comme il l'a fait pour le projet médical, le président de la CME proposera aussi à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicaux techniques (CSIRMT), au comité technique d'établissement central (CTE) et à la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) de l'AP-HP un échange sur ce bilan. À ce titre, cinq enjeux prioritaires mobiliseront particulièrement nos efforts :

1. le rôle du CHU dans la région Île-de-France : coopérations avec les autres acteurs de santé du **territoire** en matière de soins, d'enseignement et de recherche, et réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, en organisant une gradation des soins et en structurant les filières de prise en charge des patients, quel que soit leur point d'entrée dans le système de soins,
2. l'accueil et la gestion des **urgences** avec une meilleure articulation entre soins programmés et non programmés, à la faveur notamment de l'expérimentation du service d'accès aux soins,
3. la **santé des enfants** avec quatre grands volets : la capacité d'accueil en réanimation pédiatrique, une organisation régionale graduée de la chirurgie pédiatrique, la lisibilité de

l'offre de soins en pédiatrie spécialisée et la mise en œuvre de la feuille de route régionale sur la santé mentale des enfants et adolescents,

4. l'adaptation de la prise en charge des **maladies chroniques** aux besoins des patients, à l'évolution des modes de prise en charge et aux innovations thérapeutiques,
5. l'accompagnement des mutations de la **chirurgie** : prises en charge de plus en plus multidisciplinaires, développement des prises en charge ambulatoires, essor important de l'interventionnel, évolutions technologiques. Le projet médical 2021-2025 verra aussi l'ouverture de la **nouvelle école de chirurgie de l'AP-HP** en partenariat avec l'ensemble des universités franciliennes à composante santé.

1.1. Le CHU dans la région Île-de-France

Cet axe stratégique majeur du projet médical 2021-2025 de l'AP-HP fait partie des cinq qui feront l'objet d'une attention plus particulière dans le cadre du bilan annuel du président de la CME (voir introduction).

Soins, enseignement, recherche constituent les trois missions fondamentales des CHU. Consciente que les enjeux d'accès aux soins sur tous les territoires d'Île-de-France nécessitent une réponse coordonnée de l'ensemble des acteurs de santé et qu'attractivité du CHU et attractivité de la région Île-de-France pour les personnels de santé sont étroitement liées, l'AP-HP a l'ambition de faire vivre à un haut niveau de qualité ces trois missions au profit de l'ensemble du territoire francilien. Elle s'engage dans une relation partenariale renouvelée avec les acteurs de santé territoriaux. La constitution d'une nouvelle sous-commission *Ville, hôpital, territoire* de la CME et la participation de la présidente de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France aux séances de la CME et du conseil de surveillance expriment cette nouvelle approche qui sera développée au cours des années à venir.

L'Île-de-France est un territoire vaste et complexe, riche d'un potentiel humain et d'innovation remarquables, mais présentant de nombreuses disparités géographiques et sociales, facteurs d'inégalité d'accès aux soins. L'AP-HP doit être le CHU de l'ensemble des territoires d'Île-de-France.

La crise du coronavirus a montré combien la solidarité de l'ensemble des professionnels de santé de tous secteurs (public, privé, hospitalier, hospitalo-universitaire, de ville, médico-social) est susceptible de rendre notre système régional de soins plus efficace. Elle a aussi ouvert de nouveaux horizons de prise en charge coordonnée des patients : dispositif COVIDOM, téléconsultations, collaboration avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes mobiles de gériatrie en renfort des établissements d'hébergement pour personnes âgées indépendantes (EHPAD)... Cette solidarité que nous avons su faire vivre en temps de crise, nous devons la bâtir en temps normal et de façon pérenne en tirant parti des expériences les plus concluantes.

La crise a aussi souligné les inégalités territoriales au sein de la région Île-de-France. La surmortalité observée au cours de cette crise dans certains départements franciliens, comme la Seine-Saint-Denis, est certes loin d'être exclusivement le fait de l'hôpital. Il n'en reste pas moins que des disparités en moyens, notamment en moyens hospitaliers et en postes universitaires, existent, posant des problèmes d'attractivité pour les groupes hospitalo-universitaires de certains territoires extra-muros, alors que la population francilienne connaît une évolution centrifuge depuis plusieurs décennies. Les difficultés d'attractivité et d'accès à l'expertise médicale complexifient ainsi la prise en charge des patients, le tissage de partenariats territoriaux et l'aménagement de carrières dynamiques dans certains départements *extra-muros*.

Dans la mesure où les difficultés rencontrées de façon globale en matière d'évolution de la démographie médicale hospitalière et hospitalo-universitaire en Île-de-France ne permettent pas d'envisager des redistributions conséquentes, la priorité immédiate du CHU d'Île-de-France sera, non seulement de s'assurer de la solidarité entre tous ses hôpitaux et groupes hospitaliers, mais aussi de

renforcer ses partenariats avec les établissements et acteurs de santé des territoires en organisant une gradation des soins, des filières de recours et des parcours patients structurés. Ces partenariats doivent également permettre de mieux répondre aux besoins insatisfaits en lits en aval de l'hospitalisation, notamment en matière de soins de suite et de rééducation, de prise en charge des personnes âgées, des personnes souffrant de troubles psychiatriques et des personnes relevant de prises en charge médico-sociales ou sociales.

1.1.1. Les partenariats avec les établissements hospitaliers des territoires

L'hospitalisation publique ne peut pas se faire concurrence à elle-même, ni au sein de l'AP-HP ni entre l'AP-HP et les centres hospitaliers du territoire.

Depuis 2016, la structuration des 16 groupes hospitaliers de territoire (GHT) d'Île-de-France et le processus d'association de l'AP-HP avec chacun d'entre eux ont permis de renforcer les partenariats avec les centres hospitaliers. Un bilan établi en 2020 montre le dynamisme des groupes hospitalo-universitaires (GHU) de l'AP-HP sur les conventions territoriales et le succès des postes d'assistant partagé comme outil pour renforcer les coopérations hospitalières et territoriales et conforter les équipes médicales dans les centres hospitaliers. Ces partenariats s'avèrent toutefois hétérogènes selon la situation géographique des GHU de l'AP-HP (multiplicité de GHT partenaires pour certains GHU extra-muros) et les dynamiques territoriales restent variables.

Deux enjeux principaux ont été identifiés pour les prochaines années : le bon équilibre hospitalo-universitaire de ces partenariats pour maintenir une collaboration de haut niveau incluant la recherche, d'une part, la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins du CHU sur la région, d'autre part.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP, CHU d'Île-de-France, qui se positionne à la fois comme acteur de proximité et de recours :

- finalisera les projets médicaux de territoire entre les GHT et les nouveaux GHU, avec pour objectifs : 1) de structurer l'orientation, la prise en charge et le parcours clinique des patients par territoire à la faveur d'une définition concertée de niveaux d'intervention de chaque établissement partenaire, en structurant plus fortement, le cas échéant, l'offre de soins de certaines spécialités du CHU sur les territoires ; 2) de favoriser une attractivité globale de l'Île-de-France pour les jeunes médecins ;
- renforcera les coopérations en matière de recherche, notamment en impliquant plus fortement les GHT dans les inclusions de patients dans les programmes pilotés par le CHU ;
- poursuivra le développement des postes partagés : augmentation du nombre de postes d'assistants partagés et réflexion sur une possible extension de ce dispositif à d'autres types de postes (PH partagés, notamment) ;
- s'efforcera de mieux anticiper les impacts de ses évolutions structurelles et fonctionnelles sur l'offre territoriale de soins et renforcera les échanges avec les centres hospitaliers sur les grands projets et évolutions structurelles de l'AP-HP, en commençant par l'hôpital du futur campus Grand-Paris Nord ;

- proposera une organisation des activités d'expertise et de référence sur l'ensemble de la région, conformément à la nouvelle politique d'autorisations définie par l'agence régionale de santé (ARS), en lien avec d'autres offreurs de soins publics, privés et associatifs ;
- améliorera les outils numériques supports de cette coopération inter-hospitalière, en particulier pour le partage des dossiers médicaux et de l'imagerie ;
- réfléchira aux possibilités de partage des plateaux techniques sur le territoire, notamment en matière d'expertise et de recours.

1.1.2. Les relations avec les établissements de santé privés d'intérêt public (ESPIC)

L'agence régionale de santé est la garante de la complémentarité de tous les établissements profitant de financements publics, laquelle doit exclure la logique des « parts de marché » et de la concurrence par les salaires parce qu'elle est incompatible avec l'objectif de fédérer les acteurs de santé des territoires au service des usagers.

Les conventions hospitalo-universitaires entre le CHU et ses partenaires sont en cours d'actualisation. Elles doivent être fondées sur des projets médicaux cohérents avec les besoins de santé de la population, les besoins de formation des professionnels de santé et la politique médicale de l'AP-HP.

1.1.3. Les coopérations avec la médecine de ville

La qualité des parcours de soins des patients nécessite une coordination étroite et renforcée avec les professionnels de santé de ville, médecins mais aussi paramédicaux, ainsi qu'une construction partagée de ces parcours. Cette coopération est rendue d'autant plus nécessaire par l'augmentation des maladies chroniques et elle va de pair avec la possibilité de faire évoluer les modes de prise en charge à l'hôpital. Elle est toutefois compliquée dans certaines zones géographiques de l'Île-de-France où le nombre de professionnels de santé et la saturation des files actives de patients ne permettent pas de répondre aux besoins de la population du département.

Compte tenu de la taille des nouveaux groupes hospitalo-universitaires, un lien fort de proximité doit être maintenu avec les hôpitaux, échelon de communication le plus naturel avec les acteurs du premier recours. En revanche, la coopération avec les réseaux de correspondants spécialistes s'envisage à une échelle différente.

Les réalisations du plan stratégique précédent, comme le programme « Médecins partenaires », l'application « Direct AP-HP » permettant de joindre directement des médecins de l'AP-HP, ou encore les coopérations mises en place avec les structures de ville (maisons de santé pluridisciplinaires, centres municipaux de santé, communautés professionnelles de territoire de santé...), de même que les coopérations développées dans le contexte de la crise COVID doivent servir d'appui pour aller plus loin.

De nombreuses coopérations existent, reposant sur la volonté des acteurs, qui doivent être généralisées et soutenues par des outils facilitant les communications en amont et en aval des hospitalisations.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP ambitionne de :

- **Co-construire des parcours de soins partagés sur les territoires, facilitant les coopérations en amont et en aval des prises en charge hospitalières. En particulier, l'AP-HP s'attachera à :**
 - Soutenir la démographie médicale en ville en :
 - développant les postes partagés ville-hôpital, en veillant toutefois à ne pas proposer des postes partagés avec plus de deux centres ;
 - permettant, là où c'est souhaité, l'installation d'équipes de soins primaires dans les locaux de l'AP-HP ;
 - S'appuyer sur les parcours thématiques et les expérimentations « article 51 » pour renforcer nos liens avec la médecine de ville : il s'agira d'identifier dans les territoires quelques thématiques d'intérêt (par exemple, diabète, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque...) et de définir de manière concertée les points-clés du parcours. : seront notamment travaillés les modalités et critères d'accès à l'hôpital, ainsi que les modalités de suivi. Le suivi en ville sur la base de protocoles partagés sera favorisé autant que possible afin de permettre aux équipes hospitalières de prendre en charge de nouveaux patients ayant besoin de leur expertise ;
 - Rénover et renforcer la coopération avec les médecins spécialistes dans certaines disciplines, en coopération notamment avec l'union régionale des professionnels de santé (URPS) ;
 - Promouvoir et faciliter le rôle des paramédicaux, en particulier les infirmiers de coordination (IDEC) déjà fortement investis, mais aussi des infirmiers de pratique avancée, qui doivent jouer un rôle de premier plan dans la collaboration ville-hôpital et l'amélioration des parcours de soins ;
 - Veiller à la bonne articulation entre le développement des relations de l'AP-HP avec les acteurs de l'ambulatoire et les partenariats réalisés avec les établissements de santé du territoire.
- **Améliorer la bonne communication autour de son offre de soins et de ses organisations afin de la rendre lisible et accessible. En particulier, l'AP-HP s'attachera à :**
 - construire avec les acteurs du territoire un maillage autour de chaque site hospitalier et, notamment, établir des partenariats avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
 - développer une communication médicalisée relative à son offre de soins auprès des CPTS ;
- **Soutenir les coopérations grâce au développement et à l'usage d'outils numériques permettant de simplifier et de fluidifier la communication ville-hôpital. En particulier, l'AP-HP s'attachera à :**
 - développer l'offre de prise de rendez-vous en ligne avec des créneaux dédiés pour les médecins généralistes et spécialistes ;

- améliorer la transmission des informations vers la ville après la prise en charge hospitalière :
 - diffuser les pratiques de renseignement des médecins traitants au moment de l'accueil du patient à l'hôpital ;
 - généraliser la transmission dématérialisée ou massifiée des comptes rendus de consultation et d'hospitalisation aux médecins correspondants et systématiser pour le médecin traitant ;
 - alimenter le dossier médical partagé (DMP) (et « Terr-eSanté ») avec les documents patients éligibles produits par l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP ;
 - prendre une part active à « Terr-eSanté », facilitée par le développement de l'interopérabilité avec ORBIS ;
- développer l'offre de services numériques à destination des professionnels de santé de ville avec un point d'entrée unique vers les différents services (ligne directe pour avis médical rapide, aide à l'orientation via demande écrite, télé-expertise, staffs partagés...). Il s'agit de mettre à disposition des services hospitaliers et des médecins de ville un panel de modalités permettant l'échange et la coopération, le choix se faisant ensuite en fonction de la situation ;
- déployer les usages d'un système d'information robuste permettant les téléconsultations, les staffs à distance, etc.
- animer et faire vivre le réseau des médecins partenaires avec mise à disposition de services numériques (portail professionnel, application « direct AP-HP » renforcée...).

1.2. Attractivité des carrières médicales

Le changement majeur intervenu au cours de la dernière décennie en matière de ressources humaines médicales est l'effritement de l'attractivité de l'AP-HP, mais aussi de l'ensemble des hôpitaux publics d'Île-de-France. Dans le même temps, alors que perduraient, voire s'aggravaient par endroits, les déséquilibres territoriaux, de véritables déserts médicaux de ville apparaissaient dans certains territoires de la région.

Pour ce qui concerne l'AP-HP, où de plus en plus de disciplines médicales sont reconnues « en tension », de multiples facteurs, souvent communs à l'ensemble des hôpitaux publics, expliquent cette relative désaffection, parmi lesquels : le coût de la vie en Île-de-France sans commune mesure avec l'évolution des salaires, l'évolution culturelle des jeunes générations plus attachées notamment à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, la dégradation des conditions de travail dans leurs diverses dimensions (charges de travail, glissements de tâches, équipements, organisation, management...)

Le projet 2021-2025 des ressources humaines médicales et maïeutiques de l'AP-HP a pour objectifs de mettre en place les premiers éléments indispensables pour rétablir l'attractivité des carrières médicales hospitalières et hospitalo-universitaires à l'AP-HP, fidéliser les personnels médicaux et maïeutiques afin d'assurer une certaine stabilité des équipes indispensable à la qualité des soins et au développement de projets sur le long terme, et améliorer les conditions de travail des équipes. Il tient compte, d'une part, des enseignements tirés de la crise du coronavirus qui est venue frapper de plein fouet un hôpital public déjà très fragilisé et, d'autre part, des mesures déjà prises ou encore en négociation dans le cadre du « Ségur de la santé ». La mise en œuvre de cette politique ambitieuse nécessite l'organisation d'une direction des ressources humaines médicales de l'AP-HP spécialisée dans ces problématiques et étoffée dans ses moyens.

Pour la période 2021-2025, l'objectif d'attractivité et de fidélisation des personnels médicaux se traduira selon quatre axes.

1.2.1. Effectifs et métiers : poser les fondements d'une politique de gestion prévisionnelle des personnels médicaux

- analyser l'évolution démographique (nombre de médecins et de sages-femmes et évolution des métiers) des différentes disciplines en tenant compte de leur répartition territoriale et des innovations diagnostiques, thérapeutiques ou de prise en charge, afin de déterminer les besoins en compétences médicales dans les 5 à 10 ans au regard des besoins en soins (évolutions épidémiologiques, files d'attente, délais de rendez-vous, transferts...), en formation (internes), en enseignement et en recherche, et intégrer les résultats de ces études dans le cadrage des révisions des effectifs ;
- développer une réflexion prospective médicale permettant une évaluation très en amont des besoins (outils d'analyse pour appréhender les besoins de recrutement et les masses critiques, indicateurs d'activité clinique, de qualité des soins, de formation, d'enseignement et de recherche rapportés aux effectifs, indicateurs de ressources humaines intégrant les charges de travail et les

droits effectifs aux repos, aux congés et à la formation, suivi démographique des disciplines, analyse du *turn-over*...) ;

- recenser les départs des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires et analyser leurs causes, notamment en proposant un entretien avec un membre de la sous-commission *Vie hospitalière* locale (CVHL) à chaque praticien quittant l'AP-HP, afin de mieux appréhender les leviers possibles pour améliorer l'attractivité ;
- évaluer les conséquences de la réforme du 3^e cycle sur les organisations hospitalières et les besoins en temps médical (mise en place des docteurs juniors, effets de la réforme pour la médecine générale) et identifier les facteurs d'attractivité spécifiques aux internes ;
- en lien avec les doyens, favoriser une politique d'universitarisation en médecine du travail et en santé publique.

1.2.2. Carrières médicales : donner des perspectives, diversifier et enrichir les parcours professionnels à tous les âges de la vie

Décliner les réformes du Ségur à l'AP-HP...

Outre diverses revalorisations salariales et indemnitaires, les textes déjà parus et les concertations en cours dites « post-Ségur » sont des porteurs d'enjeux importants pour l'AP-HP, qui devra définir une politique commune pour une mise en œuvre efficace et harmonisée des nouvelles opportunités ainsi ouvertes ou à venir, en particulier en ce qui concerne :

- la reconnaissance de valences associées à l'exercice clinique pour les praticiens hospitaliers (deux demi-journées par semaine pour la recherche, l'enseignement, des responsabilités managériales, un projet collectif ou les relations avec la ville) ;
- la possibilité de demi-journées d'activité d'intérêt général à l'extérieur de l'AP-HP étendue aux praticiens hospitaliers à temps réduit, dont le corps est fusionné avec celui des temps plein (deux demi-journées pour les praticiens hospitaliers temps plein, une demi-journée pour les praticiens à 80 et 90 %) ;
- l'extension de la prime d'engagement territorial à un exercice ambulatoire hors de l'AP-HP et la création d'une prime de solidarité territoriale pour les disciplines en tension en sus des obligations de service du praticien ;
- la possibilité pour les praticiens hospitaliers à 80 et 90 % de faire une demi-journée d'activité libérale à l'hôpital et, pour les praticiens exerçant moins de 10 demi-journées à l'hôpital, d'exercer en libéral en dehors de l'AP-HP ;
- le remplacement des contrats de praticien hospitalier contractuel, attachés et cliniciens hospitaliers par un contrat unique ;
- les futures mesures qui concluront les concertations en cours sur l'attractivité et les carrières hospitalo-universitaires qui ont pour objectifs de mieux accompagner la préparation aux concours et l'entrée dans la carrière hospitalo-universitaire, d'aménager et valoriser la triple

mission de soins, d'enseignement et de recherche, à revaloriser les carrières hospitalo-universitaires et assouplir leur cadre d'exercice.

... en définissant une politique des ressources humaines médicales attractive...

- proposant des modèles d'intégration et de progression dans la carrière hospitalière :
 - définition d'un cadre général de recrutement des contractuels : articulation avec le statut de praticien hospitalier, qui reste la modalité d'exercice de référence à l'hôpital public, encadrement des rémunérations selon les différents types de missions, lutte contre l'intérim médical ;
 - définition de parcours-types avant la titularisation selon les disciplines, avec le souci d'accélérer les titularisations et, en lien avec l'Université, de faciliter un post-internant de qualité pour les internes, suivie de la possibilité d'une carrière hospitalo-universitaire ;
- valorisant les parcours professionnels diversifiés au sein de l'AP-HP tout au long de la carrière : mobilités choisies, offre de formation, possibilités de missions complémentaires, mise en place des valences complémentaires à l'activité clinique (recherche, enseignement, management, activités transversales), activité partagée, en s'assurant que c'est une démarche du praticien et que cela ne perturbe pas le fonctionnement de l'équipe ;
- soutenant les sites hospitaliers, les territoires et les disciplines les plus en difficulté ;

... et soucieuse :

- d'un bon équilibre entre cadrage central de la politique institutionnelle, garante d'une harmonisation des pratiques et d'absence de concurrence entre hôpitaux de l'AP-HP, et marges de manœuvre des groupes hospitaliers, garantes de réactivité, de souplesse et d'adaptation aux situations locales ;
- de l'équité et de la préservation de la cohérence des équipes et de relations harmonieuses en leur sein ;
- de la contribution de l'AP-HP au développement des relations ville-hôpital et à l'attractivité globale de la région Île-de-France à travers ses partenariats avec les autres centres hospitaliers ;
- des impacts de ces réformes sur la structure des emplois médicaux (et donc sur la masse salariale) ;
- de l'association des personnels paramédicaux et de leurs instances de représentation aux discussions sur la mise en œuvre des projets, ainsi que des membres des instances de coordination avec les usagers pour tout ce qui touche aux conditions d'accueil et de qualité de prise en charge des patients.

Favoriser la formation et la recherche

Politique de formation continue

La politique de formation continue est un élément d'attractivité et de fidélisation des personnels. Elle doit aussi viser à accompagner :

- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) ;
- le changement culturel en matière de management lancé avec le plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM), approuvé à l'unanimité par la CME du 10 mai 2016 et largement repris par les pouvoirs publics, et qui doit encore entrer plus concrètement dans la vie des équipes ; ce changement culturel en matière de management concerne aussi les directions et l'encadrement soignant afin de favoriser à tous les niveaux le dialogue constructif ;
- la politique de diversification des carrières tout au long de la vie professionnelle ;
- la construction de relations de travail de qualité entre les différents métiers de l'hôpital.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- favorisera la participation de ses professionnels de santé aux formations continues innovantes : centres de simulation en santé (Ilumens...), chaire « bloc opératoire augmenté » (BOPA)...
- développera la formation au management pour l'accession à des fonctions de responsables de structure médicale (départements médico-universitaires, services, unités fonctionnelles) et pour l'accompagnement des responsables lors de leur prise de poste ou pendant leur mandat : formation au management et à l'animation d'équipe, formation à la conduite de l'entretien individuel, offre de *coaching* individuel et collectif, etc., en favorisant les formations communes avec les personnels d'encadrement paramédicaux et administratifs ;
- proposera une formation à la prise en charge des situations individuelles complexes commune aux membres des sous-commissions *Vie hospitalière* (CVH) et aux directeurs des affaires médicales ;
- accompagnera les secondes parties de carrière et les demandes de reconversion professionnelle (bilan de compétence) et des fins de carrière avec un plan de succession concerté ;
- facilitera les évolutions de la médecine et des prises en charge et l'émergence des pratiques avancées pour les personnels soignants, tout en veillant à ce qu'elles ne favorisent pas les glissements de tâches indus, ne soient pas conçues comme un palliatif pour répondre aux problèmes d'effectifs et à ce qu'elles s'inscrivent dans une réflexion globale sur la filière infirmière ;
- favorisera une amélioration de l'accueil des étudiants en santé et soins infirmiers en stage dans les services de l'AP-HP et une plus grande implication des médecins à l'enseignement médical dispensé dans les instituts de formation aux soins infirmiers (Ifsi) afin de rétablir une relation interprofessionnelle directe entre personnels infirmiers et médicaux en amont des recrutements à l'AP-HP qu'elle entend ainsi favoriser ;
- constituera un vivier de personnels formés aux soins critiques mobilisables en cas de crise ;
- développera l'offre de formation en ligne (*e-learning*) ;

AP-HP – Projet d'établissement 2021-2025

- mettra en place les comptes individuels de formation dans le cadre des mesures prévues par le « Ségur de la santé » ;
- étudiera les moyens de renforcer le budget disponible pour les aides financières pour l'accès aux diplômes universitaires (DU), congrès, journées de formation et bourses pour mobilité ;

École de chirurgie

L'un des projets-phares de l'AP-HP sur la période 2021-2025 sera d'ouvrir la nouvelle école de chirurgie, commune à l'ensemble de l'AP-HP et aux universités franciliennes.

De vocation nationale et internationale, l'école doit répondre aux besoins actuels et futurs de la formation professionnelle des chirurgiens. Elle dispensera une formation initiale et continue et utilisera les techniques classiques de formation sur le corps humain, le petit ou le gros animal, mais aussi des supports d'enseignement modernes et innovants (supports secs, modélisation 3D, simulateurs, robotique...). Elle dispensera des formations interprofessionnelles pour les activités opératoires et interventionnelles, en particulier avec l'école des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE). Sa gouvernance garantira l'unité et la cohérence d'ensemble d'un projet qui couvre trois champs d'activité : formation, lien avec les acteurs privés, centre de don du corps autonome administrativement et scientifiquement et garantissant le respect de principes éthiques de fonctionnement rigoureux et transparents. Une relation partenariale avec l'École nationale vétérinaire d'Alfort permettra la formation et la recherche sur le gros animal dans des conditions techniques et éthiques optimales.

Accueil des internes

Les conditions dans lesquelles l'accueil et l'accompagnement des internes sont assurés emportent des enjeux majeurs : pédagogiques pour la qualité de la formation pratique délivrée aux futurs praticiens, en matière d'attractivité des carrières hospitalières publiques, mais aussi de politique sociale et de prévention des risques psycho-sociaux.

En s'appuyant sur le comité des internes, l'AP-HP :

- organisera un suivi de la mise en place des « docteurs juniors » dans les services ;
- assurera une visite médicale effective de tous les internes avant leur prise de fonction (environ 1 300 nouveaux internes par an) en établissant une liste de médecins volontaires de l'AP-HP pour assurer ces consultations ;
- s'assurera du respect de leur durée hebdomadaire de travail ;
- mettra en place un « guichet » au niveau du bureau des internes du Siège de l'AP-HP pour permettre un accès de tous les internes en souffrance à des dispositifs d'aide et de soutien.

Renforcer la recherche comme élément essentiel d'attractivité du CHU

L'activité de recherche est un élément majeur de l'attractivité de l'AP-HP. Elle conditionne le recrutement et la fidélisation des praticiens. C'est pourquoi l'AP-HP en a fait l'une des clés de voûte de son projet recherche 2021-2025. Elle doit en particulier être conduite au profit des internes, des chefs

de clinique assistants (CCA) et assistants hospitalo-universitaires (AHU), et des jeunes praticiens hospitaliers (PH) et maîtres de conférences-praticiens hospitaliers (MCU-PH).

1.2.3. Qualité de vie au travail : simplifier les organisations et le quotidien des équipes

On ne travaille bien que lorsque l'on est en nombre suffisant et au sein d'équipes stables, lorsque l'on peut exercer dans les « règles de l'art » le métier pour lequel on s'est formé, lorsque l'on peut développer des projets communs et participer aux décisions qui concernent son équipe.

Le projet social 2021-2025 de l'AP-HP approuvé par la CME du 1^{er} décembre 2020 après une concertation tripartite avec les syndicats et la direction est en ce sens de nature à améliorer aussi la qualité de vie au travail du personnel médical à travers ses divers volets : création d'emplois paramédicaux, évaluation des charges de travail sur la base d'une démarche partant des services, renforcement de l'encadrement de proximité, autonomie renforcée des équipes dans la gestion des plannings, le choix des schémas horaires et la concordance des temps discutés en conseil de service, politique du logement et des crèches...

Sur le volet plus spécifiquement médical, sur la période 2021-2025, l'AP-HP veillera à :

- la place centrale du service, niveau immédiat du sentiment d'appartenance des personnels, au cœur de l'organisation hospitalière :
 - en évaluant la mise en œuvre des départements médico-universitaires créés dans un triple but : structurer l'offre de soins de l'AP-HP sur la base de projets médicaux dotés d'une cohérence hospitalo-universitaire renforcée ; redonner de l'autonomie aux services ; répondre au souhait largement partagé de simplification administrative à la faveur d'importantes délégations de gestion dans un esprit de subsidiarité et d'une véritable médicalisation de la gouvernance ;
 - en soutenant la réunion effective des conseils de service, notamment pour le partage du projet de service et de département médico-universitaire ;
- la place et au rôle des responsables médicaux de site ;
- la promotion de l'égalité professionnelle entre femmes et hommes, notamment pour l'accès aux postes de responsabilité, et à la lutte contre le harcèlement sexuel ;
- la lutte contre le glissement des tâches (dimensionnement adéquat des secrétariats médicaux, allègement des tâches administratives, attention portée à l'organisation logistique des hôpitaux...) ;
- la poursuite de la mise en œuvre de la politique de conciliation médicale définie dans le plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM) de 2016 : identification d'un vivier de conciliateurs dans les groupes hospitaliers, formation de ces conciliateurs et des membres des sous-commissions *Vie hospitalière* (CVH) ;
- l'élaboration d'un projet de qualité de vie au travail dans les projets de service et de département médico-universitaire (équilibre vie professionnelle – vie privée, développement de services à la

personne, projets éligibles au fond de transformation de l'AP-HP, accueil des internes et des personnels soignants stagiaires...).

La qualité de vie au travail et l'attractivité de l'AP-HP pour les médecins est aussi dépendante de la qualité des équipements et de l'adéquation du système d'information à leurs besoins. Le plan d'équipement 2021-2025 et le futur schéma directeur du système d'information viendront à l'appui de cette politique.

1.2.4. Territoires : renforcer la politique de partenariat du CHU avec les établissements franciliens

En matière de ressources humaines médicales, la politique de partenariat entre le CHU et les établissements franciliens revêt plusieurs formes : la plus récente concerne l'association du CHU aux 16 groupements hospitaliers de territoire (GHT) de l'Île-de-France avec une mission de gestion de la démographie médicale, les plus anciennes concernent les relations du CHU et des universités avec les établissements franciliens dans l'affectation des ressources hospitalo-universitaires. Le développement des postes d'assistants partagés, assistants ville-hôpital, assistants partagés recherches en vue de former des compétences qui irriguent le territoire est un élément structurant des enjeux territoriaux.

Les enjeux d'une politique territoriale du CHU en matière de ressources humaines médicales sont :

- élaborer avec l'université une politique de partenariat avec les établissements hors CHU dans l'allocation des ressources hospitalo-universitaires ;
- évaluer et faire évoluer les dispositifs permettant le déploiement d'une ressource médicale adaptée aux projets médicaux et de recherche des établissements de santé, en lien avec l'agence régionale de santé et les universités ;
- contribuer dans son champ de compétence au pilotage de l'allocation de la ressource médicale junior sous l'égide de l'agence régionale de santé.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- évaluera et mettra à jour les conventions d'association du CHU avec les établissements publics et privés en intégrant des éléments du partenariat (projet médical et de recherche, filières patients...) ;
- évaluera avec l'agence régionale de santé et les établissements partenaires les dispositifs d'assistants partagés, postes partagés ville-hôpital, assistants de recherche clinique ;
- organisera et s'efforcera de faire reconnaître les dispositifs d'avis spécialisés aux moyens d'outils RH : plateformes d'imagerie médicale mutualisée (PIMM), astreintes et gardes régionales, constitution le cas échéant d'équipes territoriales ;
- construira avec l'ARS des outils permettant une allocation de la ressource junior accompagnant les nouveaux enjeux ;
- construira des parcours professionnels avec les GHT environnants.

1.3. Axes médicaux stratégiques

1.3.1. Parcours de soins du sujet âgé : adapter notre offre de soins au vieillissement de la population

À l'hôpital, le patient âgé n'est pas un patient comme les autres : taux d'hospitalisation plus élevé, plus grande proportion d'admissions par les urgences, durée de séjour plus longue, alors même qu'il cumule souvent les fragilités ; population polypathologique nécessitant une expertise transversale, principalement hospitalisée pour des motifs aspécifiques (chutes, confusion, altération de l'état général, voire maintien à domicile difficile...) révélant des pathologies aiguës infectieuses ou cardio-ou cérébro-vasculaires, souvent associées à une dénutrition obérant le pronostic vital et fonctionnel ; risque de dépendance ou d'aggravation de dépendance, concernant dans une proportion non négligeable une dépendance iatrogène. Parallèlement, les progrès en médecine, chirurgie et anesthésiologie permettent de faire bénéficier des patients toujours plus âgés de traitements lourds et innovants qui améliorent de manière substantielle la qualité et la durée de vie. Ces évolutions nécessitent une adaptation du cadre de soins à cette population particulière de malades très fragiles.

À l'AP-HP, en 2018, 10 % des séjours en MCO (hors pédiatrie, gynéco-obstétrique et gériatrie) concernent les plus de 85 ans et 24 % les plus de 75 ans. Depuis 2014, on constate une augmentation de 21 % des séjours pour les plus de 85 ans. La gériatrie est présente dans 33 des 39 hôpitaux de l'AP-HP et on trouve des unités de gériatrie aiguë (UGA) sur 26 sites. Ces quelques données donnent la mesure des enjeux et du défi que représente le vieillissement de la population pour notre institution : certes, le soin, l'enseignement et la recherche, mais également la prévention de la perte d'autonomie, la qualité des soins apportés aux personnes âgées et enfin la formation des professionnels du secteur.

Sur la période 2021-2025, la politique gériatrique de l'AP-HP visera à :

1. Adapter et harmoniser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, apporter l'expertise gériatrique au plus près du patient et améliorer l'attractivité des services gériatriques pour les professionnels de santé :
 - l'offre de soins gériatriques de l'AP-HP sera recentrée sur le sanitaire de haut niveau, tant sur l'activité gériatrique polyvalente que sur des activités plus spécialisées (onco-gériatrie, neuro-psycho-gériatrie, gériatrie péri-opératoire...), en intégrant les suites du « plan maladies neurodégénératives » ;
 - concernant les unités de soins de longue durée (USLD), conformément aux orientations définies le 9 mai 2019 par l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) et l'AP-HP, le nombre de lits sera adapté au besoin sanitaire réel et la réduction du nombre de lits d'USLD sera compensée, en concertation avec les conseils départementaux, par un nombre équivalent de places nouvelles conventionnées à l'aide sociale en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures hospitalières ou médico-sociales permettant de répondre aux besoins en gériatrie pour l'Île-de-France. L'AP-HP restera partie prenante des EHPAD, qu'ils se situent sur ses sites ou à proximité, en passant des conventions avec ces derniers ou en mettant en place des groupements de coopération sanitaire et médico-sociale. Elle renforcera également les moyens et le

maillage géographique de son hospitalisation à domicile (HÀD) afin de permettre de développer ses interventions en EHPAD. Les sites conservant des USLD bénéficieront d'un plan d'humanisation (chambres individuelles) et d'un renforcement du forfait soins par place d'USLD dont le personnel médical et soignant doit être renforcé ;

- chaque GHU :
 - définira ses filières gériatriques intra-hospitalières allant de la consultation ou du service d'accueil des urgences (SAU), des unités de gériatrie aiguë (UGA) et des soins de suite et réadaptation (SSR) jusqu'à l'offre de soins de longue durée (SLD). Pour les SSR, leur volume sera précisé en fonction de critères pertinents (nombre de patients âgés du bassin de vie, passages aux urgences, d'hospitalisations via les urgences, nombre de patients âgés dans les services d'aigu...) et en anticipant les besoins des filières gériatriques polyvalentes et spécialisées ;
 - établira un projet stratégique gériatrique de territoire, en lien étroit avec les autres acteurs du parcours et les autres GHU, en structurant les liens au sein de chaque filière gériatrique ; en particulier, les liens entre « médecine communautaire » et médecine hospitalière seront structurés afin de favoriser le maintien à domicile sans perte de chances (réactivité adaptée en cas de besoin de parcours de soins hospitalier et réactivité sanitaire et médico-sociale adaptée pour retourner à domicile) ;
 - les équipes mobiles gériatriques intra-hospitalières (auprès des différents services médicaux) ou et extra-hospitalières (dans les structures médico-sociales) seront renforcées ;
 - le temps nécessaire à l'organisation et à la coordination du retour à domicile sera évalué et les effectifs seront adaptés en conséquence ;
 - l'hospitalisation à domicile (HAD) sera développée, y compris dans les EHPAD ;
 - l'accès à la télémédecine pour les personnes âgées, lorsqu'elle est pertinente, sera mis à la disposition de l'ensemble des acteurs concernés, notamment des EHPAD du territoire, dans l'objectif de limiter les déplacements des personnes âgées pour des consultations et pour améliorer la qualité du suivi médical ;
2. S'investir dans la prévention, à domicile ou en établissement médico-social par des actions de formation, voire de recherche clinique, sur les bienfaits de l'activité physique, de l'alimentation, du repérage et de la prise en charge précoce de pathologies gériatriques (ateliers de prévention des chutes, ateliers mémoire, suivi par géronto-technologie...)
 3. Favoriser le développement de la recherche en gériatrie, clinique et translationnelle :
 - le développement de la recherche en gériatrie repose sur le recrutement d'un nombre suffisant de médecins, la formation de suffisamment d'internes et la sanctuarisation d'un temps recherche dans les services de gériatrie engagés ;
 - des systèmes de financement spécifiques de travaux de recherche ou de bourses doivent soutenir et accompagner les gériatres désireux de faire de la recherche dans le cadre de masters ou thèses ;
 4. Améliorer l'attractivité de la gériatrie pour les personnels soignants :

- développer l'ensemble des actions permettant d'accroître la qualité de vie au travail, notamment en développant un volet gériatrique dans la démarche d'évaluation des charges de travail prévue par le projet social, permettant de prendre en compte les spécificités de la prise en soins des patients âgés ;
- mieux former les professionnels exerçant auprès des personnes âgées, notamment former l'ensemble des aides-soignants exerçant en gériatrie aux spécificités de la prise en charge gériatrique (évaluation de l'état clinique et de la douleur, sensibilisation à la prise en charge des patients atteints des maladies neurodégénératives ou en fin de vie, repérage des situations de maltraitance, etc.) et leur permettre d'obtenir le diplôme d'assistant de soins en gériatrie (ASG) ;
- améliorer l'accueil et la formation des élèves infirmiers qui doivent être accueillis dans les services de gériatrie de préférence en fin de cursus ;
- développer la formation d'infirmières de pratiques avancées en gériatrie, appelées à jouer un rôle important dans les activités ambulatoires intra- et extra-hospitalières ;
- augmenter le nombre d'internes formés en gériatrie et favoriser les nominations des praticiens hospitaliers gériatres dans cette spécialité en grande tension ;
- faciliter la recherche clinique en gériatrie (voir ci-dessus).

1.3.2. Santé des enfants

Cet axe médical stratégique fait partie des cinq qui feront l'objet d'une attention plus particulière dans le cadre du bilan annuel du président de la CME sur la mise en œuvre du projet médical (voir introduction), notamment en ce qui concerne :

- *le dimensionnement optimal en soins critiques, qui sera défini au terme d'une réflexion avec la collégiale de pédiatrie et les autres acteurs du territoire ;*
- *un positionnement fort sur le recours des services de chirurgie pédiatrique de l'AP-HP dans le cadre d'une organisation régionale graduée ;*
- *la lisibilité et la cohérence de l'offre de soins pédiatriques spécialisés de l'AP-HP et la structuration des parcours de soins en onco-pédiatrie ;*
- *la mise en œuvre de la feuille de route régionale sur la santé mentale des enfants et adolescents.*

Bien qu'impactée différemment des autres disciplines, la crise sanitaire actuelle est l'occasion pour la pédiatrie de l'AP-HP de s'interroger sur le volume et l'organisation de son offre de soins. Est-elle capable de faire face à une crise sanitaire majeure touchant les enfants ? Comment, partant d'une situation fragile, la pédiatrie et la pédopsychiatrie vont arriver à répondre à l'augmentation actuelle des souffrances physiques et psychologiques des enfants ? La pédiatrie universitaire a-t-elle bien les moyens de couvrir ses missions de formation et de recherche en Île-de-France dans tous les territoires ?

Par sa population dense, jeune (plus de 25 % de moins de 18 ans), avec un taux de précarité important, l'Île-de-France est difficilement comparable aux autres régions ou à d'autres pays. Les relations ville-hôpital sont particulièrement développées en pédiatrie du fait d'un lien fort avec la pédiatrie de ville, la médecine générale et d'une quasi absence d'alternative privée pour la chirurgie et l'hospitalisation.

Les liens avec les services de protection maternelle et infantile sont particulièrement développés. L'importance des besoins facilite les démarches de recherche de complémentarité plus que de concurrence avec les hôpitaux publics des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et établissements de santé privés à intérêt collectif (ESPIC). Les hôpitaux généraux représentent une part majoritaire de l'offre de proximité pour les urgences pédiatriques, l'aval mais aussi la néonatalogie, y compris en niveau 3. Les services de pédiatrie générale inclus dans des hôpitaux non pédiatriques doivent renforcer leur expertise multidisciplinaire afin de répondre aux besoins de premier recours des territoires.

Les soins aigus sont une part importante de l'activité pédiatrique et en néonatalogie. Bien que source d'innovation permanente et de très fortes expertises, l'offre de soins en réanimation pédiatrique médico-chirurgicale est régulièrement insuffisante pour répondre aux besoins. Le besoin en personnels médicaux et non médicaux très bien formés rend particulièrement complexe la réactivité qui serait nécessaire à l'adaptation du capacitaire. Une augmentation du nombre de lits de soins critiques (avec les moyens en ressources humaines nécessaires) permettrait d'absorber les pics d'activité de façon plus sécuritaire et donnerait aux services la possibilité de mieux se former et de former les personnels des unités de soins critiques (USC) non adossées à une réanimation dans les périodes de plus faible activité. La poursuite du programme d'ouverture de lits d'USC non adossés à une réanimation (Louis-Mourier et Antoine-Béclère) est importante. La nécessité de maintenir un niveau de formation suffisant des personnels médicaux et non médicaux dans ce type de structure rend inopérant un mode de fonctionnement saisonnier. Une discussion sur le capacitaire en soins critiques (USC et réanimation) et sur la saisonnalité seront conduites, dans l'objectif d'optimiser la prise en charge des enfants et de mieux former et fidéliser le personnel.

La réussite du projet de mise en place d'une régulation régionale des appels secondaires puis primaires au sein d'une fédération des SAMU-SMUR pédiatrique est un enjeu important. La mise en place de ratios ressources/activité dans les services d'accueil des urgences pédiatriques est une réussite sur l'attractivité qu'il faut pérenniser par des postes titulaires.

L'évaluation des situations des enfants et des adolescents ne se conçoit que globalement : somatique et psychosociale. Du fait de grandes difficultés depuis des années, l'offre de soins que la pédopsychiatrie peut proposer est très insuffisante. La pédiatrie ne peut et ne doit pas se substituer à la pédopsychiatrie mais le renforcement en pédopsychiatres de liaison, éducateurs et psychologues des services de pédiatrie et, en particulier, des unités de médecine de l'adolescent pourrait améliorer certains parcours de soins et changer la trajectoire de certains parcours de vie. La création d'équipes mobiles en protection de l'enfance va dans ce sens. L'ouverture de lits de pédopsychiatrie et de médecine de l'adolescent est une priorité.

Bien que l'AP-HP n'appartienne pas aux groupements hospitaliers de territoire (GHT), le recours est assuré principalement par les services universitaires. Les capacités de formation y sont très importantes, ce qui doit permettre de relever le défi de renforcer la démographie des pédiatres salariés et libéraux tout en continuant à participer à la formation des DES de médecine générale et d'urgence. L'offre de soins de pédiatrie spécialisée est concentrée sur quatre hôpitaux pédiatriques (Necker, Robert-Debré, Trousseau et Bicêtre) ayant un rayonnement national et international et hébergeant de

nombreux centres de référence maladies rares (CRM). Si le maintien des quatre sites paraît nécessaire pour des raisons territoriales (populationnelles et universitaires), une répartition des missions de chaque discipline et la constitution de fédérations rendrait plus lisible l'excellence médicale et scientifique du CHU. La recherche en pédiatrie est éclatée dans de nombreuses structures, l'ensemble des universités, les 3 instituts hospitalo-universitaires (IHU) (même si l'institut *Imagine* a une place particulière), 6 des 11 fédérations hospitalo-universitaires (FHU) de l'AP-HP (les FHU *Child* et I2D2 [**early identification of individual trajectories in neurodevelopmental disorders**]) sont dédiés à la pédiatrie). Une évaluation plus complète de l'activité de recherche clinique et translationnelle pédiatrique pourrait être un des objectifs du prochain plan stratégique.

Dans le contexte d'une offre de soins fragile sur le territoire francilien, que ce soit en médecine, chirurgie, soins aigus ou soins de suite, les services de l'AP-HP doivent être renforcés afin d'assurer la santé des enfants. Les sites pédiatriques doivent rester multidisciplinaires pour proposer une médecine interniste correspondant à la prise en charge des maladies chroniques souvent rares, complexes et avec des conséquences sociales importantes.

Au total, l'organisation de l'offre de soins pédiatriques de l'AP-HP s'appuie sur des équipes multidisciplinaires d'excellence, le plus souvent en collaboration avec les structures d'adultes ; elle devra s'appuyer sur des projets médicaux tenant compte à la fois des besoins des territoires et des missions d'excellence de l'AP-HP. Il est nécessaire de tenir compte des spécificités de la pédiatrie : les ratios ressources/activité sont nécessairement différents de ceux des services d'adultes, la formation des personnels est singulière, la valorisation des groupes homogènes de malades (GHM) est un enjeu important.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP se fixe donc pour objectifs principaux de :

- renforcer l'expertise multidisciplinaire des services de pédiatrie générale situés dans les hôpitaux non pédiatriques ;
- augmenter le nombre de lits de soins critiques (USC) pour absorber les pics d'activité dans de bonnes conditions de sécurité, poursuivre le programme d'ouverture de lits d'USC, en particulier ceux non adossés à une réanimation (Louis-Mourier, Antoine-Béclère) et maintenir le niveau de formation adéquat des personnels des USC ;
- renforcer les effectifs universitaires et non-universitaires en néonatalogie, créer et former des infirmières de pratique avancée dans cette discipline, envisager des regroupements de structures (département ou fédération associant des unités des trois types de centres périnataux), créer suffisamment de postes de docteurs juniors ;
- mettre en place une régulation régionale des appels secondaires puis primaires au sein d'une fédération des SAMU-SMUR ;
- pérenniser par des postes de titulaires la mise en place des ratios ressources-activité dans les SAU pédiatriques ;
- travailler à une meilleure répartition des missions des disciplines pédiatriques spécialisées et à une structuration en fédérations afin de rendre plus lisible l'excellence médicale et scientifique du CHU, et évaluer l'activité de recherche clinique et translationnelle pédiatrique. ;

- s'engager dans la feuille de route régionale sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, notamment pour :
 - une meilleure organisation des liens entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie ;
 - la labellisation des dispositifs de prise en charge des situations de crise ;
 - un recours facilité à la formation des personnels de pédopsychiatrie ;
- renforcer la présence de pédopsychiatres de liaison, d'éducateurs et de psychologues les services de pédiatrie, en particulier dans les unités de médecine de l'adolescent, favoriser la création d'équipes mobiles en protection de l'enfance et faire de l'ouverture de lits de pédopsychiatrie et de médecine de l'adolescent une priorité.

1.3.3. Psychiatrie et santé mentale à tous les âges

La fréquence de nombreux troubles mentaux (maladies dépressives, psycho-traumatismes, troubles du comportement alimentaire, suicides, troubles addictifs, maladies liées au vieillissement...) est en augmentation et l'épidémie de COVID-19 induit et va induire pendant plusieurs années une hausse des demandes de prise en charge, à tous les âges de la vie, y compris parmi les soignants de l'AP-HP durement éprouvés par la crise. La situation alarmante de la psychiatrie générale, de la psychiatrie du sujet âgé et de la pédopsychiatrie (saturation des lits d'hospitalisation, explosion du nombre de passages aux urgences, sous-dotation en effectifs et sous-universitarisation de la discipline, délais d'accès aux soins excessivement longs...) ont amené les pouvoirs publics à en faire une priorité avec la mise en place de plans territoriaux de santé mentale 2020-2025, tandis que le nouveau mode de financement des activités de psychiatrie doit entrer en vigueur prochainement.

L'AP-HP, acteur majeur de la psychiatrie en Île-de-France (outre ses activités de liaison, de secteur, de recours, et d'enseignement et de recherche en psychiatrie, elle reçoit 70 000 passages annuels dans ses services d'urgences et la quasi-totalité des tentatives de suicide), n'échappe pas à ces difficultés et connaît de fortes tensions sur les lits d'hospitalisation et les demandes de prise en charge ambulatoire, ainsi que d'importants problèmes d'attractivité, y compris par comparaison aux carrières proposées dans les autres structures publiques et privées d'Île-de-France.

Pour la période 2021-2025, les axes prioritaires de la politique de l'AP-HP, pour la psychiatrie générale la pédopsychiatrie, et la psychiatrie de la personne âgée consisteront à :

- améliorer l'attractivité :
 - favoriser l'universitarisation de la discipline et la titularisation plus rapide des praticiens ;
 - évaluer les charges de travail des soignants (cf. projet social) ;
 - créer des postes d'infirmiers de pratiques avancées en psychiatrie et santé mentale ;
 - favoriser les démarches d'innovation thérapeutique, de recherche et d'enseignement ;
- améliorer la réponse aux besoins :
 - renforcer les liens territoriaux avec les groupements hospitaliers de territoire pour le recours, améliorer la coordination avec les réseaux de santé ;
 - réduire les délais d'accès aux soins en renforçant les capacités d'hospitalisation et de soins ambulatoires, et en développant les équipes mobiles pluridisciplinaires ;

- promouvoir la télé-psychiatrie, en particulier pour l'accès aux consultations et aux expertises de recours ;
 - créer des unités d'hospitalisation de pédopsychiatrie ;
 - créer des unités d'hospitalisation de psychiatrie pour patients âgés de 15 à 25 ans, de façon à faciliter la transition pédopsychiatrie / psychiatrie d'adultes ;
 - créer des unités d'hospitalisation de psychiatrie pour les personnes âgées ;
- développer la prévention primaire et secondaire des troubles mentaux et des récurrences suicidaires ;
 - développer de nouveaux modes d'organisation pour améliorer la prise en charge d'urgence (lits d'hospitalisation de 72 heures post-urgences, équipes pluridisciplinaires de psychiatrie d'urgence), de liaison (équipes mobiles pluridisciplinaires intervenant dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique [MCO]) et en hospitalisation (« *mood centers* », unités d'hospitalisation temps plein « adolescents et jeunes adultes ») ;
 - développer les consultations multidisciplinaires spécialisées ou ultra-spécialisées : post-COVID, neuropsychiatrie pour l'épilepsie ou les maladies neurodégénératives, maladies génétiques à expression psychiatrique, consultations transculturelles, « radicalisation », « transgenres », etc.
 - améliorer le phénotypage basé sur l'identification de biomarqueurs par intelligence artificielle : génétique, génomique, multi-omics, imagerie cérébrale ;
 - favoriser la recherche clinique et translationnelle : personnels d'appui à la recherche clinique, outils numériques adaptés et sécurisés (Orbis-psy, notamment) permettant de développer la recherche clinique sur les cohortes de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP et de respecter la confidentialité des dossiers de psychiatrie.

Focus pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie, déclarée priorité nationale, sera également une priorité pour l'AP-HP.

En Île-de-France, les lits d'hospitalisation temps plein de pédopsychiatrie de l'AP-HP constituent la majorité des lits de la région francilienne. Mais leur nombre est insuffisant (30 % des patients évalués dans les accueils sans rendez-vous de pédopsychiatrie relèvent d'une hospitalisation, qui ne peut être honorée faute de disponibilité en lits). De plus, de nombreux inter-secteurs pédopsychiatriques ne disposent pas de lits d'hospitalisation complète et ont des délais d'accès aux soins ambulatoires de plusieurs mois.

Pour la période 2021-2025, les axes spécifiques à la pédopsychiatrie viseront à renforcer :

- les accueils d'urgence et post-urgences : accès dans chaque groupe hospitalier à une structure d'hospitalisation temps plein de 72 heures post-urgences pédopsychiatriques, consultations sans rendez-vous et permanence des soins de pédopsychiatres dans les services d'accueil des urgences pédiatriques ;

- la pédopsychiatrie de liaison : création d'équipes mobiles intervenant dans les services de soins aigus, rattachées aux services de pédopsychiatrie ;
- l'hospitalisation : création d'unités d'hospitalisation temps plein de pédopsychiatrie ;
- les consultations spécialisées et centres d'expertise ;
- l'articulation avec les inter-secteurs hors AP-HP ;
- un soutien aux projets innovants dans les domaines de la périnatalité, des parcours de soins des enfants placés relevant de l'aide sociale à l'enfance et de la production judiciaire de la jeunesse, et la guidance parentale.

1.3.4. Accompagner et améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap

Les pathologies pouvant conduire à des situations de handicap sont très diverses. Les plus courantes sont les lésions neurologiques acquises et congénitales. Les besoins sont en augmentation sous l'effet conjugué de l'amélioration des soins en aigu, des recommandations internationales concernant l'intérêt des traitements non médicamenteux dans la plupart des affections, du vieillissement de la population et des personnes handicapées. Compte tenu de la complexité des patients soignés par l'AP-HP, les besoins de lits en hospitalisation complète resteront élevés, notamment pour les patients lourds (tétraplégiques ventilo-dépendants, en particulier) pour lesquels l'offre de soins en Île-de-France est insuffisante (manque de lits en unités de soins prolongés continus et en soins de suite et de réadaptation [SSR] neurologiques complexes, nécessité de développer la médecine physique et de réadaptation pédiatrique). Globalement, l'accès aux soins des personnes handicapées reste difficile.

Parallèlement, les solutions thérapeutiques sont de plus en plus complexes et multimodales d'un point de vue technologique (e-rééducation, rééducation robotisée), médical (accès aux biothérapies et thérapie génique) et chirurgical. L'objectif fonctionnel devient de plus en plus important pour l'évaluation du bénéfice de solutions thérapeutiques coûteuses et nécessitent des plateaux d'évaluation complexes (analyse du mouvement, évaluations mimant les situations écologiques...).

Face à ces enjeux, l'AP-HP dispose de nombreux atouts : services de médecine physique et de réadaptation (MPR) au sein d'hôpitaux d'aigu, exercice mixte en secteur aigu et en SSR, activités déjà structurées pour le suivi à long terme des patients, accès aux plateaux techniques. De plus, la plupart des services de chirurgie de recours pour les personnes handicapées sont à l'AP-HP et couvrent tous les domaines de la chirurgie. L'importance des plateaux techniques d'évaluation fonctionnelle est un atout pour la recherche et l'évaluation des bénéfices fonctionnels des nouvelles thérapeutiques (biothérapies en rhumatologie ou en neurologie pour les myopathies, par exemple).

Plusieurs enjeux sont à relever pour l'AP-HP :

- renforcer son positionnement en activité de recours, en intégrant davantage les services de MPR au sein des hôpitaux d'aigu à proximité des services de médecine intensive et réanimation, des spécialités d'organes et des plateaux techniques spécialisés ;
- développer les soins au long cours, en développant des collaborations régulières et structurées avec les spécialités d'organe telles que la neurologie, la rhumatologie, la psychiatrie, mais aussi les spécialités chirurgicales ainsi qu'avec le secteur médico-social à l'échelon régional ;

- rendre plus facilement accessible son expertise auprès de la ville et du secteur médico-social par la télé-expertise et le développement d'outils de suivi et de soins en e-santé à l'échelon régional.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP a les objectifs suivants :

- améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées :
 - déploiement de la plateforme « Handiconsult » de Pitié-Trousseau ;
 - réalisation d'un état des lieux de l'accessibilité des services dans les hôpitaux de l'AP-HP et programmation d'une mise à niveau ;
- mobiliser les équipes pour une meilleure prise en soin des personnes handicapées dans tous les services et hôpitaux de l'AP-HP en utilisant le levier de la certification V2020 ;
- mieux former les professionnels aux spécificités des personnes handicapées : pluridisciplinarité, infirmiers de pratique avancée (IPA) ;
- continuer le développement de la recherche, notamment dans les hôpitaux de la fédération du polyhandicap (San Salvador, Hendaye, La Roche Guyon) ;
- faire évoluer notre offre pour répondre aux besoins des personnes handicapées
 - avec la réalisation du nouvel hôpital « Garches à Ambroise-Paré », qui alliera expertise en médecine physique et réadaptation (MPR) et accès aux soins somatiques des personnes handicapées,
 - par le déploiement d'unités de soins prolongés complexes (USPC) en aval des SSR, structures expérimentales lieu de vie – lieu de soin.

1.3.5. Accompagner les patients polypathologiques et atteints de maladies chroniques

Cet axe médical stratégique fait partie des cinq qui feront l'objet d'une attention plus particulière sur la mise en œuvre du projet médical (voir introduction), notamment en ce qui concerne :

- *le développement des prises en charge ambulatoires chaque fois qu'elles sont médicalement possibles et adaptées au patient, que la nouvelle instruction ministérielle relative à la gradation des prises en charge ambulatoires devrait faciliter ;*
- *l'amélioration de la coordination des parcours de soins des patients souffrant de maladies chroniques ;*
- *la facilitation de l'utilisation et du recours à la télémedecine chaque fois que celle-ci est médicalement pertinente et adaptée au patient ;*
- *le développement des protocoles de coopération.*

La fréquence des maladies chroniques sous les effets croisés du vieillissement de la population, du progrès médical et des modifications de l'environnement ne cesse d'augmenter. Pour la seule Île-de-France, l'agence régionale de santé estime à 2,5 millions le nombre de personnes ayant une maladie chronique. DE nombreuses spécialités sont concernées : endocrinologie, gériatrie, médecine interne, obésité, pneumologie, rhumatologie, gastro-entérologie, cardiologie, néphrologie, neurologie, prise en charge de la douleur... Les malades chroniques sont souvent poly-pathologiques et nécessitent des prises en charge complexes et mobilisant de nombreuses compétences professionnelles médicales, soignantes et sociales.

Les maladies chroniques nécessitent de réorganiser les prises en charge sous forme de parcours coopératifs entre la ville et l'hôpital. En effet, pour répondre à l'enjeu essentiel de ralentir autant que possible les évolutions d'une maladie chronique, la prise en charge doit associer, outre le respect des bonnes pratiques cliniques, la coordination des professionnels, la gestion prospective et la participation du patient. Les patients ayant des maladies chroniques doivent aussi pouvoir accéder facilement à l'hôpital quand ils en ont besoin, ce qui implique de travailler sur les freins actuels, notamment : difficulté pour joindre les services et difficulté de répondre à des demandes d'hospitalisation faute de places disponibles.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP se fixe pour objectifs de :

- évaluer les besoins non couverts et l'adaptation territoriale de son offre de soins, la prise en charge des patients chroniques devant être réalisée à proximité de leur lieu de vie ;
- mieux prendre en compte la charge en soin liée à la complexité des maladies chroniques ;
- anticiper les adaptations organisationnelles sur notre offre que nécessitent les innovations dans les prises en charge des maladies chroniques
- continuer à développer l'éducation thérapeutique du patient :
 - prioriser les pathologies concernées avec une attention aux publics précaires ;
 - développer l'éducation thérapeutique ambulatoire ;
 - favoriser des partenariats avec les centres municipaux de santé.
- poursuivre la structuration de l'offre d'activité physique adaptée :
 - augmenter le nombre de plateformes pluridisciplinaires de réhabilitation par l'exercice en veillant à une bonne répartition géographique et thématique ;
 - susciter des équipes mobiles capables d'assurer la prescription et le suivi d'activités physiques ;
 - s'inscrire dans le programme régional « Prescri'forme » permettant la prescription d'activité physique adaptée aux patients en affection de longue durée (ALD) ;
- étendre la démarche parcours pour l'ensemble des maladies chroniques à partir des projets déjà initiés pendant le précédent plan stratégique, en particulier ceux conduits dans le cadre des expérimentations innovantes de « l'article 51 », notamment le parcours des insuffisants cardiaques sévères et le parcours obésité ;
- conduire des études médico-économiques sur l'extension de ces expérimentations dans la perspective de forfaits de financements pérennes ;
- repenser le rôle des paramédicaux (infirmiers de coordination, de pratique avancée, protocoles de coopération...) afin de mieux structurer une organisation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire ;
- déterminer et exploiter le potentiel des nouvelles technologies numériques et de l'intelligence artificielle au service des patients chroniques, tout en préservant la relation entre les patients et leurs soignants.

1.3.6. Soins non programmés, gestion de crise, adaptabilité

Cet axe médical stratégique fait partie des cinq qui feront l'objet d'une attention plus particulière sur la mise en œuvre du projet médical (voir introduction), notamment en ce qui concerne :

- l'amélioration de l'accueil des patients dans les services d'urgences de l'AP-HP et la mise en œuvre des contrats dits « zéro brancard » ;
- la généralisation des admissions directes et les parcours dédiés aux personnes âgées ;
- l'expérimentation du service d'accès aux soins, qui a vocation à apporter une réponse à la saturation des services d'accueil des urgences en associant les acteurs de ville à la régulation ;
- l'optimisation de la gestion des lits et des parcours ;
- la traduction concrète de tous les enseignements à tirer de la crise COVID.

1.3.6.1. Améliorer la régulation des soins non programmés

L'AP-HP est l'un des sites pilotes de l'expérimentation nationale du service d'accès aux soins (SAS) visant à améliorer la réponse aux urgences et soins non programmés. Ce service a pour objectifs :

- d'apporter une réponse à la saturation des services d'urgence : en associant les acteurs de ville à la régulation, le SAS a vocation à assurer une meilleure répartition des soins non programmés vers la ville ;
- de recentrer l'aide médicale urgente sur ses missions, en réorientant les appels pour des soins non programmés dès leur premier niveau de traitement.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- participera à l'expérimentation du SAS au titre de « Paris et petite couronne » et fera valoir les spécificités de l'organisation de l'AP-HP dans la définition du modèle qui sera retenu pour la généralisation prévue en 2022 ;
- organisera et gèrera une régulation téléphonique SAS de premier niveau dans les quatre centres de réception et de régulation des appels (CRRA) tout en assurant leur coordination fonctionnelle et technique au niveau supra-départemental ;
- s'efforcera de renforcer ses liens avec les acteurs de ville en :
 - proposant une plateforme de régulation téléphonique SAS supra-départementale co-pilotée avec les acteurs de ville autour d'un projet médical commun ;
 - élaborant une procédure commune de qualification de l'urgence et des soins non programmés ;
 - repensant les modalités d'accès de l'offre de soins des hôpitaux de l'AP-HP ;
 - identifiant des points de contacts dans les services de l'AP-HP pour les professionnels de ville ;
- soutiendra les services d'aval des SAU, notamment les services de médecine interne en :
 - favorisant les admissions directes ;
 - améliorant l'accès aux plateaux techniques ;
 - fluidifiant l'aval de ces services, retour à domicile ou en établissements sanitaires ou médico-sociaux ;

- expérimentant des circuits de consultations rapides pour réévaluer un traitement prescrit par le SAU en ambulatoire ou hospitalisation de jour non programmée.

1.3.6.2. *Améliorer l'accueil aux urgences*

L'AP-HP s'est engagée dans une démarche d'amélioration de la performance de ses services d'accueil des urgences. Des actions ont été conduites notamment pour améliorer la qualité de l'accueil, réduire le temps d'attente ou encore fluidifier la prise en charge gériatrique et les relations avec les maisons de retraite. Des investissements massifs ont été consentis tant sur le plan humain, matériel que de réfection et d'adaptation des structures pour optimiser et humaniser les parcours de soins. Ces efforts pour améliorer l'organisation des services d'accueil des urgences (SAU) doivent donc être poursuivis.

Les réflexions issues de la crise du coronavirus, du « Pacte de refondation des urgences » du 9 septembre 2019 et du « Ségur de la santé » (mise en place du service d'accès aux urgences » [SAS], notamment) amènent l'AP-HP à définir quatre axes principaux de travail pour la période 2021-2025 :

1. Travail sur le lien ville-hôpital :
 - réorienter des patients vers la ville via le SAS ;
 - renforcer les liens de l'AP-HP avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et l'interopérabilité des systèmes d'information avec le SAMU ;
2. Réduction des délais d'attente des patients des urgences en fonction de leur gravité :
 - adapter la gestion des flux en développant les circuits courts et repensant la répartition des zones dans les SAU dans un souci de fonctionnalité ;
 - améliorer la fluidité du circuit des malades : plages ou scanners dédiés, protocoles de coopération médecins-infirmiers pour la prescription des examens de biologie et de radiologie, biologie délocalisée ;
 - déployer les contrats « zéro brancard » ;
3. Meilleure gestion de l'hospitalisation :
 - pourvoir aux besoins d'hospitalisation non programmés (SAU et autres services), tous les jours, y compris le week-end en définissant des projets médicaux d'interface par site hospitalier entre le SAU et chaque service admettant des patients non programmés ;
 - évaluer les besoins capacitaires en premier et second aval des urgences (voir § « Capacitaire » p. 34)
 - achever le déploiement d'Orbis® urgences avec ses indicateurs de pilotage ;
4. Anticipation des tensions sanitaires prévisibles

Une adaptation du capacitaire dédié en cas de tension sanitaire prévisible doit être anticipée six mois à l'avance. Elle nécessite de savoir quels services seront impliqués et dans quelles conditions certains secteurs seront dédiés à ce besoin spécifique. Elle doit inclure un dimensionnement correct en personnels médicaux et non médicaux des unités hivernales pour limiter les déprogrammations. Elle doit s'accompagner d'une visibilité régionale des lits disponibles, d'une harmonisation des indications de recours aux services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et du renforcement des unités de surveillance continue (USC).

1.3.6.3. Réanimation et unités de surveillance continue

La crise COVID a montré les difficultés majeures qui existent en cas de manque de places en réanimation et unités de surveillance continue, tant en ce qui concerne le nombre de lits que de personnels médicaux et non médicaux qualifiés dans cette spécialité. Le dimensionnement des équipes et des structures doit prendre en compte l'augmentation du nombre de patients ayant des pathologies complexes et chroniques dans les services d'hospitalisation, les nouveaux besoins induits par certaines thérapeutiques innovantes, les soins de plus en plus techniques et consommateurs de temps soignant ou les épidémies saisonnières. Par ailleurs, ces services sont confrontés à une mortalité importante et à des discussions sur la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives avec les autres professionnels et les familles, avec un impact direct sur les soignants.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- évaluera les besoins en lits de réanimation et de surveillance continue dans chaque structure, mais également pour l'aval des services d'accueil des urgences (SAU) et du SAMU ;
- anticipera la possibilité de bascule de lits de surveillance continue en lits de réanimation pour faire face à des variations brutales des besoins ;
- favorisera la création de filières d'aval des réanimations ;
- développera l'accès à des soins de support, kinésithérapie et psychologue 24 heures sur 24 pour ces structures ;
- favorisera le recrutement de personnels médicaux sur des missions courte pour pallier les absences prévues (congés de maternité, par exemple) ou pour renforcer les équipes sous dimensionnées pour assurer l'ensemble des missions incluant la permanence des soins ;
- soutiendra la reconnaissance de la spécialité du métier d'infirmière de réanimation.

1.3.6.4. Gestion de crise

L'AP-HP a déjà entamé des premières démarches de retour d'expérience sur la crise provoquée par l'épidémie mondiale de coronavirus mais une évaluation plus fine de l'ensemble des réponses qu'elle a apportées à la crise et des difficultés qu'elle a soulevées est nécessaire afin d'en tirer tous les enseignements dans ses différents aspects : médicaux, organisationnels, éthiques, etc. Elle portera notamment sur :

- les prises en charge, par exemple, en soins critiques, rééducation, gériatrie, mais aussi les chambres mortuaires ;
- les fonctions transversales, comme la gestion des lits, la prévention du risque infectieux ou l'organisation des visites de proches ;
- les nouveaux dispositifs mis en place pendant la crise, comme COVIDOM, COVISAN, ou bien les sorties d'hospitalisation ;
- la gouvernance ou le pilotage, avec la production de données et d'indicateurs ;
- la recherche.

1.3.7. Parcours opératoire et interventionnel : bloc, innovation opératoire

Cet axe médical stratégique fait partie des cinq qui feront l'objet d'une attention plus particulière sur la mise en œuvre du projet médical (voir introduction), notamment en ce qui concerne :

- l'articulation entre les offres de prises en charge chirurgicales et interventionnelles (en particulier en gastro-entérologie et en cardiologie) permettant de proposer la technique la mieux indiquée pour chaque patient, en lien avec la prise en charge médicale ;
- la poursuite de la réorganisation de l'offre de soins visant à densifier les équipes et à améliorer l'accès aux dernières technologies au profit des patients de l'ensemble des territoires franciliens ;
- l'ouverture de la nouvelle école de chirurgie.

L'AP-HP a une tradition d'excellence chirurgicale mondialement reconnue et elle constitue un centre de recours en France et à l'étranger. Elle est à l'origine de nombreuses innovations techniques. Ces dernières années, elle a beaucoup investi dans la chirurgie robotique, la constitution de filières et la recherche de masses critiques pour assurer la visibilité de la discipline et l'équilibre entre ses missions de recours, de proximité et d'urgence, mais aussi de formation.

La chirurgie est aujourd'hui en pleine évolution, avec des prises en charge de plus en plus multidisciplinaires (orthopédie et gériatrie, chirurgie digestive et endoscopie, par exemple), un interventionnel en plein essor dans de nombreux domaines médicaux (cancérologie, pathologie vasculaire, gastro-entérologie, ostéo-articulaire, gynécologie, urologie, sénologie, pathologie thoracique, pédiatrie, neurologie) et le développement des prises en charge ambulatoires.

L'excellence chirurgicale est indissociable d'une anesthésie-réanimation forte et innovante. Cette spécialité est en pleine expansion avec une reconnaissance officielle de la dimension péri-opératoire. L'implication des anesthésistes-réanimateurs est majeure dans l'évolution des parcours péri-opératoires et notamment dans la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et le fonctionnement des unités de soins critiques péri-interventionnels (unités de soins continus et réanimation) qui sont un maillon important de la filière de soins : 1) des patients à haut risque en raison de prévalence croissante de sujets âgés et de comorbidités, 2) des chirurgies lourdes, 3) des gestes interventionnels à risque. Le développement d'unités de soins de suite comme les services de réadaptation post-réanimation (SRPR) ou les soins de suite et de réadaptation post-opératoire (SSRP) est également un enjeu majeur dans le parcours des patients les plus fragiles. La plus-value de l'anesthésie réanimation réside également dans sa connaissance du parcours patients avant et après chirurgie, ainsi que son rôle clé dans l'anticipation et la prise en charge des problématiques de santé publique comme la chronicisation de la douleur post opératoire.

Face à ces profondes mutations de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation, le principal enjeu concerne l'attractivité de l'hôpital public pour ces deux disciplines, en raison notamment de la concurrence du secteur privé en matière de salaires, mais aussi de qualité de vie au travail. Il invite à accélérer l'intégration des nouvelles technologies, notamment l'interventionnel, et de bâtir un ambitieux projet d'enseignement et de recherche en chirurgie et en anesthésie-réanimation.

Sur la période 2021-2025, les objectifs de l'AP-HP seront :

- poursuivre l'investissement pour moderniser les blocs opératoires, les adapter aux techniques de prises en charge (hyperspécialisation, pluridisciplinarité, prises en charge ambulatoires, réhabilitation accélérée après chirurgie...) et faire converger les technologies innovantes autour de l'équipe chirurgicale (imagerie 2D et 3D peropératoire, robotique, navigation, assistance holographique, télé-mentoring et monitoring peropératoire, notamment neurologique) ;
- évaluer l'utilisation du robot chirurgical dans ses différentes indications et finaliser une évaluation médico-économique qui pourra déboucher sur une extension du programme de chirurgie assistée par ordinateur dans ses volets cliniques, enseignement et recherche ;
- envisager le développement de programmes de médecine et chirurgie régénératives, notamment en bio-ingénierie d'organes ;
- permettre le développement de l'interventionnel (cardiologie, neurologie, orthopédie, gastroentérologie...) et coordonner opérationnellement les évolutions qui en découleront dans des disciplines chirurgicales comme la chirurgie cardiaque, digestive et orthopédique ;
- poursuivre l'optimisation de l'organisation des blocs opératoires en favorisant l'ouverture des salles, la concordance des temps des professionnels exerçant au bloc opératoire, les taux d'occupation, etc., et en adaptant les effectifs aux besoins ;
- poursuivre la réorganisation de l'offre de soin de l'AP-HP de façon concertée, sur la base de projets partagés en amont par les équipes, afin de s'assurer de sa cohérence globale par spécialité chirurgicale au niveau de l'AP-HP, d'éviter les concurrences entre groupes hospitalo-universitaires, et de favoriser l'attractivité des services (densification des moyens humains et technologiques) tout en garantissant un bon maillage territorial ; un projet sera élaboré pour les différentes spécialités chirurgicales et décliné par groupe hospitalo-universitaire et par site ;
- soutenir une dynamique fédérative en transplantation, notamment pour développer l'activité de prélèvements ;
- généraliser les démarches de réhabilitation accélérée après chirurgie ;
- faciliter l'utilisation des outils de téléconsultation et télé-expertise en chirurgie ;
- s'efforcer de garantir un post-internat de qualité pour tous les internes, puis la possibilité d'une carrière hospitalo-universitaire (postes de chefs de clinique en adéquation avec le nombre d'internes en fin de cursus) ou d'une titularisation rapide ;
- ouvrir la nouvelle école de chirurgie, commune à l'ensemble de l'AP-HP et aux universités franciliennes : voir partie « Attractivité » du projet médical ;
- innover avec l'introduction de la simulation comme outil de formation initiale et continue des professionnels permettant l'amélioration de la qualité du travail en équipe, le développement du rôle des facteurs humains et organisationnels.

1.3.8. Cancérologie

En 2020, près d'un tiers des Franciliens atteints d'un cancer sont suivis à l'AP-HP, qui accueille un nombre de patients en constante augmentation (depuis 2014 : + 7,5 % patients, dont + 6,3 % nouveaux patients et + 7,9 % patients opérés). Des innovations diagnostiques et thérapeutiques majeures sont en train de révolutionner les prises en charge. L'activité de cancérologie à l'AP-HP se caractérise par

l'importance croissante de la multidisciplinarité impliquant des liens étroits entre les spécialités d'organes, l'oncologie médicale et la radiothérapie, ainsi que le développement d'onco-spécialités des prises en charge adaptées en pédiatrie, en gériatrie et pour les cancers rares.

L'AP-HP continuera à faire de la lutte contre le cancer une priorité, en lien avec la stratégie nationale de l'Institut national du cancer (INCA). Son objectif général est de permettre à toutes les personnes atteintes de cancer, indépendamment de leur situation sociale ou de leur niveau de ressources, de recevoir des soins de grande qualité, de bénéficier de soins innovants adaptés à leur état de santé, dans un délai rapide et au plus proche de leur domicile, en réduisant le plus possible les conséquences négatives de la maladie sur leur vie quotidienne.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- poursuivra la politique de labellisation régionale, nationale et européenne, avec un triple objectif : améliorer la qualité de la prise en charge des patients, structurer ses activités et donner une meilleure visibilité de l'offre de soins ;
- poursuivra sa politique d'innovation au service d'un parcours de soins multidisciplinaire avec une attention particulière :
 - à la prévention et au dépistage ;
 - à l'annonce de la maladie et au plan personnalisé de soins ;
 - à une offre de soins au plus proche des besoins territoriaux afin d'éviter les transports fréquents et pénibles pour les patients ;
 - aux centres de diagnostic rapide (sein/ovaires/prostate, poumon, colon/rectum/foie /pancréas) ;
 - aux plateformes de pathologie et de génétique (« Oncomolpath », plateforme SEQOIA), pour le bilan diagnostique et pré-thérapeutique et aux consultations d'analyses oncogénétiques constitutionnels et somatiques ;
 - aux innovations thérapeutiques (chimiothérapies orales, immunothérapie...) et de parcours (réanimation pour les complications des cancers et de leurs traitements, oncologie interventionnelle, chirurgie ambulatoire oncologique et radiothérapie dans un parc rénové).
- promouvra de nouveaux métiers : transferts de compétence (protocole de coopération pour la chimiothérapie orale), infirmiers coordinateurs et de pratique avancée en cancérologie ;
- garantira la qualité et la sécurité des soins, via notamment la mise en place de la méthode du patient-traceur et l'analyse des événements indésirables graves (ÉIG) ;
- développera la recherche clinique et translationnelle, par :
 - la labellisation par l'INCA de centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP) et de sites de recherche intégré sur le cancer (SIRIC) ;
 - « one.aphp » (guichet unique pour les essais à promotion industrielle) ;
 - l'intégration des données de cancérologie dans l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP.

1.3.9. Soins palliatifs et douleur

1.3.9.1. Douleur

La douleur est le principal motif de consultation auprès des médecins, en particulier aux urgences. Son soulagement est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002 : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

La douleur aiguë post opératoire est le facteur le plus déterminant de la douleur chronique post chirurgicale. Elle concerne environ 30 % des opérés et impacte négativement la récupération post opératoire. La prévention de la douleur post-opératoire est un élément majeur de succès de la réhabilitation améliorée après chirurgie et de la chirurgie ambulatoire. La douleur chronique touche environ 30 % de la population, plus particulièrement les enfants, les adolescents, les femmes et la population âgée et est sévère dans un tiers des cas. Elle doit faire l'objet d'une attention particulière, afin d'éviter une sur- ou une sous-consommation d'opioïdes ou des mésusages. Elle impacte tous les aspects de la vie ainsi que le système de soins : augmentation des consultations, des admissions aux urgences, du taux d'hospitalisation et représente un surcoût important de soins de santé. L'impact sociétal est également considérable en nombre d'arrêts de travail, d'absentéisme et d'efficacité au travail.

À l'AP-HP, la prise en charge de la douleur concerne la douleur aiguë et la douleur chronique, cancéreuse ou non cancéreuse. Chacune nécessite des approches thérapeutiques distinctes. En intra-hospitalier comme en soins externes, la prise en charge comporte la prévention, l'évaluation et le traitement de la douleur. Elle nécessite une dynamique portée par l'encadrement médical et paramédical au plus près des patients.

Sur la période 2021-2025, sept axes de travail sont priorités :

1. organiser, mettre en œuvre et assurer une prise en charge spécialisée de la douleur sur chaque site hospitalier, et renforcer la traçabilité de la douleur, en particulier des douleurs neuropathiques ;
2. renforcer les structures douleur afin de réduire les délais de première consultation et de prise en charge des patients externes ;
3. mieux valoriser les prises en charge non médicamenteuses et tester une évaluation qualitative de l'activité des différents intervenants ;
4. renforcer la formation des personnels soignants ;
5. soutenir la recherche clinique médicale et paramédicale ;
6. formaliser des parcours de prise en charge des patients douloureux entre l'hôpital et les acteurs de la ville, en y incluant la prévention de la douleur chronique post-chirurgicale ;
7. promouvoir les démarches d'évaluation de la prise en charge de la douleur en association avec les usagers.

1.3.9.2. Médecine palliative

La médecine palliative vise à permettre la meilleure qualité de vie possible pour les patients atteints d'une maladie potentiellement mortelle et à accompagner leurs proches. Les soins qu'elle prodigue

sont complémentaires et éventuellement concomitants des traitements spécifiques de la maladie. Le patient doit avoir accès à ces soins ayant pour but et finalité de prévenir et soulager sa souffrance (physique, psychique, sociale ou spirituelle) tout au long de son parcours de soin :

- précocement dans les services de spécialité et en hôpital de jour ;
- lors d'un retour à domicile (libéraux, réseaux de santé/dispositifs d'appui à la coordination, hospitalisation à domicile) ;
- lors de sa fin de vie, chez lui ou en structure médico-sociale, dans son service de référence (éventuellement dans un lit identifié de soins palliatifs) ou dans une unité spécialisée (USP).

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP retient quatre orientations prioritaires visant à garantir un accès adapté de ses patients aux soins palliatifs :

1. renforcer les équipes spécialisées en soins palliatifs en personnels médicaux, paramédicaux et médico-techniques, en améliorant son attractivité (qualité de vie au travail, projet professionnel, formation continue, simplification du recrutement et de la titularisation, encadrement, infirmiers de pratiques avancées...) ;
2. renforcer la formation des personnels soignants : accès facilité à des formations diplômantes pour les personnels des équipes de soins palliatifs et à des formations adaptées pour les personnels travaillant en première ligne auprès des patients en fin de vie ;
3. penser « territoire » et parcours de soin intégré : l'AP-HP se doit d'avoir un rôle novateur, promoteur et fédérateur :
 - *précocement dans le parcours de soin* : en favorisant l'intervention des équipes de soins palliatifs au sein des hôpitaux de jour intégrés aux spécialités, de façon à permettre une meilleure mise en place et l'optimisation de soins palliatifs précoces concomitamment à l'instauration des thérapeutiques spécifiques et au suivi de la maladie causale du patient ;
 - *en ambulatoire* :
 - en participant plus activement aux réseaux ville-hôpital de soins palliatifs ;
 - en permettant un exercice territorial (non exclusivement hospitalier) des équipes de soins palliatifs, orienté vers les structures médico-sociales, sanitaires et sociales, et le domicile ;
 - en mettant en place des hôpitaux de jour spécifiques de soins palliatifs, convenablement dotées, permettant d'adapter les soins (en relais et soutien des acteurs de l'ambulatoire) et de proposer un répit aux aidants naturels ;
 - en renforçant l'hospitalisation à domicile palliative ;
 - *plus tardivement dans le parcours de soin* : en expérimentant des lits de soins de suite et de réadaptation spécifiques de soins palliatifs (de répit long) de façon à accueillir correctement les patients palliatifs dont l'état de santé ou les conditions de vie ne permettent pas un maintien au domicile mais n'entrant pas encore dans les critères particuliers d'hospitalisation en unité de soins palliatifs ;
4. promouvoir une dynamique médico-universitaire :

Le plan national de soins palliatifs incite au développement d'une démarche universitaire de médecine palliative. Une sous-section du CNU (46-5) a été créée et des professeurs associés nommés. En lien avec l'Université, l'AP-HP, CHU d'Île-de-France, doit favoriser l'enseignement et la recherche dans le domaine des soins palliatifs :

- pour l'enseignement : il s'agit de favoriser la formation des professionnels de santé actuels et en devenir. Cela passe par l'enseignement initial généraliste dans les instituts de formation des étudiants de santé, par l'enseignement spécialisé universitaire et post-universitaire, mais aussi par l'enseignement institutionnel de l'AP-HP et par la formation plus informelle lors de staff ou au lit du malade dans les services. L'accueil en stage de professionnels est aussi à promouvoir comme la création de postes attractifs pour les jeunes médecins souhaitant s'orienter vers la pratique des soins palliatifs ;
- pour la recherche : il s'agit d'un levier important de changement et d'amélioration des pratiques de soins à l'échelle d'un CHU. Une recherche clinique et évaluative existe déjà. Elle est à renforcer, pour favoriser le développement de nouveaux modèles d'intégration précoce et ciblée sur les besoins des patients, avec la double visée de qualité et d'efficacité des soins délivrés aux patients en situation d' incurabilité. Un enjeu important pour développer cette recherche consiste en une acculturation des structures de soutien à la recherche clinique aux principes d'une recherche de méthodologie mixte, articulant le cadre épistémologique classique de l'épidémiologie clinique avec celui des sciences humaines et sociales.

1.3.10. Maladies rares

Les maladies rares représentent un enjeu majeur de santé publique. Dans la majorité des cas, elles sont associées à des variants génétiques. Ces pathologies, mal connues, sont souvent graves et difficiles à diagnostiquer et à soigner.

L'AP-HP compte 384 centres de maladies rares labellisés répartis sur 25 de ses hôpitaux : 65 centres coordonnateurs, 117 centres constitutifs, 196 centres de compétences maladies rares (CCMR) et 6 centres de ressources et de compétences (CRC), tous rattachés aux 23 filières de santé maladies rares nationales (FSMR). Les CCMR regroupent des compétences pluridisciplinaires hospitalières de diagnostic, de traitement et de prise en charge globale, organisées autour d'une équipe médicale hautement spécialisée ayant une expertise avérée pour ces maladies dans les domaines des soins, de la recherche et de la formation. Ils sont des centres experts et de recours exerçant une attractivité régionale, interrégionale, nationale, voire internationale.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- Poursuivra l'animation de la banque nationale de données maladies rares (BNDR)
- mettra en œuvre le plan « France médecine génomique 2025 » (SEQOIA), avec comme objectif à l'horizon 2025 un accès à la médecine génomique pour l'ensemble des personnes concernées par des maladies rares sur le territoire, et en se donnant pour perspective à terme de pouvoir développer une analyse holistique des maladies multifactorielles (croisement avec les données environnementales) ;

- s'engagera dans les 7 priorités du 3^e plan national maladies rares : réduction de l'errance diagnostique, renforcement de la structuration des bases de données, accroissement du rôle des filières, lisibilité des parcours, innovation et accès à l'innovation, mise en place de nouveaux dépistages ; renforcement du rôle moteur de la France dans la dynamique européenne.

1.3.11. Biologie

Toutes les spécialités de biologie ont en commun de réaliser des examens courants, spécialisés, voire très spécialisés, et les services sont souvent référents au niveau régional, national, voire international, tous soumis à un système d'assurance qualité accrédité. La biologie a une activité de recherche de très haut niveau et a contribué fortement aux grandes avancées thérapeutiques récentes. Pleinement intégrée à la pratique médicale, elle doit suivre au plus près les évolutions des prises en charge avec une médecine en demande de diagnostics rapides, performants et en augmentation régulière. Certaines spécialités traitent de grands volumes d'activité qui ont entraîné l'émergence de plateformes automatisées, d'autres traitent surtout des examens peu ou pas automatisables et donc consommateurs en personnels, équipements et formation. La démographie médicale des spécialités biologiques est préoccupante avec un nombre important de départs en retraite de praticiens titulaires d'ici 2025 très partiellement compensé par les recrutements de jeunes biologistes.

Pour la période 2021-2025, les principaux axes de la politique de l'AP-HP seront les suivants :

- anticiper les évolutions, et dans certains cas les restructurations, de façon concertée avec les équipes, en préservant les liens entre clinique, biologie et recherche ;
- programmer un plan pluriannuel des recrutements et formations nécessaires ;
- développer les nouveaux métiers : conseillers en génétique, ingénieurs, bio-informaticiens, qualitatifs, techniciens spécialisés de laboratoire...
- investir pour renouveler les équipements, se doter d'un système performant de gestion des laboratoires, optimiser les flux logistiques des prélèvements, dématérialiser le rendu des résultats et communiquer avec les patients et les laboratoires de ville ;
- créer dans les hôpitaux des centres de prélèvements ouverts sur la ville avec une importante amplitude horaire ;
- développer l'offre de service à l'extérieur de l'AP-HP, notamment à destination des groupements hospitaliers de territoire (GHT), des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- s'engager résolument dans une démarche de juste prescription avec une responsabilisation claire des prescripteurs et la mise en place d'outils informatiques adaptés et validés ;

1.3.12. Santé publique, santé environnementale et prévention

Le 4^e plan national santé-environnement rappelle que 23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux (qualité de l'air intérieur et extérieur, qualité de l'eau, de l'alimentation, exposition aux produits chimiques, aux ondes, au bruit, etc.) et que le système de santé est un acteur majeur de la santé environnementale à plus d'un titre. L'activité de l'AP-HP est très développée en matière de dépistage, d'éducation à la santé, de prévention primaire, secondaire et tertiaire, tout

particulièrement en cancérologie, en santé sexuelle et en addictologie. Mais beaucoup reste encore à faire.

Sur la période 2021-2025 :

L'AP-HP se donne pour objectif d'exploiter son entrepôt de données de santé à des fins de santé publique

Les déterminants sociaux et environnementaux jouent un rôle majeur sur la santé, ils sont pourtant insuffisamment pris en compte faute de moyens. L'analyse des liens entre certains facteurs environnementaux et leurs effets sur la santé permettent de mieux comprendre les maladies et surtout permettent de définir des actions de prévention. Notre environnement change, l'émergence de maladies infectieuses est de plus en plus liée au déclin de la biodiversité et aux modes de production agricole et d'élevage intensif. L'approche santé globale (*One Health*) est aujourd'hui considérée comme essentielle pour comprendre comment les nouvelles maladies infectieuses apparaissent et comment elles peuvent être liées à la santé animale, aux conditions d'élevage, au bouleversement des écosystèmes qui favorise l'apparition de nouvelles zoonoses. Une collaboration étroite avec la médecine vétérinaire s'impose.

La génétique fait l'objet d'investissement important. Le plan « France génomique 2020-2025 » prévoit le séquençage à grande échelle ce qui devrait permettre d'identifier des déterminants génétiques des maladies, mais l'analyse de ceux-ci n'aura de sens qu'à condition de prendre en compte les autres déterminants sociaux, environnementaux, pharmacologiques.... Cette approche holistique est aujourd'hui facilitée par la collecte de données numériques, l'enjeu étant aujourd'hui de pouvoir croiser l'ensemble de ces données issues de sources variées. Nous disposons aujourd'hui à l'AP-HP d'un entrepôt de données de santé qui comporte l'ensemble des données cliniques, biologiques, radiologiques de tous les patients pris en charge en hospitalisation et en consultation. Les conditions de vie, les conditions de travail manquent souvent dans le dossier médical alors même que l'on décrit de plus en plus de liens entre l'exposition à des toxiques et l'augmentation du risque de certaines maladies. La qualité de l'alimentation, de l'eau de boisson, de l'air que l'on respire sont autant de facteurs qui entrent également en jeu en matière de santé environnementale. L'exposome introduit la notion d'une exposition de chacun à une multitude de substances chimiques et de facteurs physiques disséminés dans l'environnement. La spectrométrie de masse en détectant la présence de quantités extrêmement faibles de substances chimiques permet de repérer l'exposition à l'échelle individuelle sur des prélèvements des phanères par exemple ou à l'échelle populationnelle sur les eaux usées l'exposition à ces substances. L'analyse de ces données à l'échelle individuelle ou populationnelle, réalisée sur un grand nombre de personnes croisée avec les données cliniques de l'entrepôt de données de santé ouvre la possibilité de d'établir des corrélations intéressantes parfois inattendues. La détection de signaux faibles peut être pertinente si le nombre d'individus étudiés est important.

L'analyse de ces données devra faire appel à des compétences issues de diverses disciplines : médecins, généticiens, épidémiologiste, mais aussi *data-scientists*, chercheurs en sciences humaines (sociologue, anthropologues...) entre autres. L'enjeu principal est celui de la collecte et l'accès aux

données issues de sources très variées et la possibilité de les croiser avec les données de l'entrepôt de données de l'AP-HP. Des partenariats doivent être envisagés probablement à l'échelle du territoire, en cohérence avec le 4^e plan national santé et environnement 2020-2024 qui envisage la création d'un espace commun de données santé environnement.

L'AP-HP développera le dépistage et la prévention :

- dans les soins :
 - un groupe d'experts définira un plan d'action annuel pour la prévention et le dépistage, en lien avec les priorités du plan régional de santé ;
 - des outils de prise en charge de certains grands facteurs de risque modifiables seront proposés aux patients ;
 - les informations transmises au public seront mises en cohérence en lien avec les soins primaires (message identique du médecin traitant jusqu'à l'établissement de santé) ;
 - la synergie des acteurs des filières de dépistage sera améliorée ;
 - l'intelligence artificielle et des objets connectés seront mis à profit dans le cadre de la prévention et du dépistage ;
 - des e-cohortes de malades chroniques seront développées ;
- dans l'enseignement et la communication :
 - l'enseignement de la médecine préventive sera développé auprès des étudiants et des médecins praticiens au titre de la formation initiale ou continue ;
 - des actions de communication seront déployées à destination de publics cibles (notamment dans le cadre du service sanitaire pour les étudiants en santé) et auprès du grand public ;
- dans la recherche :
 - la prévention et le dépistage constitueront un axe de recherche valorisé dans le CHU ;
 - les appels à projets de l'ARS seront utilisés pour susciter des recherches nouvelles sur des thèmes de prévention et dépistage ciblés.

L'AP-HP portera une attention particulière à la santé environnementale :

Outre les actions prévues dans le projet d'établissement, dans le cadre de son projet médical, l'AP-HP :

- travaillera en réseau avec ses partenaires régionaux (agence régionale de santé, réseau « Île-de-France santé environnement » (ISEE), service parisien de santé environnementale de la Ville de Paris...) pour faciliter les échanges et mutualisations d'informations et formations ;
- développera une éducation préventive en santé environnementale ;
- formera les soignants pour devenir à leur tour des informateurs-prescripteurs de bonnes pratiques en matière de prévention de l'exposition aux polluants environnementaux (perturbateurs endocriniens, allergènes...) ;
- favorisera la formation initiale et continue de ses personnels aux problématiques du développement durable spécifiques au secteur de la santé, en lien avec les doyens et responsables d'enseignement ;

- promouvra la recherche pluridisciplinaire en santé environnementale et développement durable en santé (clinique, médicale et paramédicale, en sciences humaines et sociales...) et développera les liens internationaux dans ce domaine ;

L'AP-HP s'engagera résolument dans le développement durable et la transition écologique.

Outre les actions prévues dans le projet d'établissement, dans le cadre de son projet médical, l'AP-HP soutiendra et développera les expériences engagées, notamment en matière de :

- adaptation des locaux et outils de travail : matériaux de construction adaptés au réchauffement climatique et limitant structurellement l'usage de la climatisation, diminution de l'impact du numérique sur le climat par une politique raisonnée de la numérisation des tâches, adaptation des locaux aux mesures de prophylaxie des épidémies appelées à se multiplier en lien avec le changement climatique, etc.
- tri et valorisation des déchets d'activités de soins ;
- réflexion sur la pertinence des prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux ;
- intégration de critères de développement durable dans les achats de médicaments et dispositifs médicaux ;
- limitation des plastiques et de l'usage unique pour certains matériels ;
- sensibilisation et formation des personnels ;
- développement de la recherche et des liens avec les autres structures de soins en France et à l'international.

1.3.13. Capacitaire

Le capacitaire doit être déterminé en fonction des besoins de la population dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, dans une configuration organisationnelle optimale.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP mènera des études relatives au besoin capacitaire afin d'objectiver l'ensemble des questions relatives aux conditions de prise en charge qui influent sur le besoin en lits et de préparer le passage progressif aux chambres individuelles qui doivent devenir la norme pour tout patient car elles sont un critère de qualité et de sécurité des soins, comme l'a confirmé la crise du coronavirus.

Ces évaluations doivent viser à désengorger les urgences (adultes, pédiatriques, psychiatriques), fluidifier le parcours des patients (délais d'hospitalisation, aval des services d'aigu et de l'hôpital), répondre à l'évolution des besoins (évolutions sociodémographiques, épidémiologiques, et géographiques, et évolution des modes de prise en charge), anticiper les variations saisonnières et les crises épidémiques, et améliorer les conditions de travail des personnels (diminution du temps soignant passé à chercher des lits, travail en flux tendus, évolution de la lourdeur des patients). Ces questions sont étroitement liées avec les effectifs, l'organisation du parcours de soins et du parcours patient. Elles doivent s'accompagner d'une réflexion sur la répartition des moyens : répartition territoriale de l'offre de soins (pouvant s'appuyer sur des partenariats avec les autres structures

hospitalières, médico-sociales et acteurs de ville) et répartition entre spécialités et entre modes de prise en charge (hospitalisation complète, de jour, ambulatoire), en tenant compte de l'état et de l'évolution de la démographie médicale.

1.3.14. Numérique

L'objectif général est de mettre en place une politique des infrastructures permettant de disposer d'un système d'information performant tout en garantissant la confidentialité des données en continuant à promouvoir les actions de sécurisation des infrastructures.

L'institution a pour ambition de développer l'informatique au service des patients en proposant un portail patient de l'AP-HP qui aura pour but d'améliorer la communication des informations médicales avec le patient et de simplifier les démarches administratives (préparation à une hospitalisation, prise de rendez-vous...) La volonté est également de mieux partager les informations médicales avec le médecin traitant en lui permettant d'accéder quel que soit leur mode d'exercice aux comptes rendus de consultation, d'hospitalisation, aux résultats de biologie et d'imagerie (y compris les images). Le partage de données médicales entre les structures hospitalières, les laboratoires, les structures d'imagerie et l'AP-HP sera facilité dans le respect des habilitations et des réglementations.

Le développement continu du système d'information clinique institutionnel et des plateaux médicotechniques sera poursuivi pour couvrir les besoins de la communauté médicale au service des patients. Les évolutions devront permettre de disposer de dossiers adaptés à chaque spécialité, de logiciels adaptés aux besoins de la communauté des soignants avec un impact positif sur l'organisation des soins.

L'institution continuera à développer l'entrepôt de données de santé (EDS) en permettant à la communauté médicale de disposer d'un outil simplifié permettant aussi bien des travaux à l'échelon des services que des études collaboratives avec d'autres structures scientifiques.

Le virage numérique de l'institution qui impacte tous les métiers doit se réaliser en accompagnement avec les personnels. Il doit permettre aux équipes médicales de disposer des évolutions de l'intelligence artificielle et tout particulièrement dans les domaines de la biologie, de l'anatomo-pathologie et de l'imagerie. Cette transformation aura un impact sur l'évolution des métiers aussi bien sur les activités de télémédecine et de télétravail et sur les relations de l'institution avec les territoires.

Un nouveau schéma directeur du système d'information sera élaboré en 2021, avec une réflexion sur le niveau d'investissement et sur l'empreinte environnementale.

1.4. Projet recherche

Premier acteur européen dans le domaine de la recherche appliquée et de l'innovation en santé, l'AP-HP, en lien avec les universités d'Île-de-France, dispose de nombreux atouts pour poursuivre une politique ambitieuse au service du progrès médical et des patients. La création de son entrepôt de données de santé, le développement de plateformes communes à l'ensemble de l'AP-HP (SEQOIA, bio-banques, *Meary*...) et sa labellisation comme institut Carnot en sont les jalons les plus récents. La structuration des départements médico-universitaires (DMU) et la nomination de directeurs « recherche » sont des atouts à fort potentiel, que l'AP-HP devra davantage mobiliser sur la période du projet 2021-2025.

L'activité de recherche est en outre un élément majeur d'attractivité de l'AP-HP dans l'ensemble des territoires dont elle le CHU, pour les praticiens, mais aussi pour personnels paramédicaux. L'ensemble du volet recherche du projet médical 2021-2025 est donc bâti autour d'une politique d'attractivité pour et par la recherche. Un renforcement des financements de la recherche et une plus grande efficacité des diverses dimensions de l'aide et de l'appui à la recherche y sont étroitement associées. Le resserrement des liens entre l'AP-HP, les instituts hospitalo-universitaires (IHU) et les établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST) est aussi un enjeu prioritaire de ce projet.

1.4.1. Une politique d'attractivité pour et par la recherche

L'objectif de l'AP-HP est de mieux intégrer l'activité de recherche dans l'organisation des services et de prévoir du temps protégé dans les organisations ou les parcours individuels de ses praticiens cliniciens, biologistes, radiologues, pharmaciens, sages-femmes et de ses soignants chercheurs. La reconnaissance d'une valence recherche pour les praticiens hospitaliers (PH) offre une opportunité de faire évoluer les modèles d'organisation et de proposer des parcours plus riches et plus diversifiés.

En lien étroit avec les universités, les instituts hospitalo-universitaires (IHU), les autres établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST), l'AP-HP travaillera avec la communauté médicale sur plusieurs propositions :

- appels à manifestation d'intérêt (AMI) et expérimentation d'organisations de service permettant de dédier des plages à la recherche ;
- déclinaison de la reconnaissance des valences recherche au sein des organisations de services ;
- expérimentation de postes de PH dits « recherche », sur des durées contractualisées ou au moment des révisions des effectifs, sur des projets ciblés ;
- dispositifs d'accueil en temps partagé et protégé avec les IHU (dispositif existant à l'IHU *Imagine*) ou avec des EPST ;
- temps protégé lors de l'implication dans le montage de grands projets nationaux et internationaux (programme-cadre de recherche *Horizon 2020*, appels à projets « recherche hospitalo-universitaire » [RHU]...)

Une politique de valorisation de la recherche doit aussi être conduite auprès des jeunes chercheurs, internes, CCA/AHU et jeunes PH/MCU-PH. Il est ainsi nécessaire de renforcer les appels à projets de type « contrats de recherche clinique » qui sont en direction des jeunes chercheurs, et les bourses du

Fonds d'étude et de recherche du corps médical des hôpitaux de Paris, qui correspondent à des « amorçages de projet ou preuves de concept ». Une attention particulière sera portée à la généralisation de dispositifs d'appui à la publication (relecture, frais de publication) que certains groupes hospitalo-universitaires (GHU) ont mis en place. Enfin, l'AP-HP a conclu de très nombreux partenariats avec les plus grands ÉPST, au niveau international (Duke) ou européen (Alliance européenne des hôpitaux universitaires [EUHA]), qui doivent davantage encore constituer des opportunités effectives de mobilité et de richesse des parcours de formation.

Outre la recherche médicale et maïeutique, le développement de la recherche paramédicale est un autre enjeu important d'attractivité, de dynamique des services et d'innovation. L'AP-HP s'est dotée en juillet 2019 d'une feuille de route ambitieuse en ce domaine. Les appels d'offres pour les *master 2* et les thèses doctorales pour les personnels paramédicaux rencontrent un réel intérêt auprès des équipes paramédicales. L'AP-HP souhaite poursuivre et amplifier cette dynamique. Elle défendra une évolution du statut de ses paramédicaux vers un statut de bi-appartenant et mettra en place des dispositifs *ad hoc* en lien avec les universités (postes de professeurs associés, par exemple). Une politique de postes d'accueil à l'instar de ce qui est déjà offert au personnel médical sera travaillée.

Le nombre de candidatures au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) s'est maintenu malgré la pandémie et le premier appel interrégional à projets paramédicaux a été lancé par le groupement inter-régional pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI) en 2021. Le premier projet d'équipe mixte paramédicale est en cours de finalisation. Un dispositif de passeport temps recherche a été mis en place avec la fondation de l'AP-HP pour valoriser, sous forme d'heures supplémentaires, l'implication et le temps mobilisé par les personnels paramédicaux qui s'engagent dans les PHRIP.

Un bilan de la feuille de route à deux ans sera réalisé, afin d'identifier de nouveaux leviers, notamment dans l'appui à l'investigation, pour favoriser l'accès à la recherche clinique des paramédicaux et les liens avec la recherche médicale et maïeutique.

1.4.2. Une politique ambitieuse de formation à la recherche et d'information sur la recherche

Le CHU doit accompagner les personnels dans leurs premiers projets de recherche durant leur parcours de formation et de former, ou compléter leur formation, aux exigences de cet exercice. Il est aussi garant de la qualité et de l'excellence de ses processus de recherche et doit être exemplaire dans l'application des bonnes pratiques de recherche clinique.

L'AP-HP renforcera son offre de formation à destination des services et des investigateurs. Elle mobilisera l'offre de formation présente en Île-de-France et en France et proposera, en lien avec les universités, différentes modalités de formation (téléchargements, cours en ligne, visio-réunions) plus accessibles aux investigateurs et davantage centrées sur leurs problématiques. Des formations aux bonnes pratiques cliniques de la recherche, à la réglementation de la recherche et à ses conséquences pour les investigateurs et le promoteur seront également proposées. L'objectif à moyen terme est d'évoluer vers une certification des investigateurs ou de leurs équipes, comme cela se pratique déjà dans certains autres CHU.

L'AP-HP poursuivra aussi son engagement en matière de recherche responsable :

- création d'un office AP-HP de l'intégrité scientifique ;
- formations régulières pour sensibiliser ses équipes aux enjeux d'une recherche scientifiquement intègre ;
- poursuite de la publication de ses essais dans *Clinical trials.gov* et dans le registre européen des essais cliniques (EUDRACT) avant démarrage, et mise en place des actions nécessaires pour y publier systématiquement les résultats ;
- augmentation du nombre de ses données et résultats publiés en *open source*.

Une amélioration des outils de communication sera mise en œuvre à l'appui de cette politique :

- communication institutionnelle externe et interne pour mieux faire connaître et partager les projets, les résultats et les équipes innovantes ;
- amélioration des outils d'information et de formation : mise en ligne des guides, frise annuelle des grands appels à projets, mise sous application du répertoire des différents essais cliniques ouverts à l'AP-HP ;
- mise à disposition des données quantitatives et qualitatives relatives aux activités de recherche de l'AP-HP (points SIGAPS et SIGREC, ratios du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur [HCERES]) ;
- finalisation du déploiement du système d'information *Easydore* qui donnera une vision de l'ensemble des projets de recherche menés par les équipes et permettra une analyse détaillée des recherches des équipes et une reconnaissance de leur implication.

1.4.3. Faciliter et accélérer la mise en place des projets de recherche

Des efforts importants ont été réalisés pour réduire les délais de contractualisation et de mise en place des essais, mais la poursuite de leur diminution demeure un objectif important, notamment du fait du retard pris sur les projets non liés à la COVID-19 en 2020-2021. Il est donc important de poursuivre l'analyse et le suivi des délais et de leurs causes et d'explorer des solutions (signature électronique, formation de l'ensemble des équipes administratives de recherche, circuits accélérés avec nos principaux partenaires, interface entre les logiciels *Easydore*, SAP, HRA...)

Les engagements pris par l'AP-HP dans le cadre de son dossier de labélisation « institut Carnot » par l'Agence nationale de la recherche (ANR) prévoient des objectifs ambitieux pour les délais de contractualisation avec nos partenaires privés et nécessitent un audit régulier de nos circuits organisationnels. Le dispositif « *one AP-HP* », permettant un accès facilité et coordonné des industriels avec les équipes de l'AP-HP a commencé à se déployer et doit se structurer autour d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), pour laquelle un appel à candidatures sera réalisé au sein de l'AP-HP.

Outre les délais de mise en œuvre, les délais d'inclusion feront l'objet de travaux d'analyse avec les URC et les investigateurs, afin d'améliorer la situation actuelle, caractérisée par une insuffisante participation de l'AP-HP aux essais multicentriques, des délais plus longs d'inclusion malgré l'ouverture de nombreux centres au sein de l'AP-HP. Un plan d'actions sera construit, en accordant une attention particulière aux outils de pré-*screening*, en lien avec l'entrepôt de données de santé (EDS), mais aussi une réflexion sur les incitations, y compris financières, sur la base d'indicateurs de performance.

La simplification et le soutien aux études sur données, hors « loi Jardé », est aujourd'hui une attente forte des investigateurs, notamment des plus jeunes. Pour répondre à cette attente, l'AP-HP renforcera les capacités de soutien des unités de recherche clinique (URC). En lien avec nos partenaires universitaires et l'INSERM, une organisation sera recherchée avec les comités d'éthique locaux qui examineront ces projets.

Ainsi, pour la période 2021-2025, l'AP-HP :

- rendra plus intelligible et plus facilement accessible un appui financier, ressources humaines et organisationnel pour les projets de recherche et d'innovation ;
- renforcera l'efficacité de l'offre de services en recherche et innovation (R&I) auprès des investigateurs de l'AP-HP et de leurs partenaires externes ;
- optimisera le système d'information dédié à la recherche de l'AP-HP, la sécurité des données des patients et les conditions de leur utilisation pour la recherche et le pilotage de l'activité.

1.4.4. Poursuivre l'investissement dans les outils et dans l'appui aux équipes d'aide à l'investigation

La qualité des équipes d'aide à l'investigation et de leurs outils, l'utilisation de bases de données massives et de plateformes communes à l'ensemble de l'AP-HP en appui d'une recherche d'excellence sont quelques-uns des atouts que l'AP-HP possède, et dont elle doit aujourd'hui tirer tous les fruits.

1.4.4.1. Entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP

L'EDS offre une opportunité pour la mise au point d'outils diagnostiques et pronostiques fondés sur l'intelligence artificielle et permet d'identifier les patients répondant aux critères d'inclusion dans les études de recherche. Un partenariat stratégique noué avec l'Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique (INRIA) adosse ces études à la science de la donnée, dans le cadre d'un laboratoire commun, avec notamment deux chaires de recherche AP-HP portées conjointement avec l'INRIA et *Centrale Supélec*. Appariées à celles du système national des données de santé (SNDS) pour retracer le parcours des patients, ces données de soins permettront d'améliorer les connaissances épidémiologiques. Enfin, ces données permettront d'apprécier la faisabilité et la pertinence des essais cliniques.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP :

- accélérera les délais d'accès à l'EDS (réduction de la file active actuelle) ;
- simplifiera et promouvra l'accès des services à l'EDS grâce au déploiement de référents EDS et *data scientists* dans les URC ;
- facilitera l'utilisation de l'EDS, y compris dans la phase amont et pendant des études préparatoires (faisabilité, inclusion des patients, pré-*screening* remplissage automatisé des cahiers d'observations électroniques (*electronic case report form*, [ECRF]) ;
- renforcera l'aide méthodologique proposée par les URC (*data scientists*, statisticiens...)
- s'assurera de l'information des patients quant à l'utilisation des données de santé via l'EDS (utilisation des données brutes pour la recherche à l'AP-HP et destination ultérieure potentielle dans le cadre de partenariats avec des structures externes à l'AP-HP)

1.4.4.2. Plateformes communes à l'ensemble de l'AP-HP

Ces plateformes représentent un atout majeur. À titre d'exemple, la médecine « de précision » requiert la mobilisation des bio-banques constituées au décours d'essais cliniques, des échantillons d'anatomo-cytopathologie et des données « omiques ». L'AP-HP possède un formidable potentiel en ce domaine, qu'il s'agisse de l'exploration des collections biologiques de ces essais au sein des CRB, du microbiote et des promesses thérapeutiques de la transplantation fécale, de la numérisation et valorisation des données d'anatomo-cytopathologie conduites avec le Conseil régional d'Île-de-France, ou de la plateforme SEQOIA de séquençage génomique à très haut débit portée avec l'institut Gustave-Roussy, l'institut Curie et les universités franciliennes. La thérapie génique, l'utilisation des cellules souches ou celle des cellules CAR-T constituent un domaine d'excellence des cliniciens et des pharmaciens de l'AP-HP. La plateforme *Meary*, dédiée aux médicaments de thérapie innovante, est le lieu privilégié de cette recherche translationnelle à partir de laquelle des transferts de technologie vers les entreprises doivent s'intensifier.

L'AP-HP entamera une démarche de labellisation de ces plateformes et les fera mieux connaître en interne auprès des équipes de soins et de recherche et, en externe, auprès de ses partenaires académiques et industriels.

1.4.4.3. Fidélisation des équipes d'appui à la recherche

L'effort de recrutement en contrats à durée indéterminée et de fidélisation des équipes d'appui à la recherche, engagé depuis quatre ans sera poursuivi. Cette politique de fidélisation s'accompagnera de :

- la poursuite de l'harmonisation des politiques de ressources humaines entre la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) et les groupes hospitalo-universitaires ;
- la simplification des processus de recrutement eu égard à l'exigence de réactivité pour la mise en œuvre des études ;
- la création de grilles sur des nouveaux métiers, notamment ceux liés aux données massives (*data manager*, *data scientist*).

1.4.4.4. Mise à niveau informatique

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- réalisera des investissements informatiques, en lien avec sa fondation, pour améliorer les équipements informatiques des URC, gérer les problématiques de stockage de données et mettre en place un dispositif de *hotline* d'assistance ;
- finalisera le système d'information recherche: déploiement d'*Easydore*, qui permettra un suivi partagé des projets et des contrats avec les investigateurs, et unification du logiciel de suivi de études et de la pharmacovigilance ;
- numérisera les outils de la recherche (un seul outil numérique pour le suivi des études, le *monitoring*, la pharmacovigilance, les extractions de données) et formera les personnels à ces outils, permettant ainsi la mise en place du *monitoring* à distance, qui s'est imposé durant la pandémie.

1.4.5. Une recherche de l'AP-HP ouverte vers son écosystème et son territoire

Alliée par convention aux six universités franciliennes, structurée pour la recherche en 21 fédérations hospitalo-universitaires (FHU) auxquelles participent l'INSERM et les universités, labellisée « institut Carnot » en février 2020 et signataire d'accords de partenariat stratégiques pluriannuels avec 9 industries de santé et 4 grands organismes de recherche publics, l'AP-HP se situe au cœur de l'écosystème français des acteurs publics et privés en santé.

Les 4 instituts hospitalo-universitaires, dont l'AP-HP est membre fondateur, sont également reconnus pour leur excellence scientifique, mais aussi pour leur agilité en matière d'innovation et leur capacité à développer des projets de recherche novateurs et ambitieux, notamment avec le monde industriel. Une articulation plus étroite des stratégies et du pilotage des projets sera recherchée afin de renforcer les synergies existantes et la réussite collective.

L'AP-HP est le premier acteur européen en matière de recherche clinique. Les six universités partenaires de l'AP-HP sont reconnues pour l'excellence de leurs UFR santé, mais aussi pour leur richesse pluridisciplinaire. L'INSERM, avec laquelle l'AP-HP entretient des liens étroits, bénéficie également d'une notoriété mondiale pour sa recherche en santé. Ainsi, l'articulation étroite, tant disciplinaire que géographique, des unités de recherche avec les services de l'AP-HP constitue un atout de premier plan, qui doit permettre de développer des projets ambitieux, tant au plan national (RHU) qu'international. La mise en cohérence des stratégies de recherche comme de site doit être poursuivie en vue de renforcer les complémentarités et de permettre des succès communs.

Sur la période 2021-2025, en matière de recherche collaborative, l'AP-HP développera et rendra lisible l'offre de services qu'incarne le Carnot@AP-HP pour la recherche et développement (R & D) des entreprises de la santé avec trois objectifs principaux :

- développer les plateformes mutualisées du CHU, les fédérations hospitalo-universitaires et les instituts hospitalo-universitaires (IHU) dont elle est cofondatrice, pour présenter une structuration cohérente des expertises et des ressources ;
- contribuer à la croissance de *start-up* innovantes et prometteuses ;
- poursuivre une feuille de route de R&D collaborative avec les entreprises et les universités françaises et étrangères, notamment au niveau européen.

CHU francilien, acteur de soins et de recherche d'un territoire, l'AP-HP renforcera son implication dans la recherche et l'innovation avec ses partenaires hospitaliers dans le cadre notamment du groupement inter-régional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) et à l'appui des politiques territoriales et des projets menés avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou les autres acteurs hospitaliers. La politique régionale menée par le GIRCI sur les soins primaires rejoint naturellement la préoccupation de l'AP-HP de continuer à développer des projets de recherche avec les acteurs de ville, et notamment les médecins de santé universitaires, en s'appuyant par exemple sur les collaborations menées avec les professionnels libéraux dans le cadre de COVIDOM.

Membre de l'Institut européen d'innovation et de technologie en santé (EIT *Health*), de l'Initiative pour les médicaments innovants (IMI) et de l'Alliance des 9 plus grands hôpitaux universitaires

européens (EUHA), le CHU francilien vise aussi à devenir un partenaire essentiel au moment où est lancé « Horizon Europe », le programme de recherche en santé de l'Union européenne, et accroître sa participation et sa réussite à ces appels à projets européens, par le renforcement de son appui aux porteurs de projets.

1.4.6. Renforcer les financements de la recherche

Les « accords du Ségur » ont prévu un abondement national annuel de 50 M€ pendant 8 ans des financements dédiés à la recherche. Cet abondement s'accompagne d'une réforme visant à valoriser dans son allocation l'excellence de la recherche, en élevant le niveau d'exigence des indicateurs (SIGAPS) et en accompagnant les dynamiques d'inclusion des établissements. Le volet recherche du projet médical de l'AP-HP est de nature à lui permettre de bien se positionner pour profiter de ces financements.

L'AP-HP s'est engagée depuis deux ans dans un dispositif d'intéressement (à hauteur de 9 M€ actuellement) fondé sur l'évolution de l'enveloppe des crédits MERRI à destination des GHU et des DMU. Ce dispositif doit notamment permettre un appui aux jeunes chercheurs, l'accès à des congrès ou la prise en charge de frais de publications. Il constitue un outil de discussion et de partage au sein des DMU et des commissions recherche des GHU. Ce dispositif sera pérennisé et augmenté. Dans cette perspective, les réalisations ou facilitations qu'il a permises seront évaluées.

L'AP-HP doit aussi poursuivre sa politique de diversification des sources de financement de sa recherche :

- la fondation de l'AP-HP continuera à jouer un rôle facilitateur dans le financement de l'amorçage des projets de recherche, sur des dons fléchés sur certaines thématiques ou certaines équipes, ou en appui global des politiques d'attractivité et de valorisation de la recherche ;
- la labellisation « institut Carnot » contribuera à mieux structurer notre recherche collaborative et à accroître la part de nos financements par des dispositifs incitatifs de retour vers les investigateurs (abondement Carnot) qui démarrent dès 2021 ; le dispositif d'intéressement mis en place depuis deux ans à l'AP-HP permet notamment un appui aux jeunes chercheurs, l'accès à des congrès ou la prise en charge de frais de publications. Ce dispositif sera évalué et renforcé.

Le projet de soins de l'AP-HP

Le projet de soins de l'AP-HP est le projet de soins socle auquel les projets de soins des GHU et sites hors GHU font référence. Ces derniers pourront être plus larges dans leur périmètre pour inclure des spécificités liées au GHU ou au site. Il correspond au projet de soins et des activités paramédicales dont les Coordonnateurs généraux de soins (CGS) et Directeurs des soins (DS) ont la responsabilité avec l'appui de la commission des soins infirmiers de rééducation et medicotechnique (CSIRMT) du GHU ou du site et sur lesquels ils fondent leur stratégie de gestion et d'organisation des soins.

En lien avec les ambitions du projet social 2021-2025 qui souhaite favoriser l'attractivité, la formation et l'amélioration des organisations, le projet de soins de l'AP-HP est en cohérence avec le projet médical et le projet qualité et sécurité des soins. Il affiche pour les cinq prochaines années la volonté d'améliorer l'attractivité, de développer les coopérations entre les professionnels, d'apporter une meilleure qualité et sécurité des soins au travers notamment de l'optimisation des organisations médico soignantes qui doivent continuer à s'adapter aux évolutions des prises en charge thérapeutiques et au développement des nouveaux métiers et des outils numériques. Une attention sera portée aussi aux cadres de santé et à leurs équipes pour favoriser le dialogue et le soutien dans le management et la gestion des activités et des projets. Enfin, c'est un projet qui souhaite aussi accentuer la prise en charge interdisciplinaire et renforcer notamment la coopération avec les psychologues dans la gestion des interactions entre les soignants, les patients et leur entourage et favoriser la prise en compte de la dimension psychique dans l'accueil et la prise en charge.

Ce projet consacre un axe dédié à la formation initiale et continue, levier essentiel du développement des compétences et de l'attractivité de l'AP-HP et facteur de réussite majeur dans les projets individuels et collectifs. En ce sens, nous avons aussi pour objectif d'améliorer les conditions d'accueil et d'intégration des étudiants et de continuer à développer le tutorat pour mieux répondre à leurs attentes et les impliquer dès la formation dans nos projets institutionnels.

La qualité et sécurité des soins, de par son ancrage dans la pratique des paramédicaux, est un axe fort de ce projet. Le travail en équipe et la prise en compte des attentes des patients et leurs implications dans l'activité de soins sont des éléments forts de cette qualité. Le patient est un partenaire de l'équipe soignante et il est au cœur du projet de soins 2021-2025.

Enfin, le projet de soins a aussi pour ambition de favoriser l'essor de la recherche et de l'innovation impliquant tous les paramédicaux pour contribuer au développement de nouvelles pratiques au bénéfice des patients et des professionnels tant dans le domaine des soins directs que celui des organisations, des outils et du management.

Tous les travaux du projet de soins ont été menés avec les CGS des GHU qui ont mobilisé leurs équipes et impliqué les CSIRMT. Le bilan du projet de soins 2015-2019 a été le point de départ de nos réflexions ainsi que les grands axes posés par le projet social et la vision prospective de l'AP-HP développée lors de la création des GHU. Ce projet intègre les éléments issus des débats lors des séances du Conseil de surveillance, de la Commission Centrale des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-

Techniques et du Comité Technique d'Etablissement où siègent les organisations syndicales représentatives. Ce projet, de par la transversalité de ses axes, sera partagé et porté au niveau des GHU et des sites hors GHU avec notamment la direction des ressources humaines et la direction de la qualité et gestion des risques pour une action synergique et coordonnée. Ce projet de soins se veut être concis dans sa forme comme sur le fond avec une déclinaison en 4 axes d'égales importances et avec un nombre d'indicateurs resserré mais performants et mesurables.

1.5.1. Management, organisation et continuité des soins

Cet axe s'appuie sur trois points principaux :

- Redéfinir l'organisation des soins en intégrant les besoins des patients et les évolutions des prises en charge à l'Hôpital et sur le territoire,
- Favoriser un management bienveillant et la qualité de vie au travail,
- Développer l'attractivité et la fidélisation des personnels sur les GHU.

1.5.1.1. *Parcours de soins et de santé sur le GHU et le territoire*

Ce sujet est en lien avec le parcours de soins et de santé sur le GHU et le territoire notamment dans sa dimension promotion de la santé et prévention.

Il inclut le GHU dans le parcours de soins du patient entre l'amont et l'aval avec un rôle important et croissant des infirmières de coordination et les infirmières de pratique avancée (IPA). Cela s'appuie également sur les chemins cliniques dans sa partie interprofessionnelle.

Dans ce cadre-là, il sera nécessaire d'inclure le dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé au travers de l'article 51 – avenant 6 art 13 de la loi de santé 2019.

Du continuum en santé à la continuité des soins :

L'allongement de la vie en bonne santé et en autonomie nécessite de développer une culture de prévention par une meilleure connaissance des déterminants de santé.

Il est difficile de mobiliser l'ensemble des acteurs au sein d'un territoire et de rendre lisible les actions préventives souvent initiées par des groupes de professionnels sans réflexion d'ensemble.

Les constats font état de nombreuses actions, de la vaccination à l'éducation thérapeutique, réalisées par une multitude de partenaires sur un territoire, actions parfois redondantes car méconnues par l'ensemble des acteurs.

La diversité des acteurs et les enjeux de certaines maladies chroniques nous amènent à coordonner nos actions et à développer nos responsabilités vis-à-vis de la population. Pour mettre en place les conditions de la réussite, il nous faut atteindre deux objectifs stratégiques :

- Relever les défis de santé publique et lutter contre les inégalités sociales de santé en lien avec les acteurs du territoire impliqués dans l'hospitalisation et la médecine de ville et libérale,

- S'engager dans une vision renouvelée de l'organisation des soins et développer une meilleure coordination des interventions des professionnels.

Action 1- Améliorer la gestion des soins non programmés et l'accès aux soins de premier recours

- Optimiser les circuits pour les patients qui relèvent du soin programmé,
- Identifier les circuits pour les personnes âgées et /ou fragiles qui se présentent aux Urgences,
- Prolonger les transformations organisationnelles engagées dans les services d'urgences pour améliorer l'accueil des patients et faciliter l'évaluation et l'orientation vers des consultations de premier recours quand c'est possible,
- Poursuivre les efforts engagés avec le concept Zéro Brancard et la gestion des lits par le Bed Management.

Dans ce contexte, le projet de soins de l'établissement doit :

- Favoriser le travail interdisciplinaire entre les professionnels du soin et du secteur social pour répondre aux besoins des patients pour éviter et / ou limiter l'impact de l'hospitalisation,
- Développer la formation au protocole de coopération prescription d'examens radiologiques des extrémités par les IDE,
- Inscrire la thématique de soins de premier recours dans les axes de développement de la recherche paramédicale.

Action 2- Développer une stratégie de prise en charge des personnes âgées et/ ou fragiles

Les patients âgés sont une partie importante de la population accueillie et prise en charge dans les établissements de l'AP-HP. A ce jour, la gériatrie est une discipline présente dans 33 des 39 établissements de l'APHP et 26 sites disposent d'une unité de gériatrie aigue. C'est aussi un champ d'exercice où beaucoup de nos professionnels sont impliqués et investis.

En lien avec le projet médical, les enjeux du projet de soins se situent à deux niveaux :

- Avoir l'ambition d'une meilleure prise en charge des personnes âgées par les paramédicaux au sein de l'Hôpital pour les soins programmés ou pour les soins de premier recours,
- Développer l'attractivité des services gériatriques pour nos professionnels.

Pour réussir cette ambition, 5 objectifs sont visés :

- Améliorer la formation continue des soignants à la prise en charge des personnes soignées (sur le modèle des formations pour les assistants en soins gériologiques),
- Mieux valoriser le travail des aides-soignants : une rémunération spécifique a déjà pu être mise en œuvre au niveau national,
- Développer la prévention de la maltraitance,
- Améliorer les conditions de travail et redonner du temps aux soignants, via la politique d'investissements du quotidien et la mise en œuvre de la dispensation nominative en SSR et SLD.

- Développer la coopération avec les représentants des usagers pour intégrer l'expérience patient dans les pratiques de soins.

Action 3- Identifier les parcours de soins au sein des GHU et promouvoir leur développement sur le territoire

- Définir les parcours de soins et chemins cliniques au sein des GHU et sur le territoire,
- Elaborer des cartographies de compétences et d'activités par filières de soins,
- Identifier ce qui relève des Infirmières coordinatrices, des Infirmières de Pratique Avancée et des Protocoles de coopération dans cette organisation des parcours et filières.

Action 4- Intégrer la promotion de la santé et la prévention dans les pratiques en lien avec les acteurs du territoire au sein des filières de soins :

- Intégrer dans les Projets médico – soignant un volet prévention pour chaque filière.
- Structurer un programme de prévention avec l'ensemble des acteurs du territoire.
- Organiser et coordonner des actions de prévention en lien avec les associations de patients :
 - Désigner un préventologue identifié (directeur adjoint – chargé de mission), autorité organisatrice et transversale au sein de l'établissement en lien avec les acteurs du territoire de façon pragmatique, sans obérer les initiatives de services ou professionnels/associatifs,
 - Structurer un programme lisible et visible évitant les redondances d'actions et l'optimisation des ressources et des compétences,
 - Développer des actions territoriales de prévention et de promotion de la santé cohérentes entre établissements pour structurer une offre de prévention sur un territoire de santé,
 - Graduer les actions en fonction des ressources de chaque établissement/acteur et s'organiser autour de l'enjeu d'une population et d'une pathologie avec les acteurs extra hospitaliers,
 - Organiser les parcours professionnels et les actions de formation pluri professionnelle.

Action 5- Promouvoir et soutenir le télésoin permettant d'intégrer la prévention dans les parcours de soins :

La télémedecine vise à améliorer le suivi des patients par une surveillance et une stabilisation des maladies chroniques, permet d'éviter les décompensations et diminuer les hospitalisations évitables, elle simplifie les parcours de soins par la possibilité d'avoir rapidement plusieurs avis d'experts et facilite l'accès aux soins des populations isolées. A ce titre, les expériences issues de la crise sanitaire et l'essor de la télémedecine nous mobilisent pour favoriser le développement du télésoin au travers de 4 actions à mettre en place :

- Définir les zones non couvertes ou propices au développement du télésoin sur un territoire,
- Identifier des référents par GHU assurant la coordination de ces actions,
- Recenser les actes réalisés par secteurs d'activité dans chaque GHU,

- Définir une cible à atteindre en termes d'actes.

1.5.1.2. *Management bienveillant et qualité de vie au travail*

Dans le cadre de la restructuration de l'AP-HP et de la mise en place récente des nouveaux GHU, la formalisation du schéma d'encadrement est un préalable à la lisibilité de la ligne managériale de l'établissement.

Le développement des compétences, l'accompagnement des cadres de santé paramédicaux notamment à l'occasion de leur prise de poste, l'animation et l'organisation de la continuité de l'encadrement constituent également des éléments contributifs au bon fonctionnement de l'institution, au même titre que l'indispensable collaboration entre les professionnels médicaux et paramédicaux. Dans ce projet de soins 2021-2025 et en lien avec les ambitions du projet social, l'accès facilité à la formation cadre de santé doit notamment permettre de diminuer le nombre de professionnels exerçant comme faisant fonction et de développer l'accès à la formation continue des cadres de santé.

Action 1 - Contribuer à l'amélioration des pratiques managériales et des organisations

- Garantir au travers de l'élaboration du projet managérial une cohérence plus grande entre le management individuel et collectif,
- Développer les actions d'amélioration des conditions de travail et s'appuyer sur l'expérience de la crise COVID et les dispositifs initiés (Hoptisoins, Bulles de détente...) pour améliorer la qualité de vie au travail,
- Créer des espaces d'échanges et de concertation à l'échelle des services et s'appuyer sur le dispositif Prime d'Engagement Collectif pour renforcer la construction collective,
- Tester de nouvelles organisations de travail,
- Mobiliser le levier de la prime d'engagement collectif pour favoriser la participation des agents,
- Développer les compétences partagées en matière de gestion et management,
- Identifier et formaliser les circuits de décision impliquant plus les cadres et permettant un développement de leur autonomie,
- Définir les missions et rôles de chacun, les organigrammes et le schéma d'encadrement dans les DMU.

Action 2 - Développer une politique d'animation et d'accompagnement de l'encadrement :

- Mettre en place des réunions, des rendez-vous de remontée d'informations, des séminaires,
- Développer l'accès au coaching et aux ateliers d'analyse de pratiques managériales,
- Favoriser l'accès à la formation : gestion du temps de travail, conduite de projet, gestion de conflits, ...

Action 3 - Développer la collaboration chef de service/cadre de santé de proximité et favoriser la concordance des temps médicaux et paramédicaux :

- Formaliser le projet de service en impliquant les équipes médicales et paramédicales et la charte de fonctionnement du service,
- Développer la collaboration et l'animation au sein des conseils de service qui sont des lieux d'expression et d'échanges sur l'organisation des activités et qui favorisent le dialogue entre les médecins et les paramédicaux et la gestion des projets,
- Favoriser la coordination des acteurs à partir d'un autodiagnostic des forces et faiblesses dans les organisations.

Action 4 - Formaliser les dispositifs d'intégration et d'accompagnement des faisant fonction (FF) et des nouveaux cadres :

- Formalisation et diffusion d'un dispositif d'intégration des nouveaux cadres (procédure d'accompagnement à la prise de poste, référentiel d'intégration...),
- Evaluations régulières et bilan annuel au sein de chaque GHU de ce dispositif,
- Existence d'un contrat d'engagement,
- Accompagnement des cadres supérieurs de santé et faisant fonction de cadres supérieurs de santé : mise en place d'une formation d'adaptation à l'emploi (FAE).

Action 5 – Formaliser les dispositifs d'analyse de la charge en soins :

- Mettre en place des outils de diagnostic des organisations.
- Définir l'adéquation entre les ressources et l'activité au sein des DMU et services,
- Travailler sur les organisations de travail avec les équipes médicales, logistiques, techniques et administratives pour une meilleure coordination des acteurs et efficacité organisationnelle.

1.5.1.3. Attractivité et Fidélisation

Comme l'ensemble des établissements franciliens, l'AP-HP fait face à des difficultés d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé. Certains sites font face à ces difficultés depuis plusieurs années mais cette situation est aujourd'hui dominante et freine le développement et la croissance des activités d'accueil et de prise en charge des patients. Des actions ont été engagées et les avancées issues du Ségur de la Santé, transposées avec ambition dans le projet social de l'AP-HP, vont contribuer à l'attractivité et la fidélisation. Les nouvelles générations ont de nouvelles approches et des rapports au travail différents qui nécessitent de l'agilité dans les organisations et le management pour leur donner envie de s'impliquer dans la durée au sein de nos établissements.

Action 1- Mettre en œuvre une stratégie avec les Instituts de Formation pour développer l'attractivité, au travers d'une politique d'accueil et d'encadrement des stagiaires qui permette un accompagnement des étudiants en santé et la valorisation de l'AP-HP :

- Réaliser une cartographie des capacités d'offres de places de stage partagée entre Instituts et GHU,
- Réaliser un livret d'accueil dans chaque DMU ou service,
- Adapter l'offre de stage en fonction du projet de l'étudiant,
- Mettre en place des stages pré-professionnels pour amorcer le futur poste,
- Intégrer un tuteur pédagogique dans chaque stage,

- Favoriser la visibilité des acteurs des Ecoles Supérieures (ES) dans les Instituts,
- Assurer un développement continu des connaissances au travers de cours sur les pathologies ou les différentes prises en charge ou les différentes techniques professionnelles dans les services organisés par les médecins et experts paramédicaux.

Action 2- Donner de la visibilité à l'établissement et au GHU pour faciliter les choix :

- Généraliser les forums de recrutement,
- Avoir une démarche de communication adaptée,
- Communiquer, diversifier les sites de publication de postes et développer le recours aux réseaux sociaux et sites spécialisés pour le recrutement,
- S'appuyer sur les compétences et l'expertise de la Cellule d'Accompagnement au Recrutement.

Action 3- Faciliter le recrutement en répondant aux appétences de candidats :

- Proposer des circuits courts avec des interlocuteurs ciblés et disposer de tous les éléments d'attractivité lors de l'entretien de recrutement permettant un accueil personnalisé et facilitateur,
- Définir, partager et simplifier les processus de recrutements,
- Mieux informer sur les atouts de l'APHP notamment sur le plan indemnitaire et salarial,
- Valoriser les évolutions de carrière potentielles à l'APHP.

Action 4- Valoriser les compétences et faciliter la communication pour fidéliser :

- Formaliser les dispositifs d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants (avec définition d'objectifs et évaluation régulière par le cadre de santé du service),
- Proposer des parcours qualifiants permettant une diversité d'activités,
- Porter une attention à l'accueil des agents issus de la promotion professionnelle et qui doivent être accompagnés dans leur changement de métier au sein des équipes,
- Repérer les potentiels et les accompagner dans leur évolution par la formation et à la promotion professionnelle,
- Valoriser les réalisations des professionnels : participation et présentation à l'occasion de séminaires, de groupes de travail, organisation de journées paramédicales...,
- Evaluer la satisfaction des professionnels.

1.5.2. Qualité et sécurité des soins

Cet axe Qualité et Sécurité des Soins prend en compte les enjeux majeurs du projet social que sont le développement du travail en équipe pluri-professionnelle et la concordance des temps médicaux et paramédicaux. Il est en cohérence avec la politique Qualité Sécurité des Soins et Gestion des Risques et le projet médical de l'AP-HP. Il intègre les attendus de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins dans sa version 2020 et s'ancre dans les pratiques des soignants et l'expérience patient pour améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

1.5.2.1. *Prise en charge du patient en inter-professionnalité*

Le travail en équipe constitue un fondement essentiel de la qualité et de la sécurité des soins donnés aux patients. Les équipes se coordonnent pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de son parcours de soin ; la concertation et la coordination sont indispensables à une approche globale du patient et de ses proches.

Le travail en équipe est également un attendu fort dans le cadre de la nouvelle certification V 2020 et dans le projet social de l'AP-HP. Les projets portés par une équipe dans le domaine de la qualité des soins et / ou des organisations pourront être valorisés par la prime d'engagement collectif.

La prise en charge en inter-professionnalité inclut également les métiers nouveaux et les activités nouvelles générées par la mise en place des protocoles de coopération, le développement des infirmiers de pratiques avancées (IPA) et des infirmiers de coordination (IDEC).

Elle invite au partage autour de la prise en charge du patient. Dans cette dynamique interprofessionnelle à amplifier, la coopération concertée avec les psychologues sera aussi un levier essentiel pour mieux répondre aux besoins liés aux composantes psychologiques et favoriser ainsi la qualité de la prise en charge. Cette approche se concrétise dans le développement du raisonnement clinique partagé qui aboutit à la formalisation de plans de soins type, chemins cliniques et guides de séjour. L'ambition est d'intégrer le raisonnement clinique partagé dans le dossier de soins informatisé car actuellement cette absence génère une frustration des équipes et constitue un frein à son déploiement.

Ces différents éléments permettent de définir des scénarios de prise en charge qui sont discutés et argumentés au sein de l'équipe avec le patient. Cette approche permet également de développer la pertinence des soins qui s'apprécie au regard de la situation et des attentes du patient, des connaissances scientifiques et des recommandations de bonnes pratiques.

La prise en charge du patient en inter-professionnalité s'inscrit dans une **démarche de projet de service coopératif** qui est un moyen pour les équipes, de travailler sur le sens et la cohérence des missions de chacun au bénéfice du patient. Le propos peut être illustré par un projet conduit par une équipe telle que la « *systématisation de l'utilisation de l'hypnose à visée antalgique* ».

La prise en charge en inter-professionnalité soulève la question de la concordance des temps médicaux et paramédicaux qui favorise le travail en équipe, le partage d'information donc la prise en charge collective du patient. Elle permet à tous les acteurs d'apporter leur expertise dans la prise en charge globale et holistique des patients. Cette inter-professionnalité est inscrite dans le projet social de l'institution et déclinée dans le projet de service.

1.5.2.2. *Implication du patient expert et de l'expérience patient/aidant dans les processus de soins*

L'enjeu dans ce domaine est la personnalisation du projet de soins du patient, en s'appuyant sur son expertise ainsi que celle de son aidant/ses proches. L'hospitalisation, même si elle se répète, ne reste qu'un épisode.

Ce chapitre place le patient au cœur du système. Le patient, et particulièrement s'il est atteint d'une pathologie chronique, nécessite une prise en charge adaptée. L'enjeu est la personnalisation du soin.

Notre histoire professionnelle nous a appris que la prise en compte de l'expérience du vécu du patient contribue à mieux cerner ses attentes et ses besoins. Cette expertise, aucun professionnel de santé bien portant ne peut l'avoir. La parole du patient et de l'aidant sont majeurs et il n'est pas possible de s'en départir.

Dans un contexte où de plus en plus de pathologies deviennent chroniques, l'enjeu est d'intégrer dans la prise en charge de tout patient l'approche et les principes appliqués dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient : la connaissance et l'expérience qu'il a de sa maladie, voire l'expertise qu'il en tire. Il s'agit également d'intégrer son entourage, ses proches comme partie prenante de sa prise en charge.

Cette expérience peut permettre aux directions des soins et aux cadres d'interroger et de modifier leurs organisations et le savoir-être des professionnels. Ainsi, comme l'indique la haute autorité de santé, les décisions et modalités de prise en charge sont argumentées et le patient bénéficie d'une information simple, claire et adaptée entre les différentes alternatives possibles et les bénéfices /risques associés. Une évaluation spécifique est portée aux patients à besoins spécifiques.

1.5.2.3. Bonnes pratiques et bienveillance/éthique dans les soins

Cette thématique s'appuie sur une politique des soins centrée sur les bonnes pratiques, la bienveillance, le respect de la dignité du patient et l'exemplarité. Chaque GHU ou site intègre une réflexion éthique en lien avec ses activités emblématiques (pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, maladies rares et handicap). L'approche éthique et bienveillante se fondent sur :

- Des pratiques professionnelles qui s'appuient sur des recommandations, des preuves scientifiques, des protocoles, des procédures et qui donnent lieu à des évaluations,
- Des pratiques qui intègrent pleinement la singularité, la dignité humaine et la sensibilité de la personne à qui les soins sont destinés.

La réflexion éthique dans l'accueil des familles et des aidants est constante ; elle ne se limite pas aux situations de fin de vie ou de décès. La liberté d'aller et venir est un droit universel qui doit être respecté au quotidien. Chaque GHU ou site s'appuie sur une « commission » éthique qui permet de déterminer en fonction de ses activités emblématiques, des thématiques à explorer qui feront l'objet d'évaluation de pratique professionnelle.

Cette thématique invite à identifier des situations vécues par l'équipe, reprise à l'occasion d'un échange collectif et intégrée dans la journée de travail.

1.5.2.4. Développer la culture de la gestion du risque lié aux soins

Pour atteindre cet objectif, il convient tout d'abord de rappeler le principe de non sanction du déclarant à l'exclusion d'un manquement délibéré aux règles de sécurité. Le rôle des cadres est

primordial pour accompagner les équipes dans la maîtrise des risques liés à leur pratique : favoriser la déclaration des événements indésirables liés aux soins, leur analyse, la mise en place et le suivi des plans d'actions. La déclaration des événements indésirables évités témoigne également d'une culture de gestion des risques très ancrée dans les pratiques professionnelles.

L'objet n'est pas de proposer une série d'indicateurs balayant chaque risque lié aux activités de soins mais de proposer des indicateurs plus globaux témoignant de l'appropriation par les équipes soignantes d'une culture de gestion des risques. Il convient néanmoins de mentionner un facteur majeur dans la survenue d'événements indésirables liés aux soins : l'interruption des tâches.

Il convient d'accompagner les équipes dans la maîtrise des risques liés à leurs pratiques :

Identitovigilance, Acte transfusionnel, Risque de maltraitance, Risque suicidaire, Départ d'un patient à l'insu du personnel, Maîtrise de la prise en charge de l'urgence vitale, Risques émergents (COVID-19), Malnutrition – Dénutrition, Douleur induite par le soin, Incontinence induite, Intégrité cutanée, Violence et agressivité soignants/patients/famille, Retard dans la prise en charge du patient (brancardage, rupture de stock), Risque infectieux, Erreurs médicamenteuse, Risques liés aux rayonnements ionisants, Risques liés à la dépendance/au handicap, Risque de chute.

1.5.2.5. Sécuration du circuit du médicament

Les événements indésirables liés au circuit du médicament sont parmi les plus fréquents dans l'activité hospitalière. L'enjeu majeur est de maîtriser un processus complexe qui implique fortement les paramédicaux. La sécurisation du médicament repose sur une analyse fonctionnelle et organisationnelle au sein de chaque GHU avec des déclinaisons au plus près des unités dotées de médicaments. Cette thématique porte sur l'intégralité du circuit du médicament : de l'entrée du patient à la sortie de l'unité de soins, elle concerne tous les secteurs de l'hôpital (service clinique, plateau technique, bloc-opératoire, ...).

Référentiel HAS : les équipes maîtrisent le risque lié à la prise en charge médicamenteuse des patients de la prescription, à l'administration et à la surveillance du patient.

1.5.3. Compétences, métiers et formation

1.5.3.1. Favoriser et structurer le développement des compétences

Action 1 : Structurer la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) :

- Construire une stratégie d'acquisition et de développement des compétences pour les professionnels s'appuyant sur une stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles,
- Garantir des compétences en lien avec les besoins des professionnels et des usagers,
- Organiser l'analyse des pratiques,
- Accompagner les professionnels dans le développement de nouvelles compétences en lien avec l'évolution des soins et des attentes des usagers,
- Impliquer plus fortement les médecins dans la formation des paramédicaux en instituts de formation.

Action 2 : Mettre en place une cellule Développement Professionnel Continu par GHU :

- Décliner les axes nationaux de DPC en lien avec l'arrêté ministériel fixant les orientations professionnelles prioritaires,
- Clarifier ou formaliser les missions de la cellule DPC centrale,
- Organiser une cellule de DPC sur les GHU et sites hors GHU,
- Définir les articulations entre la cellule centrale DPC et les cellules de GHU,
- Associer dans l'élaboration de la stratégie de DPC une représentation de l'ensemble des acteurs associés à l'organisation et la dispensation des soins,
- Informer l'ensemble des professionnels pour favoriser l'adhésion à la stratégie de DPC,
- Associer les Instituts de formation et les services du CFDC.

Action 3 : Faire du processus de DPC un outil de management et de formation pour l'encadrement paramédical :

- Former l'encadrement paramédical à la construction d'un programme de DPC à partir de problématiques identifiées,
- Valoriser les actions de formation élaborées par les services au titre du DPC,
- Favoriser la mise place d'un site intranet dédié,
- Mettre à disposition des cadres de santé une boîte à outils pour le développement et le suivi du DPC.

Action 4 : Accroître la place des outils numériques dans la formation :

- Favoriser la création des e-learning et mettre en place avec le pôle numérique une plateforme partagée par les GHU permettant la mutualisation des outils,
- Mettre en place une banque de données sur les outils numériques élaborés et validés au sein des instituts de formation, GHU et établissements de l'AP-HP.

Action 5 : Développer une stratégie AP-HP de gestion et utilisation des plateformes de simulation :

- Recenser les plateformes de simulation mobilisables et les programmes proposés,
- Favoriser la mutualisation des plateformes de simulation gérées par les IFSI, les GHU et les Universités et définir les modalités d'accès et d'utilisation,
- Définir les activités de formation qui doivent intégrer la simulation,
- Intégrer la simulation dans les programmes de formation continue en lien avec la qualité et la gestion des risques,
- Promouvoir la simulation dans la mise en place des parcours qualifiants.

1.5.3.2. Dynamiser l'évolution des métiers

Action 1 : Associer les Directeurs des instituts de formation et des GHU pour définir les besoins d'évolution des métiers en regard des attentes des professionnels et des patients :

- Renforcer la place des paramédicaux dans la politique de gestion des métiers à travers les CSIRMT et le dialogue avec les collégiales paramédicales sur les 3 thématiques :
 - o Formation,
 - o Recrutement et attractivité,
 - o Evolution des métiers,

- Elaborer des préconisations à l'intention de la DGOS dans le cadre de la réingénierie des métiers.

Action 2 : Développer l'attractivité et la fidélisation des métiers paramédicaux en lien avec le projet social

Le projet social 2021/2025 dédie un budget à l'accroissement des formations qualifiantes et des promotions professionnelles et permet au projet de soins de nouvelles ambitions qui se traduisent en 7 objectifs :

- Cartographier les métiers en tension et construire une stratégie pluriannuelle associant les DRH et les Directeurs de soins,
- Mettre en place des formations spécifiques d'adaptation à l'emploi pour les secteurs comme la Réanimation, la Néonatalogie, la Dialyse et la Pédiatrie,
- Concourir à la réussite des professionnels en renforçant les préparations aux concours d'accès aux instituts préparant aux métiers en tension,
- Définir des indicateurs de suivi,
- Impliquer les collégiales paramédicales et médicales dans la gestion de la mise en place de parcours qualifiants sur ces métiers en tension,
- Associer les médecins à la dynamique d'accueil, de formation et d'attractivité,
- Accélérer la formation des aides-soignantes pour devenir IDE en travaillant à une réforme de la promotion professionnelle, permettant l'accès à la deuxième année d'études en IFSI, après une année préparatoire de formation continue,
- Renforcer l'accompagnement des professionnels par des formations d'adaptation à l'emploi.

Action 3 : Renforcer la place des cadres de santé dans l'organisation managériale

Les cadres de santé souhaitent voir leurs missions évoluer et pouvoir se recentrer sur l'organisation des soins et le management et gagner en autonomie. Pour répondre à ces attentes, il est important de viser 5 objectifs :

- Définir une stratégie de formation initiale et continue,
- Renforcer et favoriser l'accompagnement et le soutien,
- Développer la concertation et la participation à la construction des projets,
- Définir avec les cadres les pistes d'organisation qui pourraient les soulager sur la partie logistique et administrative,
- Favoriser l'autonomie des cadres (projets, recrutement, moyens, outils, formation)

Action 4 : Développer la Pratique avancée (PA) :

- Favoriser l'émergence des projets et accompagner la démarche (utilisation du guide conçu par la collégiale des IPA pour le développement de la Pratique avancée),
- Clarifier les liens hiérarchiques des IPA au sein des GHU et DMU,
- Expliciter auprès des équipes les missions et la place des IPA par rapport aux Infirmières de Coordination et la complémentarité avec les protocoles de coopération,
- Associer les médecins en amont des projets de développement de la PA pour favoriser la réussite,

- Favoriser la formation des infirmiers sur les champs de compétences ouverts par la réglementation en s'appuyant sur les ambitions du projet social qui comprend notamment l'engagement de financer 200 IPA supplémentaires d'ici 2024,
 - Mettre en place un comité de suivi stratégie et déploiement de la Pratique Avancée à l'AP-HP : coordinateurs généraux de soins, directeurs de ressources humaines, ARS et DGOS,
 - Mettre en place les outils nécessaires (fiche de poste, guide d'implantation de la pratique avancée...),
 - Associer les professionnels de Pratique Avancée aux travaux de recherche et aux enseignements cliniques,
 - Favoriser l'extension de la pratique avancée à terme à d'autres professionnels et d'autres domaines.
- **Action 5 : Développer les Protocoles de coopération entre professionnels de santé :**
 - Associer les médecins en amont des projets,
 - Montée en puissance du nombre de protocoles et du nombre d'adhérents,
 - Formaliser le circuit d'élaboration des protocoles et de validation qui associe la CME, centrale et la CCSIRMT dans le respect des besoins de santé, de qualité et de sécurité des soins.

1.5.3.3. *Poursuivre l'« universitarisation » des professions paramédicales en lien avec les structures de formation*

- **Action 1 : Poursuivre la politique d'universitarisation des professions paramédicales :**
 - Renforcer les liens et coopérations entre structures de formation initiale et universités,
 - Définir les modalités de coopération avec les Universités.
- **Action 2 : Mener à terme la réflexion engagée sur la collaboration des instituts de formation avec les GHU pour développer un partenariat efficace et réussi :**
 - Favoriser l'intégration des Directeurs d'IFSI dans la gouvernance des GHU,
 - Développer avec les instituts de formation une coopération spécifique pour les métiers en tension,
 - Développer la place des professionnels experts dans les formations initiales et continues,
 - Favoriser la mobilité et l'alternance chez les formateurs entre les instituts et les Hôpitaux.

1.5.3.4. *Accueil des étudiants et accompagnement dans les apprentissages*

- **Action 1 : Développer une stratégie d'accueil qui favorise la qualité de la formation et l'intégration des étudiants :**
 - Recenser les modalités d'accueil et d'encadrement des stagiaires en soins paramédicaux sur l'ensemble des GHU,
 - Réaliser un état des lieux du positionnement des tuteurs et poursuivre la politique de formation des tuteurs,
 - Faire vivre et donner du sens aux comités de stages dans les GHU et les instituts,
 - Utiliser l'outil de cartographie des stages entre les instituts et les GHU,

- Favoriser l'Implication des tuteurs de stages en lien avec les Instituts de formation pour la formalisation des parcours apprenants emblématiques d'une spécialité sur chacun des DMU cliniques et médicotechniques.
- **Action 2 : Associer les étudiants à l'organisation des stages pour un meilleur accueil et une intégration réussie :**
 - Evaluer la satisfaction des étudiants en lien avec les stages et exploitation de ces résultats par les DSAP, DMU et services pour améliorer l'offre de stage,
 - Développer des actions du programme Qualité de Vie au Travail des GHU à destination des étudiants.

1.5.4. Recherche et innovation

1.5.4.1. Renforcer et structurer la recherche paramédicale

Action 1 : Mettre en place une Coordination conjointe des acteurs de la recherche paramédicale :

- Favoriser les modalités de coopération entre Direction recherche, Direction des soins, unités de recherche clinique (URC) et référents recherche des DMU, en lien avec les coordonnateurs paramédicaux de la recherche du GHU. Le coordonnateur paramédical de la recherche, rattaché hiérarchiquement à la direction des soins, a un lien fonctionnel avec l'URC.
- Elaborer, en lien avec les universités, des parcours professionnels favorisant l'accueil de paramédicaux dans des laboratoires de recherche dans le cadre de projets de recherche (dispositif postes d'accueil par exemple), l'accès à des carrières universitaires, voire à des parcours mixtes.

Action 2 : Structurer et renforcer l'organisation de la recherche paramédicale à l'AP-HP :

- Définir l'organisation de la recherche sur l'AP-HP et les GHU,
- Nommer à minima un poste en équivalent temps plein dédié de coordonnateur paramédical de la recherche, docteur ou en cours de doctorat (indicateur GHU), avec sanctuarisation d'un temps dédié spécifiquement à la conduite de ses propres travaux de recherche,
- Identifier et accompagner les référents de la recherche paramédicale sur les DMU et construire une articulation avec les coordonnateurs paramédicaux,
- Clarifier ou formaliser les modalités de pilotage DSAP / DRCI au sein des GHU,
- Etudier les possibilités de reconnaissance statutaire des professionnels disposant d'un doctorat,
- Faire connaître les missions de la DRCI et de la Fondation,
- Diffuser les appels à projets via une extension de diffusion de la Newsletter de la DRCI,
- Valoriser les dispositifs mis en place comme le passeport temps recherche,
- Identifier et accompagner les référents de la recherche paramédicale sur les DMU,
- Assurer la coordination de la recherche paramédicale sur les DMU et communiquer sur les travaux et publications.

Action 3 : Favoriser l'émergence des idées à partir du terrain clinique :

- Prendre en compte les situations cliniques et de différents projets (éducation thérapeutique, protocoles de coopération, IPA, Evaluation des pratiques professionnelles),
- Collaborer avec l'URC pour permettre un accompagnement précoce du projet de recherche,
- Favoriser l'identification d'un « Work Package » orienté sur la recherche paramédicale dans les réponses aux principaux appels à projets (RHU et autres).

Action 4 : Développer la formation pour mieux préparer les paramédicaux à la recherche et à répondre à des appels à projets :

- Formation initiale : développer la recherche dès la formation initiale dans tous les métiers paramédicaux y compris la recherche en management à l'IFCS,
- Formation continue : former davantage les professionnels à la recherche en favorisant la formation continue CFDC et les 2 niveaux de formation,
- Renforcer les enseignements sur les méthodologies qualitatives,
- Favoriser l'apprentissage de l'anglais scientifique.

1.5.4.2. *Développer une stratégie de communication pour mieux faire connaître le dispositif*

Action : communiquer sur l'organisation de la recherche et paramédicale en France et à l'AP-HP :

- Diffuser les éléments de méthodologie pour mener un projet de recherche,
- Communiquer sur les événements, les articles scientifiques, les événements de type les mardis de la recherche et tous les travaux impliquant les paramédicaux,
- Développer les communications par thématique (cardiologie, pédiatrie...),
- Communiquer sur les appels à projets sur lesquels les paramédicaux peuvent concourir.

1.5.4.3. *Développement des technologies numériques au service des soignants et des patients*

Action 1 : Développer et sécuriser la place de l'Intelligence artificielle dans la pratique de soins :

- Favoriser la transformation de nos outils informatiques en développant l'IA pour apporter de l'ergonomie aux paramédicaux dans les pratiques de soins,
- Favoriser le développement de projets de recherche paramédicale en lien avec l'entrepôt de données de l'APHP.

Action 2 : Favoriser le développement des technologies numériques : 4 niveaux de développement identifiés à promouvoir :

- Assurer l'accès à un outil informatique performant,
- La création d'objets connectés par les professionnels eux-mêmes,
- Identifier la place de la télémédecine et de la télésanté et favoriser le développement des plateformes de consultation, d'éducation et de formation,
- L'utilisation sécurisée de ces objets connectés par les professionnels dans le cadre de leurs pratiques en unité de soins ou dans le cas de télésoin.

1.5.4.4. *Transfert des données issues de la recherche paramédicale dans les pratiques cliniques :*

Action 1 : Favoriser l'accès des soignants aux publications professionnelles : Initier les paramédicaux à la lecture critique d'articles.

Action 2 : Organiser et promouvoir le transfert des données scientifiques issues de la recherche paramédicale dans les pratiques cliniques :

- Mettre en place un comité mixte chercheurs - cliniciens, cadres experts, Directeurs des soins,
- Développer les protocoles de coopération et la pratique avancée en y associant une démarche recherche,
- Développer et promouvoir la recherche en management.

2. S'engager vis-à-vis des patients

2.1. S'engager sur la qualité et la sécurité de nos soins : un enjeu partagé entre patient, usagers et soignants

2.1.1. Intégrer la démarche éthique dans l'ensemble de nos activités

La démarche éthique doit se diffuser et s'intégrer dans l'ensemble des activités de l'AP-HP. Elle associe les personnels, les responsables des structures éthiques internes et régionales ainsi que les usagers eux-mêmes et leurs représentants. S'appuyant notamment sur la voix des patients et la pratique soignante, elle prend en compte les apports de différents principes éthiques (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie, justice, prise en compte de la vulnérabilité, respect, sollicitude, équité...), ainsi que la pluridisciplinarité citoyenne.

Il doit en être ainsi pour les soins, dans leurs différentes dimensions, en promouvant notamment l'écoute pluridisciplinaire, la bientraitance en toutes circonstances, le respect de la volonté des patients et le souci prioritaire du meilleur accompagnement de la fin de vie. Les activités hors soins sont également concernées dans un contexte de développement des systèmes d'information (gestion des données de santé et de leur confidentialité) et de l'innovation (diffusion des outils de télémédecine).

La démarche éthique sera portée aux différents échelons de l'Institution : par la Commission d'orientation de la démarche éthique (CODE) et les comités d'éthique locaux. La feuille de route de la CODE s'articule autour de trois grands axes : l'éthique dans les soins ; l'éthique dans les organisations et le management ; l'éthique dans la recherche, la bioéthique et les grands projets institutionnels. Dans le contexte de la crise liée à la COVID 19, la démarche éthique a été renforcée pour mieux accompagner les équipes dans la réflexion autour des nombreux enjeux éthiques soulevés par la crise (transparence, collégialité, questionnement clinique, formation des professionnels, ...).

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP renforcera sa réflexion et sa démarche éthique partagée entre professionnels et patients et en soutien aux prises de décision.

2.1.2. Intégrer progressivement et conjointement les patients, les usagers et les professionnels dans toutes les démarches d'évaluation, internes ou externes

La nouvelle procédure de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) confirme et renforce la place centrale du patient au cœur du dispositif. La contribution du patient est également importante dans le cadre des démarches de certification ou accréditation obligatoires/réglementaires ou dans celui des démarches Qualité spécifiques (biologie, imagerie, pharmacie, prise en charge médicamenteuse, dispositifs médicaux, etc.).

Pour la période 2021-2025, le déploiement de méthodes interactives associant les usagers (visites de risques, construction de programmes d'éducation thérapeutique, patient traceur, bilan médicamenteux et plan pharmaceutique personnalisé) doit permettre de mieux intégrer le patient aux démarches d'évaluation de la Qualité et de la Sécurité des soins (par exemple, en élargissant la démarche de visite de risques avec la participation des patients et des RU et en recueillant l'expérience patients lors de ces visites).

2.1.3. Développer la mesure de la qualité des soins et en faire un levier de management et d'amélioration des pratiques et des organisations

La place centrale prise par la valorisation financière à la qualité des soins (dispositif IFAQ) doit constituer un levier pour améliorer encore nos pratiques et en faire un élément clé de management des équipes au sein de l'hôpital. Au-delà, le développement d'indicateurs de résultat et la prise en compte de l'expérience patient doit permettre d'améliorer la qualité des soins.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP développera les dispositifs de mesure de la satisfaction, mais également les indicateurs d'expérience patient qui visent à mesurer l'amélioration rapportée par le malade sur des parcours de soins. L'AP-HP développera les indicateurs plaçant le patient au centre de son parcours de soins (projet PROMS) et axés sur les résultats cliniques et l'expérience patient pour la prise en charge de sa pathologie. Elle s'attachera à améliorer ses résultats, en particulier s'agissant de la réduction de l'iatrogénie médicamenteuse, la sécurisation du circuit du médicament, l'identitovigilance, la prévention du risque infectieux et de l'antibiorésistance, l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de la dénutrition.

2.1.4. Porter une attention particulière aux publics précaires, en partenariat avec les associations s'occupant de personnes en situation de précarité

La situation de « précarité » d'un patient renvoie à des difficultés d'intégration sociale (ou à des situations de rupture) et/ou à des difficultés d'insertion professionnelle (ou à des situations de précarité professionnelle), se traduisant par une fragilité des conditions de vie. Or, les difficultés de santé peuvent être un élément déterminant pour aggraver une situation déjà fragile, pouvant être caractérisée par un cumul de difficultés dans différents domaines (logement, famille, emploi...). Être en situation de précarité ou en risque de l'être et être malade et/ou dépendant n'est pas sans conséquence sur le parcours de soins du patient, en terme de vécu, de pratiques professionnelles, mais aussi de coût voire de surcoût financier.

L'AP-HP est attachée à assurer l'accès aux soins et aux droits pour tous, en organisant au mieux l'accompagnement des patients lors de leurs parcours hospitaliers, dans la continuité de soins si nécessaire, mais également pour les patients les plus précaires, dans leur parcours de vie du fait de leur état de santé.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP s'engage à optimiser et valoriser l'action sociale menée auprès des patients, en structurant et dynamisant une organisation au plus près des besoins, à mettre en place des actions pluridisciplinaires innovantes de prévention et d'accès aux droits, en tenant compte de la complexité médicale et sociale des situations pour construire des parcours pertinents entre le sanitaire, le médico-social et le social, en lien avec les acteurs de la ville, l'Etat et les collectivités territoriales compétentes. L'AP-HP aura une attention particulière pour les publics vulnérables (grand âge, patients non francophones, transgenres, prostitué(e)s, détenus, etc.).

2.1.5. Améliorer l'analyse des différents éléments d'alerte par l'établissement - Renforcer les liens entre analyse des réclamations et analyse des événements indésirables (EI)

Parmi les éléments qui peuvent alerter l'AP-HP sur un dysfonctionnement, les réclamations occupent une place particulière. Bien qu'elles soient déjà analysées depuis longtemps sur chaque site, le

déploiement d'outils institutionnels tels que DDU, ReMed et OSIRIS v2, doit permettre une meilleure analyse croisée des données.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite promouvoir une analyse qualitative, en complément de l'analyse quantitative, de l'ensemble des informations disponibles, au plus près de l'événement et avec pour ambition de structurer un plan d'action cohérent avec les objectifs des sites et de l'Institution. Les statistiques issues de ces outils informatiques devraient permettre de suivre les réclamations par groupe hospitalo-universitaire et par discipline médicale.

Parallèlement, l'AP-HP souhaite mettre à la disposition des patients ou de leurs ayants droit un espace numérique leur permettant de déposer une réclamation aux fins d'indemnisation de leur préjudice, puis de suivre les différentes étapes relatives au traitement de leur réclamation. Cet outil constituera une véritable avancée en termes d'information des usagers et de traitement de leurs réclamations indemnitaires.

Enfin, l'AP-HP développera l'intégration du patient dans les démarches de retour d'expérience liées au signalement, à l'analyse et au suivi des événements indésirables (EI), y compris les événements indésirables graves (EIG) : signalement des EI par les patients, formation des représentants des usagers pour permettre leur participation aux réunions d'analyse des EI, recueil du témoignage du patient et/ou de ses proches lors des analyses systémiques des EI...

2.1.6. Améliorer la visibilité, la reconnaissance et l'intégration des bénévoles associatifs et des aidants dans les parcours de soins

Sur le terrain, de très nombreuses associations agréées et leurs bénévoles agissent aux côtés et en complément des équipes hospitalières sur l'ensemble des sites de l'AP-HP. Leur contribution, de l'accompagnement des usagers à la participation aux instances réglementaires hospitalières, est souvent complétée par leur implication dans les dispositifs d'appui à la coordination des acteurs autour des parcours de soins entre la ville et l'hôpital. L'AP-HP souhaite intégrer cette force bénévole et experte dans sa politique associative et homogène, en s'appuyant sur leurs interventions centrées sur la qualité de l'accueil et la prise en charge des patients. Plusieurs conditions rendent ce partenariat possible : la connaissance des associations au plus près des services, la valorisation de la mobilisation de toutes les associations et de leurs bénévoles, dont les RU, pour de nombreuses missions qui leur sont proposées ; la coordination de leurs actions au sein des établissements et le partage de leurs expériences. Véritable enjeu de santé publique, la reconnaissance du rôle de l'aidant dans la société peut encore progresser. L'AP-HP a encouragé la tenue d'événements permettant de mettre en lumière le rôle des aidants, quel que soit le service. De très nombreux bénévoles d'associations ont une activité dans le domaine de la qualité des soins et de la prise en charge des malades. Ils agissent aux côtés et en complément des équipes hospitalières sur l'ensemble des sites de l'AP-HP. Pour la période 2021-2025, s'agissant des associations, l'AP-HP s'engage à conforter, par une politique associative structurée et cohérente, leur place et leur contribution à la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients. Pour les aidants, l'AP-HP s'engage à étudier la possibilité de mettre à leur disposition des outils pour les soutenir (espace numérique, salon, formation aux soins de confort, animation de groupes de paroles, mise en relation avec le tissu associatif, ateliers d'ETP, etc...). Dans le cadre des

projets de réaménagement des sites hospitaliers, une réflexion pourra également être intégrée quant aux espaces mis à disposition des associations et des représentants des usagers. Enfin, l'AP-HP encouragera, sans forcément en prévoir un déploiement systématique, la représentation des usagers au sein des DMU et fera la promotion des départements ayant intégré dans leur fonctionnement la présence d'un représentant des usagers. Elle favorisera également le rôle des CDU dans le parcours de soins.

2.1.7. Favoriser l'implication des représentants des usagers dans la gestion de crise

L'implication des représentants des usagers, dans le cadre de travaux sur des documents, outils d'information/communication, ou dans la coordination de la gestion de crise, y compris dans le cadre de retours d'expérience, en lien avec les directions, sera recherchée. Une formation leur sera proposée afin de renforcer leur engagement sur ce sujet.

La connaissance par les représentants des usagers du fonctionnement interne de l'AP-HP et de son environnement est essentielle aux représentants des usagers en gestion de crise.

2.2. Renforcer la démocratie en santé dans le quotidien de l'AP-HP

2.2.1. Mieux prendre en compte la parole des usagers dans les instances et les actions menées

Favoriser le rôle contributif de la Commission centrale des usagers dans la gouvernance générale

En 2020, la composition de la Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) a profondément évolué : 16 représentants des usagers et des familles y siègent désormais et ses compétences ont été élargies. Pour la période 2021-2025, l'objectif est d'impliquer davantage la commission et ses membres dans la gouvernance générale et les prises de décision de l'AP-HP : la « 3CU » demeurera un lieu privilégié pour faire remonter des préoccupations du terrain, mais elle sera également partie prenante de l'élaboration de plans d'actions et de recommandations générales.

Conforter le rôle des commissions des usagers, sur chaque site, comme levier de l'amélioration

Depuis leur mise en place, le rôle des commissions des usagers (CDU) a été déterminant, notamment de par son rôle d'analyse des données (réclamations, satisfaction, label « Hospitalité », etc.) ; il doit être renforcé, notamment du point de vue du parcours de soins ; il doit être plus également opérationnel sur les différents sites de l'AP-HP. Des CDU restreintes permettront de mieux accompagner les plans d'amélioration et favorisent le dialogue au plus près des services.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP se donne pour objectif une meilleure intégration de la CDU dans la gouvernance de l'hôpital : elle doit s'affirmer comme un lieu de proposition d'actions, doté d'une véritable légitimité sur le suivi des plans de travaux et d'équipement.

Promouvoir la médiation comme outil d'apaisement

L'AP-HP est attachée de longue date à favoriser la médiation pour les patients et les proches. La médiation, qu'elle soit locale ou centrale, constitue en effet un dispositif de mode alternatif de règlement des conflits à l'hôpital. Elle vise à apporter des explications compréhensibles et pertinentes aux personnes s'estimant insatisfaites de leur prise en charge hospitalière (de l'accueil aux soins reçus) ou victime d'un accident médical au cours de leur séjour hospitalier et qui peuvent, si elles le souhaitent, être assistées d'un représentant des usagers. La possibilité d'une médiation doit être partie intégrante de la qualité de la prise en charge d'un patient. A ce titre, elle doit permettre aux patients et à leurs proches ayant exprimé une plainte ou une réclamation orale ou écrite, d'avoir une confrontation avec le professionnel mis en cause ou avec un responsable de son service, et d'être accompagnés s'ils le souhaitent, d'un représentant des usagers.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite promouvoir la visibilité des médiateurs auprès des patients, des représentants des usagers et des professionnels de l'AP-HP (cartographie, mise à jour de la brochure relative à la médiation, insertion dans les circuits de retour d'expériences), harmoniser leur niveau de formation et structurer le réseau des médiateurs médicaux et non médicaux.

Favoriser, au sein du GHU, la formalisation d'un projet des usagers sur chaque site

En 2016, la mise en place des commissions des usagers (CDU) s'est accompagnée de la proposition faite à l'ensemble des représentants des usagers et bénévoles d'élaborer un « projet des usagers », intégré au projet d'établissement pour chaque site. Ce projet des usagers est élaboré au plus près du terrain, afin d'assurer que les actions puissent être mises en œuvre. Il doit s'articuler autour de thématiques librement choisies par les représentants des usagers et les bénévoles associatifs, en lien avec la direction du site. Ce choix peut se faire au regard de toutes les informations dont dispose la commission des usagers : bilan des réclamations, événements indésirables, résultats de la certification HAS, enquêtes de satisfaction, label « Hospitalité », ... En 2018, l'AP-HP a mis à la disposition de l'ensemble des sites un kit d'outils permettant de construire ce projet des usagers sur la base du volontariat. L'AP-HP s'efforcera de répondre aux attentes et besoins des sites éloignés de Paris et plus particulièrement des sites gériatriques. Il reviendra aux commissions des usagers, pendant la période 2021-2025, de s'emparer véritablement de cet outil pour en faire le porteur d'objectifs opérationnels et adaptés à chaque site, utiles à de meilleures prises en charge hospitalières, résultant d'un dialogue constructif.

Promouvoir davantage les droits des patients

Ces droits sont individuels et collectifs. Accéder à son dossier médical, connaître ses droits, y compris en psychiatrie, pouvoir s'exprimer dans sa langue maternelle avec les soignants, désigner aisément une personne de confiance, être pris en compte dans son handicap, son illettrisme... : autant de questions quotidiennes qui sont majeures pour les patients et leurs familles. Toutes les actions en la matière doivent être poursuivies et renforcées.

Un point particulier : depuis de nombreuses années, l'AP-HP encourage la promotion, auprès des patients et des proches, des dispositifs d'expression de la volonté des patients, issus des législations relatives aux droits des patients. Il en est ainsi notamment de la rédaction de directives anticipées :

leur importance, la faculté d'en établir, demeurent bien trop méconnues, tant par les patients que par les professionnels. Progresser en la matière est une priorité. Pour la période 2021-2025, l'AP-HP s'engage à renforcer l'information sur ces thématiques, en lien avec les acteurs de la ville.

Conforter le rôle des chargés des relations avec les usagers et les associations (CRUA) sur les sites

Au carrefour de l'ensemble des services, des différents acteurs de l'hôpital, le CRUA permet d'établir un lien opérationnel avec la communauté des représentants des usagers et des bénévoles et en co-construction avec les représentants des usagers. Pour la période 2021-2025, l'AP-HP confirme la valorisation nécessaire du métier de CRUA dans l'organigramme hospitalier de chaque site. Un programme de formation, co-construit avec les professionnels, sera déployé, intégrant les différentes compétences requises pour cette fonction. En outre, la mission de relations avec les associations sera parallèlement renforcée au sein des GHU, en encourageant le recrutement de personnes dédiées à cette fonction.

2.2.2. Améliorer la formation des représentants des usagers, des bénévoles et des professionnels

Enrichir l'offre de formation à destination des bénévoles et des représentants des usagers

L'AP-HP assure depuis de nombreuses années, sur des programmes établis conjointement, des formations à destination de ses bénévoles et de ses représentants des usagers. Pour la période 2021-2025, faisant suite aux observations des bénévoles et des représentants des usagers ainsi qu'à son propre retour d'expérience, l'AP-HP souhaite enrichir ses programmes de formation, en favorisant la co-construction des formations à la démocratie en santé, les sessions conjointes associant représentants des usagers et CRUA et l'apport de contributeurs extérieurs.

Intégrer systématiquement la connaissance des droits des patients et des outils de la démocratie en santé dans les programmes de formation initiale et continue des professionnels

La connaissance des droits des patients par les professionnels de l'hôpital mérite d'être améliorée. Pour la période 2021-2025, l'AP-HP s'engage à intégrer, dans les cursus de formation initiale, plusieurs modules sous des formats variés (et le cas échéant en e-learning, MOOC...). Cette offre de formation, complémentaire au plan de formation proposé sur la base du volontariat, a pour ambition de s'assurer qu'une grande majorité des professionnels formés par ou à l'AP-HP ait pu bénéficier d'une formation de qualité et diversifiée sur l'ensemble de ces thématiques. L'intervention de patients-enseignants dans la formation initiale et continue, médicale et paramédicale sera également recherchée.

2.3. Faire de l'engagement patient et des partenariats un axe stratégique de l'AP-HP

L'AP-HP considère le patient comme un acteur responsable de sa santé et partie prenante de sa prise en charge. Sa voix est portée de façon particulière par les représentants des usagers qui, au sein de l'AP-HP, font partie intégrante de la communauté hospitalière. Au cours de son parcours hospitalier et de la traversée de sa maladie, le patient vit une expérience à l'hôpital et acquiert ainsi un savoir, propre et spécifique. C'est ce qui est appelé « l'expérience patient ». Prendre en considération cette « expérience » est un enjeu essentiel de respect des usagers et d'amélioration des prises en charge. Elle s'appuiera sur deux axes essentiels : être à l'écoute et co-construire.

2.3.1. Développer la culture de l'intégration du patient dans les pratiques de soins et favoriser le recueil de l'expérience patient

L'expérience patient concerne de nombreux champs :

- 1) la qualité de la relation avec les professionnels, toutes catégories confondues,
- 2) le parcours patient avec, en points d'attention les points suivants : accueil/information, fluidité et coordination du parcours, propreté/confort, environnement/prestations, culte/culture/mieux-être, alimentation, visites, sortie/lien ville-hôpital.

La prise en compte de l'expérience patient et le développement du partenariat patient sur l'ensemble de ces champs doivent être encouragés, en accompagnant les équipes engagées dans ces démarches et en favorisant le recueil d'indicateurs d'expérience patient. Nous souhaitons aller plus loin que l'information, l'écoute ou la consultation de l'avis des patients et nous engager dans une véritable démarche de partenariat patients-professionnels. De multiples initiatives d'engagement ou de partenariat patient existent déjà au niveau des établissements de l'AP-HP. Nous lançons en 2021 une démarche institutionnelle pour soutenir les initiatives existantes et accompagner le déploiement de nouvelles initiatives en offrant un cadre et des ressources communs.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP :

- Constituera un comité de pilotage qui fixera les orientations et priorités pour le développement du partenariat patient – professionnel
- Conduira une phase d'identification, de caractérisation et d'évaluation des démarches de partenariat patient, dans l'objectif ensuite de partager et capitaliser sur les initiatives existantes, proposer un cadre de compréhension et d'action commun, outiller et accompagner les GHU dans ces démarches, et renforcer l'intervention de patients-experts, patients-partenaires, patients-enseignants, parents-ressources... ;
- Renforcera par ailleurs, les moyens d'écoute des usagers : remontées et alertes des représentants d'usagers via les commissions des usagers (CDU), les associations de malades, les témoignages directs, l'analyse de l'ensemble des enquêtes de satisfaction des patients (dont E-Satis), les questionnaires patients lors de visites de labellisation « Hospitalité », les retours des études réalisées par les volontaires en service civique permettant de compléter

tous les ressentis des patients, les rencontres en entretiens directs avec les patients pour le directeur et les soignants ;

- Développera le recueil des indicateurs de qualité des résultats des soins auprès des patients (PROMS, PREMS) et des professionnels (CROMS) ;
- Encouragera le développement de la recherche clinique, autour de thématiques liées aux parcours et à l'expérience patient, impliquant professionnels et patients et associations de malades
- Développera des méthodologies d'appui à l'engagement des patients et de co-construction des projets de partenariats ;
- Amplifiera le développement de l'éducation thérapeutique du patient visant à ce que chaque personne puisse acquérir les capacités pour progresser - via des objectifs concrets - et gagner en pouvoir d'agir sur sa santé globale, par des co-constructions et des co-animations soignants, patients, aidants, associations reconnues ;
- Accompagnera les professionnels de santé et les usagers de l'AP-HP dans l'appropriation et le déploiement des pratiques partenariales identifiées comme les plus pertinentes dans les différents contextes de l'AP-HP, afin aussi d'améliorer la prévention.

2.3.2. Développer et consolider la place des patients-experts/patients-partenaires

L'intervention de patients experts dans la prise en charge des patients est une pratique connue et validée, mais elle s'est longtemps limitée à des domaines ou pathologies précises.

L'AP-HP souhaite favoriser l'implication des patients experts par trois actions complémentaires :

- la définition d'un cadre d'intervention, permettant de sécuriser les équipes, les patients, l'établissement,
- le renforcement de la formation des patients experts,
- la formation des équipes à l'accueil d'un patient expert.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP ambitionne de proposer un modèle de patient-expert/patients partenaires, permettant une appropriation par le plus grand nombre d'équipes. Afin de favoriser l'émergence de patients-experts, les associations de malades représentatives (agrées), seront associées à ces démarches. Pour les maladies rares ou chroniques, l'AP-HP souhaite identifier et dégager des ressources afin d'étendre la pratique de l'éducation thérapeutique du patient et en incluant les aidants (ETP) avec l'aide des associations et des patients-experts.

2.3.3. Co-construire l'innovation avec les usagers grâce à la mise en place de laboratoires

Le lancement de **Lab Innovation** est un des leviers pour placer le patient au centre de l'hôpital et de ses transformations : ces lieux permettent en effet, au travers d'un espace physique, d'outils et de méthodes, de co-construire et d'expérimenter des projets avec des patients et des usagers. Plusieurs existent à l'AP-HP, avec des projets pour les années à venir :

- Le FabLab Hephaïstos situé sur l'hôpital Bicêtre, qui vise à faciliter le quotidien des soignants et des patients, par les méthodes Agile et l'usage des outils de fabrication numérique (130 projets à ce jour),

- Le Broca Living Lab, consacré à l'autonomie, la santé et la qualité de vie des personnes âgées,
- Le lab numérique en santé, dédié à l'innovation numérique.

Deux nouveaux labs vont être lancés, notamment grâce au fonds APRES :

- La Petite Fabrique, des hôpitaux Beaujon et Bichat, voué à la participation active des patients à l'amélioration de l'expérience au travers de la modification des prises en charge, des parcours ou des services proposés,
- La Ruche des managers hospitaliers, orientée vers l'innovation managériale.

Des évaluations de ces expériences seront nécessaires pour ne retenir que celles apportant une valeur ajoutée.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP s'engage à promouvoir l'expérience et le partenariat patient en mettant en place une structure de coordination dédiée à l'identification, la promotion et à l'accompagnement méthodologique des initiatives portées par les sites. Un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI), annuel, permettra de développer une forte dynamique d'engagement des équipes sur cette thématique.

2.4. Améliorer la qualité de vie du patient

Une prise en charge optimale ne peut se suffire d'actes techniques performants. Elle vise aussi à la meilleure qualité possible du vécu de l'usager, dont les bénéfices sont largement démontrés, par exemple en termes de relations avec les professionnels, d'observance et de mieux-être général du patient. Il s'agit d'une démarche collective d'accompagnement de l'usager dans le respect de ses choix et adapté à ses justes besoins. Parmi les différents leviers pour la favoriser, l'AP-HP soutiendra particulièrement la dynamique créée par le label « Hospitalité » et l'intégration de la culture et du mieux-être dans les soins.

2.4.1. Poursuivre la labellisation « Hospitalité »

L'hospitalité est au « prendre soin » ce que la qualité et la sécurité sont aux soins. Elle est affirmée comme fondamentale dans le Manifeste des Valeurs de l'AP-HP. Cet engagement se traduit par un label attribué à un service, qui a pour objectif d'améliorer l'accueil, l'environnement du patient et ses relations avec les professionnels. Il est octroyé pour 4 ans dès lors que le résultat de la visite atteint au moins 80% du référentiel. Un représentant des usagers ou un bénévole participe systématiquement à l'évaluation.

Source d'améliorations concrètes pour les usagers, d'encouragements et de reconnaissance du travail des équipes, le label « Hospitalité » de l'AP-HP suscite l'intérêt d'autres établissements de santé.

Pour la période 2021-2025, la poursuite de la démarche de labellisation sur les hôpitaux de l'AP-HP s'accompagnera d'un travail de pérennisation des pratiques des services déjà labellisés. Le label « Hospitalité » pourra être complété d'un dispositif régulier de suivi de la satisfaction et des attentes des patients – aujourd'hui en stade pilote et à l'étude (projet Experiencia).

2.4.2. Poursuivre le déploiement du Service Civique

En cinq ans, l'AP-HP a accueilli plus de 1 400 volontaires en Service Civique sur 33 de ses sites. L'AP-HP est un acteur pionnier du secteur de la santé dans la mise en place du Service Civique, dispositif qui a fait ses preuves avec une montée en charge progressive depuis 2014, année de l'obtention de son premier agrément. L'AP-HP dresse un bilan positif de ce dispositif participant à la démarche d'hospitalité et d'amélioration de l'expérience du patient à l'hôpital. Les volontaires en Service Civique participent activement à l'accueil, l'information et l'accompagnement des patients et de leurs proches en complément de l'action des professionnels et des bénévoles. Durant la période de crise sanitaire, leur présence a facilité le retour des patients au sein de nos établissements en assurant leur sensibilisation aux gestes de protection et participant à leur bonne information. Ils apportent également un regard neuf et favorisent les échanges intergénérationnels.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite assurer la continuité du dispositif pour permettre à l'ensemble des sites d'accueillir des volontaires en Service Civique. Il s'agira de diversifier l'offre de mission des volontaires en les associant aux projets visant l'inclusion des publics les plus vulnérables et le soutien aux logiques de responsabilité sociale et environnementale. L'AP-HP souhaite par ailleurs améliorer la reconnaissance des compétences développées dans le cadre du Service Civique au sein de l'AP-HP pour favoriser l'insertion des jeunes dans la société.

2.4.3. Améliorer l'accueil

Le projet « Repenser l'accueil du patient et de ses proches » a pour ambition de transformer l'image de l'accueil perçue par les patients et leurs proches et ainsi contribuer à rendre l'AP-HP attractive pour les professionnels et les patients. L'enjeu des prochaines années réside dans la transformation de la perception de l'accueil à travers différents leviers et outils adaptés à mettre en place : un métier à reconnaître, un lieu à valoriser, un processus à simplifier et une culture à diffuser. L'enjeu est de faire prendre conscience à l'ensemble du personnel que chacun contribue à sa façon à l'image donnée par l'Institution sur l'accueil qu'il réserve aux patients et aux proches.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite : valoriser le métier d'accueil en accompagnant et formant le personnel, rendre ce personnel d'accueil partie prenante du « parcours patient » et poursuivre le suivi de la quarantaine d'expérimentations en cours, formaliser une politique d'accueil institutionnelle et homogène dès 2021.

2.4.4. Développer la qualité de vie à l'hôpital par l'accès à la culture et le mieux-être

Les activités culturelles et de mieux-être pendant un séjour à l'hôpital contribuent à distraire, apaiser, mettre en lien, réduire l'isolement des patients qui en bénéficient. Les services accueillant des patients en séjours de longue durée ou itératifs (SLD, SSR, polyhandicap, psychiatrie, maladies chroniques, etc.) sont particulièrement concernés.

Les activités culturelles s'appuient sur des partenariats avec des institutions culturelles, des associations et des acteurs culturels locaux.

Les projets de mieux-être sont initiés avec des start-up ou par des associations, parfois distinguées par les Trophées Patient pour améliorer l'environnement des patients et des personnels ou leur confort :

création de halte-garderie pour accueillir les frères et sœurs d'enfants malades, de plateformes numériques pour améliorer le lien entre les familles et les patients, de challenges de sport connecté patients-personnels, etc. Pour la période 2021-2025, notre ambition est de renforcer le nombre de propositions artistiques et de mieux-être, en les ouvrant à davantage de services et en évaluant ces projets avec le point de vue des patients.

2.4.5. Un hôpital enrichi de l'action des bénévoles individuels et ponctuels hors associations

Le contexte sanitaire exceptionnel du printemps 2020, en suscitant de nombreuses vocations au moment-même où des compétences nouvelles et diverses étaient immédiatement nécessaires, a justifié la mise en place temporaire d'une plateforme des volontaires non soignants. De nombreux enseignements en ont pu en être tirés. Forte de cette expérience et des nouvelles offres de bénévolat qui se manifestent, l'AP-HP s'engage pour la période 2021-2025 à développer le bénévolat individuel et ponctuel, sous réserve d'en prévoir les modalités d'encadrement et de formation.

2.4.6. S'appuyer sur la qualité de la liaison ville-hôpital, révélatrice d'une démocratie en santé effective

Le patient doit pouvoir exercer sa citoyenneté à l'hôpital. La coupure avec la ville doit être évitée. Pour cela, la relation entre l'hôpital et son environnement urbain doit être pensée localement, avec le soutien des RU et des bénévoles associatifs, plus particulièrement pour la sortie. Des accords de coopération entre l'AP-HP et les partenaires de ville seront recherchés, sur la base d'engagements socles et de partenariats cliniques. Pour la période 2021-2025, la sortie de l'hôpital devra faire l'objet d'une attention particulière. Toutes les potentialités du Conseil hospitalier territorial (CHT) devront être exploitées pour impliquer les élus et développer le lien ville-hôpital avec leur contribution.

'Aller vers' les patients : une ambition portée par le Conseil de Surveillance de l'AP-HP

En lien direct avec le chapitre relatif à la santé publique du projet médical, des membres du conseil de surveillance se sont réunis en groupe de travail dans le cadre de l'élaboration du présent projet d'établissement. Ils souhaitent réaffirmer la place majeure que doit occuper la santé publique dans la prise en charge des patients sur le territoire, et le rôle central que doit jouer l'AP-HP.

L'AP-HP en tant que **premier acteur de santé d'Île-de-France**, est un acteur incontournable de la politique de santé publique du territoire. Le rôle de l'AP-HP est présent à tous les âges de la vie et pour toutes les populations qu'il s'agisse de prévenir en amont de la maladie ou lors de la phase aigüe d'une maladie chronique. Ces actions ne conçoivent qu'au milieu d'un ensemble des partenaires institutionnels et associatifs qui font la promotion de la santé auprès de toutes les

populations. **L'hôpital n'est ainsi qu'un élément d'un parcours complexe.** Sur l'ensemble des champs de la santé publique, il est nécessaire d'étudier en amont quel parcours devra être fait par la personne pour qui on monte ce partenariat et savoir définir des outils d'évaluation.

Le concept du « aller-vers » traduit bien la nécessaire adaptation dont l'AP-HP doit faire preuve aux côtés de l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux de la région pour atteindre toutes les populations. Cela passe pour l'AP-HP et par les Villes, en lien avec les élus locaux, par le fait de viser à la fois une territorialisation de l'action qui prenne en compte la réalité des situations locales et une approche en santé communautaire. Pour améliorer cette accessibilité des soins pour tous, il faut veiller à une **personnalisation accrue des relations** avec les usagers/patients et avec les acteurs de terrain. Cette logique davantage proactive et sans cesse renouvelée s'appuie sur des relations personnalisées auxquelles il est important de donner du temps pour qu'elles se structurent dans la durée.

A ce titre, les associations sont un liant incontournable de la politique sociale et de la capacité à mettre en correspondance une *offre* sanitaire et un *besoin* de santé, notamment parmi les populations les plus fragiles. Pour développer des partenariats avec ces structures, plusieurs gages de réussite sont mis en avant :

- Un cadrage initial (se rencontrer, fixer des objectifs, travailler le sujet du secret médical partagé, anticiper les difficultés, partager les connaissances)
- Une communication constante entre partenaires (fiches de liaison, être joignable, ...)
- Une évaluation régulière du partenariat

3. Améliorer le quotidien des professionnels et restaurer l'attractivité à travers une politique sociale refondée

Le projet social est la première brique du projet d'établissement 2021-2025 de l'AP-HP. Fruit d'une démarche inédite de discussions « tripartites » entre des représentants des organisations syndicales des personnels non médicaux, des représentants de la communauté médicale et des représentants de la direction, il est au service d'une vision ambitieuse du service public hospitalier et de ses valeurs fondamentales.

Le projet social porte sur trois enjeux centraux : le niveau des effectifs, les rémunérations et les conditions de travail. Davantage de proximité et d'autonomie dans les choix organisationnels, un ancrage dans le projet médical, le projet de soins et plus largement dans les missions complémentaires d'enseignement et de recherche du CHU, une coopération plus étroite entre personnels médicaux et non médicaux et une prise en compte des spécificités franciliennes, notamment du coût de la vie, en constituent les points d'appui principaux.

Cette politique sociale volontariste comportera plusieurs volets.

3.1. Une ambition forte de création d'emplois

L'objectif de l'AP-HP est de retrouver le niveau d'emplois, pour les métiers soignants qualifiés, du début d'année 2018, qui constitue un point haut au cours de la dernière décennie.

Le projet social prévoit ainsi de créer environ 1.300 emplois qualifiés permettant notamment :

- d'accompagner les nouvelles organisations et projets médicaux,
- d'expérimenter des schémas horaires plus favorables,
- d'augmenter les départs en promotion professionnelle.

3.1.1. Augmenter les capacités de formation initiale

L'augmentation des promotions d'étudiants paramédicaux constitue le premier levier pour sécuriser les recrutements à moyen terme. Depuis 2019, l'AP-HP s'est engagée dans un développement de nouvelles places en institut de formation et se donne pour ambition :

- d'augmenter, en trois ans, de 20% les capacités de formation des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), en soutenant la création d'un IFSI supplémentaire,
- d'augmenter le nombre de places à l'institut de formation des masseurs-kinésithérapeutes (IFMK) et l'institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale (IFMEM)

3.1.2. Evaluer les charges de travail dans les services de soins

Il est nécessaire de reprendre une démarche ambitieuse d'évaluation des charges de travail, permettant d'aboutir à des maquettes organisationnelles consensuelles au sein des services.

Plusieurs outils d'évaluation seront testés et mis à disposition des hôpitaux : autodiagnostic, évaluation par un tiers, analyse des poids moyens des cas traités, comparaisons internationales par discipline...

3.1.3. Repositionner et renforcer les équipes de suppléance

Les équipes de suppléance constitueront la modalité à privilégier pour faire face aux difficultés ponctuelles de gestion des plannings. Chaque GHU déterminera et stabilisera le périmètre d'intervention de ses équipes de suppléance, en fonction de l'organisation des sites et des compétences à mobiliser. Des équipes spécifiques peuvent ainsi être nécessaires pour les services de soins critiques. Quel que soit le périmètre d'intervention retenu, une charte de fonctionnement des équipes de suppléance définira les objectifs et missions de la suppléance.

3.2. Une politique de fidélisation des personnels

3.2.1. Etendre la nouvelle allocation d'études

Les contrats d'engagement, permettant de fidéliser les professionnels grâce au versement d'une allocation pendant leurs études, seront proposés systématiquement aux étudiants en soins infirmiers, ou inscrits dans les parcours de formation pour devenir manipulateur en électroradiologie médicale (MERM), masseur-kinésithérapeute (MK) ou puériculteurs.

3.2.2. Déprécariser les contractuels

En accélérant la politique d'intégration et de mise en stage des professionnels, maintenus en CDD, dans le cadre d'un protocole renouvelé. Par :

- La mise en stage de l'ensemble des CDD exerçant depuis plus de deux ans des fonctions d'adjoint administratif, d'agents de services hospitaliers (ASH), d'agents d'entretien qualifiés (AEQ) et d'aides-soignants sur des postes permanents,
- L'accélération et l'augmentation des concours,
- La mise en stage de l'ensemble des professionnels soignants diplômés dès le recrutement dans tous les GHU.

3.2.3. Développer la formation et les promotions professionnelles

Des besoins de financement prioritaires ont été identifiés pour permettre d'augmenter le nombre de professionnels bénéficiant dans l'institution du financement d'études promotionnelles. La croissance des promotions professionnelles bénéficiera largement aux agents en catégorie C, avec en particulier l'augmentation du nombre d'AS bénéficiant d'une prise en charge de leur formation en IFSI.

3.2.4. Soutenir les évolutions de carrière

L'AP-HP proposera un dispositif d'évolution de carrière à chaque agent après un certain nombre d'années d'ancienneté. Cette évolution de carrière, qui pourrait s'accompagner d'une revalorisation salariale, passera par une offre de formation continue permettant de changer de postes, de préparer un concours ou d'acquérir une expertise ou une compétence spécialisée.

Par :

- La systématisation d'un entretien de carrière proposé avant la fin de la cinquième année d'ancienneté,
- La facilitation à l'accès à de nouveaux métiers :
 - o formation qualifiante pour développer une spécialisation clinique,

- encadrement des étudiants paramédicaux pendant leur stage,
- enseignement en formation continue,
- fonction transversale au sein d'un service, d'un site ou d'un DMU,
- engagement dans un protocole de coopération,
- formation pour devenir infirmier en pratique avancée, infirmier spécialisée ou cadre,
- postes de professeurs associés ouverts aux personnels paramédicaux et aux sages-femmes, dans le cadre d'un partenariat avec les Universités.

3.3. Une amélioration du collectif et des conditions de travail

3.3.1. Soutenir le management des responsables d'équipes et de structures

Les cadres de santé

Les cadres jouent un rôle clef dans la réussite des politiques d'attractivité, de fidélisation et d'animation des collectifs de travail. L'AP-HP s'engage à les accompagner :

- En leur donnant une autonomie accrue dans l'organisation du travail,
- En revalorisant le diplôme au niveau Master 2,
- En créant de nouveaux métiers qui viendront à leur appui, sur les aspects logistiques et administratifs,
- En proposant une revalorisation financière.

Les responsables médicaux

L'AP-HP s'engage à développer les compétences managériales des praticiens en situation de responsabilité de structures internes par :

- Un plan d'accompagnement à la fois individuel et collectif, proposé à l'ensemble des chefs de service nouvellement nommés,
- Une réflexion avec les doyens pour inclure dans les DES des modules de formation au travail en équipe et de management.

3.3.2. Ouvrir la voie à de nouvelles organisations du travail

En réintroduisant de la souplesse dans l'organisation des temps de travail.

L'autonomie des équipes dans la gestion des plannings sera préconisée. De nouveaux schémas horaires tel le schéma en 8h-8h-10h seront expérimentés dans certains services. Des projets d'amélioration de la concordance des temps seront initiés, avec un objectif de meilleure coopération entre équipes médicales et paramédicales. Ces nouvelles organisations devront augmenter les temps collectifs d'équipe.

3.3.3. Apporter un soutien institutionnel fort aux projets locaux de qualité de vie au travail

L'AP-HP s'engage, dans les cinq années de son plan stratégique, dans une politique volontariste d'amélioration des conditions de travail, en poursuivant les actions engagées depuis 2020 et en développant de nouveaux dispositifs :

- En maintenant le niveau des enveloppes CLACT gérées en lien avec les CHSCT locaux,
- En poursuivant les politiques d'enveloppes « d'investissement du quotidien »,
- En continuant la dynamique des appels à projet financés par le fonds APRES pour améliorer la qualité de vie au travail ou la qualité du service au bénéfice des patients,
- En redonnant du temps aux soignants et aux personnels, par un plan d'équipement au plus proche des besoins,
- En installant dans chaque GHU un « comité de l'engagement collectif » composé notamment de représentants des CME locales et des CTE locaux, ainsi que de représentants des usagers dont les missions seront de décliner la mise en œuvre de la prime d'engagement collectif au sein des services et de valider les projets présentés en termes de qualité de service.

3.3.4. Favoriser l'émergence de projets collectifs

L'AP-HP souhaite rapidement mobiliser le nouvel outil que constitue « la prime d'engagement collectif ».

Cette nouvelle prime, dont le montant maximal pourrait être porté à 1 200 euros par an par le gouvernement, bénéficiera à l'ensemble des membres d'une équipe qui porte un projet de renforcement de la qualité de service, intégrant la qualité des soins et de l'accueil, mais également des projets améliorant les organisations et la qualité de vie au travail.

L'objectif est d'utiliser cette prime d'engagement de la manière la plus ouverte possible, en la rendant accessible à l'ensemble des équipes, avec un corpus de règles simples.

3.3.5. Sécuriser les parcours professionnels des personnels en situation de handicap

Dans la continuité de la politique mise en place depuis 2004 pour l'accès durable à l'emploi, l'égalité des chances et la sécurisation des parcours professionnels des personnels en situation de handicap ou de restriction d'aptitude durable au poste de travail, un protocole d'accord a été signé avec les organisations syndicales le 4 juillet 2018 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés et du maintien dans l'emploi. Il a pour objectif d'améliorer les actions réalisées pour l'intégration, le maintien dans l'emploi et l'accompagnement des parcours professionnels des personnels en situation de handicap. Dans ce projet d'établissement 2021-2025, l'AP-HP confirme sa volonté de renforcer le dispositif existant, au niveau local et central, pour garantir l'intégration des personnels concernés dans les équipes de travail, pour que collectivement ils participent à la dynamique de l'AP-HP.

3.4. Améliorer les conditions de vie en Ile de France

Dans le contexte particulier de l'Île-de-France, l'AP-HP choisit une stratégie ambitieuse d'accompagnement de ses professionnels sur deux réalités essentielles : la garde d'enfants et l'accès au logement.

3.4.1. Renforcer la politique en faveur de la petite enfance

L'AP-HP souhaite compléter et étendre son dispositif d'aide et de soutien en faveur des parents :

- Un engagement dans un objectif de 0 refus de place en crèche, par la mise en place d'une commission centrale permettant de réguler et d'arbitrer les demandes de places restées localement sans solution,
- L'élargissement des possibilités d'utilisation du CESH pour la garde d'enfants jusqu'à 11 ans, offrant répondant ainsi à une préoccupation des familles qui pourront les utiliser pour des modes de garde individuels ou collectifs proches de leurs domiciles,
- Un partenariat avec une plateforme de mise en relations des familles avec des gardes d'enfants à domicile, incluant notamment des services d'aide aux devoirs pour les plus grands.

3.4.2. Améliorer l'accès au logement

En 2020, près de 15% des professionnels de l'AP-HP bénéficient d'un logement, pour l'essentiel à titre social. Sur la période du projet d'établissement, et sous réserve de financements nouveaux, l'objectif serait d'atteindre 20% de professionnels logés, en augmentant la taille du parc et en définissant de nouvelles modalités d'accès, notamment pour les professions en tension.

Il s'agit à la fois pour l'AP-HP employeur de loger à moindre coût ses personnels et de favoriser le rapprochement entre domicile et lieu de travail, par :

- L'augmentation des logements temporaires, en multipliant les conventions de réservation auprès des sociétés foncières ou de bailleurs,
- Le développement de l'offre de logement à loyer social et intermédiaire à court terme,
- La simplification et l'accélération des procédures de traitement des demandes.

3.5. S'engager pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes

La présence des femmes à tous les échelons d'une organisation n'est pas seulement un enjeu d'égalité, c'est aussi un enjeu de meilleure organisation et de qualité de vie au travail. L'égalité entre les femmes et les hommes doit impliquer l'ensemble des personnels de l'AP-HP et s'inscrire dans son projet global de transformation. L'AP-HP se doit, par sa situation et son poids singulier dans l'univers hospitalier, d'être exemplaire, innovante et volontaire pour mettre en œuvre des mesures concrètes pour l'égalité et la lutte contre les comportements sexistes. L'AP-HP, par les valeurs qui sont les siennes, par son attachement à la dignité humaine, par son engagement contre les discriminations et par sa responsabilité d'acteur majeur de la santé publique doit avoir un rôle majeur dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP ambitionne de :

- Faire évoluer les mentalités de l'AP-HP en termes d'identités et de genres,
- Valoriser et encourager les femmes de l'AP-HP,
- Eliminer les biais et inégalités dans les ressources humaines,
- Lutter contre les inégalités liées à la parentalité,
- Lutter contre les comportements inappropriés à l'AP-HP,
- Mettre l'AP-HP au cœur de la lutte contre les violences faites aux femmes.

4. Prendre le virage du développement durable

L'AP-HP porte une attention particulière aux enjeux sociaux et environnementaux. Elle veut poursuivre ses efforts en faisant du développement durable une priorité de son projet d'établissement 2021-2025, déclinées dans des actions dans les domaines des émissions de CO₂, des déchets, de l'alimentation et de la santé environnementale. Cette ambition entre en pleine cohérence avec l'un des axes stratégiques du projet médical.

4.1. Se projeter sur une trajectoire de réduction de nos émissions de CO₂

L'AP-HP souhaite contribuer aux objectifs français de neutralité carbone inscrit dans la loi de transition énergétique au travers d'une stratégie de développement durable ambitieuse, portée par tous les professionnels de l'AP-HP, chacun au sein de son service. La réduction de l'empreinte carbone est un enjeu tant de responsabilité sociétale que de maîtrise des risques grâce à une réduction de la dépendance au carbone de ses organisations.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite :

- Effectuer une mesure de ses émissions de Gaz à Effet de Serre (démarche Bilan Carbone©) adossé à des plans d'actions locaux visant à atteindre la neutralité carbone à l'horizon 2050,
- Se doter d'un pilotage de son empreinte carbone (réseau développement durable, communication et soutien aux initiatives locales) permettant de réduire son empreinte environnementale : émissions de GES, déchets, achats responsables, énergie, ...,
- Poursuivre l'accompagnement des projets des GHU et des nombreuses initiatives des professionnels de l'AP-HP en matière de développement durable,
- Poursuivre la stratégie de mobilité responsable et favorisant les modes de déplacements non polluants en interne comme pour les déplacements domicile/travail du personnel (installation d'abri à vélo dans l'ensemble des sites de l'AP-HP, mise en place du forfait mobilité, système de covoiturage, flotte de véhicule électrique et borne de recharge, ...).

4.2. Assumer notre responsabilité de producteur de déchets

L'AP-HP, comme tous les établissements de santé, est soumise aux obligations liées à la gestion et l'élimination des déchets. L'objectif est de s'inscrire dans une démarche de réduction des risques et de la pollution environnementale notamment sur des secteurs particulièrement concernés comme les blocs opératoires.

Pour la période 2021 – 2025, l'AP-HP souhaite :

- Poursuivre la stratégie de réduction de nos volumes de déchets en favorisant des processus de réutilisation, recyclage, valorisation et création de filières innovantes (plastique, biodéchets, papiers-cartons, métal) ;
- Poursuivre la réduction des volumes de DASRI/DMA en réduisant le recours à l'usage unique ;
- Privilégier les filières dites à responsabilité élargie du producteur, à savoir les déchets d'éléments d'ameublement, piles et batteries, et les déchets d'équipements électriques et électroniques.

4.3. Proposer une alimentation de qualité et responsable à nos patients et à nos professionnels

L'alimentation durable constitue un enjeu sociétal majeur pour lequel l'AP-HP a un rôle important à jouer. Il s'agira de garantir aux patients et aux personnels de l'AP-HP une alimentation qui favorisera des produits et menus vertueux (moins de pesticides, promotion du « fait maison », équilibre nutritionnel, ...). Cette dynamique comprend aussi la lutte contre le gaspillage et une amélioration de la qualité des prestations auprès des patients et professionnels.

Outre son importance dans la prise en charge du patient, la stratégie alimentaire de l'AP-HP doit porter une ambition forte pour répondre de façon concrète aux défis écologiques, économiques et alimentaires d'aujourd'hui. Celle de développer un système alimentaire durable, sûr, diversifié, et de qualité.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite :

- Améliorer l'expérience patient sur la partie restauration, au travers d'une politique d'achat responsable (bio, local, de saison, ...) en cohérence avec la loi EGALIM dès 2022,
- Evaluer la qualité perçue par les patients au travers d'outils d'évaluation de la prestation,
- Réduire les déchets de restauration à travers la lutte contre le gaspillage alimentaire à chaque maillon de la chaîne : production, transformation, distribution, consommation, en complément des partenariats à poursuivre et renforcer avec les acteurs associatifs,
- Mobiliser tous les acteurs de l'alimentation à l'hôpital à travers la formation continue des métiers de la restauration et de la diététique.

4.4. Devenir un acteur de référence sur la santé environnementale

Le quatrième plan national santé environnement (PNSE) rappelle que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux (qualité de l'air intérieur et extérieur, qualité de l'eau, de l'alimentation, exposition aux produits chimiques, aux ondes, au bruit, etc.) et que le système de santé est un acteur majeur de la santé environnementale.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP a pour ambition de mieux décliner les objectifs de ce PNSE dans les services et les pratiques hospitalières concernées, en partenariat avec le plan régional santé environnement (PRSE3) de l'ARS Ile de France.

Il s'agira notamment :

- Identifier tous les acteurs concernés par la santé environnementale à l'AP-HP et qui accueillent des personnes vulnérables,
 - o pour former les soignants et les agents hospitalier pour qu'ils deviennent à leur tour des informateurs et prescripteurs de bonnes pratiques, en matière de prévention de l'exposition aux polluants environnementaux (perturbateurs endocriniens, allergènes...),
 - o et pour mettre en œuvre l'exemplarité dans les locaux des services accueillant ces personnes vulnérables,

AP-HP – Projet d'établissement 2021-2025

- Communiquer et développer une éducation préventive en santé environnementale par des supports d'informations adaptés (vidéos, sites internet, ...), et mutualiser les bonnes pratiques,
- Promouvoir une recherche pluridisciplinaire en santé environnementale et développement durable en santé (clinique, médicale et paramédicale, en sciences humaines et sociales...),
- Travailler en Réseau avec nos partenaires régionaux pour faciliter les échanges et mutualisations d'informations/formations entre parties prenantes.

5. Consolider le rayonnement international de l'AP-HP

L'AP-HP porte des valeurs d'échanges et de solidarité à l'échelle mondiale non seulement par la qualité de ses recherches et de ses publications scientifiques mais aussi par le partage des expériences et des savoir-faire en santé. Elle développe depuis de longues années l'accueil de médecins étrangers et a mis en place plus récemment de nombreuses coopérations hospitalières. Par ailleurs, depuis 2017, elle fait partie de l'Alliance des Hôpitaux Universitaires Européens (EUHA).

5.1. Poursuivre notre stratégie à l'international

L'AP-HP s'est engagée à favoriser les échanges avec des partenaires hospitaliers dans des hôpitaux de référence. En ce sens, elle participe au renforcement des systèmes de santé dans le cadre de la santé mondiale avec le soutien de l'ensemble des personnels AP-HP, médicaux, soignants, médico-techniques, administratifs, techniques et logistiques qui s'impliquent dans les projets de coopération. Pour cela, elle s'appuie sur deux structures complémentaires, qui fonctionnent l'une l'autre en synergie, la Direction des Relations Internationales (DRI) et AP-HP International (AP-HPI).

La DRI propose, organise, coordonne et accompagne la politique des relations internationales de l'AP-HP. Ses 5 missions clés sont de :

- Développer et structurer les actions institutionnelles à l'international (en dehors des actions universitaires et de recherche),
- Promouvoir l'accueil et la formation des professionnels de santé étrangers,
- Renforcer une culture de l'international à l'AP-HP,
- Accompagner l'AP-HP international dans son développement,
- Contribuer à la politique de prise en charge des patients étrangers.

AP-HPI, filiale privée de l'AP-HP, répond aux appels d'offre internationaux et aux différentes demandes de soutien de pays étrangers, valorisant le savoir-faire et l'expertise de l'AP-HP. Elle intervient principalement dans 4 grands domaines :

- Assistance à maîtrise d'ouvrage pour la rénovation ou la construction de nouveaux hôpitaux,
- Etudes de faisabilité, conception, ingénierie et supervision,
- Conseil et assistance dans le domaine de la gestion,
- Formation à l'international.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP se donne comme objectifs :

- De renforcer son engagement dans les actions de coopération hospitalière à destination des pays disposant de systèmes de santé moins performants,
- De contribuer à faire rayonner la médecine française grâce à la poursuite et au développement de l'accueil des médecins étrangers, par le développement de la télémedecine à l'international, par l'accueil des délégations étrangères et par la mise en place d'une politique de prise en charge maîtrisée des flux de patients non-résidents,
- D'appuyer le développement de sa filiale AP-HP International dans ses nombreux projets de formation, de conseil et d'expertise, voire d'appui à la gestion de structures hospitalières

étrangères. Par ailleurs, l'AP-HP a créé un label « qualité et sécurité des soins AP-HP » qui a vocation à contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans ses hôpitaux partenaires,

- D'encourager l'accueil de patients non-résidents programmés dans les services qui se sont impliqués dans cette prise en charge, ainsi que le 2^{ème} avis médical rémunéré,
- De participer à une solidarité active par le don de ses matériels reformés,
- D'apporter son soutien dans le cadre de crise sanitaire, pour les pays qui le souhaitent.

Ce développement est inscrit dans la nouvelle structuration de l'AP-HP avec la mise en place dans chacun des 6 GHU de référents médico-administratifs qui suivront les activités internationales en lien avec la DRI.

5.2. Participer activement aux actions européennes de l'EUHA

L'AP-HP est l'un des neuf membres fondateurs de l'Alliance des Hôpitaux Universitaires Européens (European University Hospital Alliance : EUHA), créée en avril 2017 à Barcelone. Les buts de l'Alliance sont de promouvoir en son sein l'excellence et l'innovation dans les domaines des soins, de la recherche et de l'enseignement, et de mettre l'accent sur le rôle essentiel des hôpitaux universitaires dans les systèmes de santé. Les méthodes utilisées sont le partage des pratiques professionnelles et des indicateurs liés aux patients, l'échange de connaissances, la collaboration dans des projets de recherche et développement, les conseils aux décideurs – notamment à la Commission européenne – et les interactions avec l'industrie, les organisations de patients et d'autres acteurs de la santé.

L'AP-HP est particulièrement impliquée dans les sujets des ressources humaines, des échanges d'expertise et de conseils, de la production et de l'usage des CAR-T Cells et des maladies rares.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite contribuer activement à l'atteinte des objectifs de l'Alliance :

- Créer le Centre européen pour les thérapies du cancer cellulaire et génique (EUCCAT),
- Développer des solutions communes et coopérer au sein des réseaux européens de référence (ERNs) pour relever les défis liés aux maladies rares,
- Aider à l'établissement de l'espace européen des données sur la santé (European Health Data Space),
- Développer une culture de recherche et d'innovation responsables (RRI),
- Améliorer la qualité et la soutenabilité des soins de santé en partageant les meilleures pratiques, par l'analyse comparative d'indicateurs de qualité des résultats de soins centrés sur les patients (PROMS et CROMS),
- Mobiliser et responsabiliser les patients au moyen de données et d'outils qui leur permettent d'optimiser leurs résultats et leur expérience, soutenus par la médecine personnalisée et la délivrance de nouveaux modèles de soins de santé centrés sur les patients comme le Value Based Health Care (VBHC),
- Poursuivre un dialogue continu avec la DG Santé de la Commission européenne.

2^{ème} partie : Nos leviers

Cinq leviers constituent la deuxième partie de ce projet d'établissement :

- **Levier 1 : Une AP-HP désormais reconfigurée**
- **Levier 2 : Le financement de nos projets**
- **Levier 3 : Accélérer la transformation numérique, l'innovation et l'utilisation des données**
- **Levier 4 : Poursuivre les opérations majeures de l'AP-HP**
- **Levier 5 : Adapter nos organisations en continu au bénéfice des parcours des patients**

1. Une AP-HP désormais reconfigurée

L'AP-HP s'est engagée entre 2017 et 2020 dans une démarche de transformation d'ampleur pour dessiner la « Nouvelle AP-HP » qui favorise une plus grande déconcentration, avec des centres de décision plus proches des équipes, davantage d'autonomie pour ses groupes hospitaliers universitaires et un siège recentré sur ses missions stratégiques.

1.1. La constitution de 6 Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU)

Rappel des reconfigurations effectuées

En 2019, six groupes hospitalo-universitaires (GHU) ont été constitués à l'échelle de l'AP-HP, dans une optique de meilleure articulation entre hôpitaux et universités :

- « AP-HP. Centre - Université de Paris »
- « AP-HP. Sorbonne Université »
- « AP-HP. Nord - Université de Paris »
- « AP-HP. Université Paris Saclay »
- « AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri Mondor »
- « AP-HP. Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis »
- Les hôpitaux Marin de Hendaye, San Salvador à Hyères, Paul-Doumer à Liancourt et l'Hospitalisation à Domicile sont restés dans leurs organisations respectives.



Ce que cette nouvelle organisation permet pour la mise en œuvre du plan stratégique :

- **Une meilleure articulation avec les universités** : l'évolution du périmètre de ces groupes hospitalo-universitaires permet de rassembler les trois missions de l'AP-HP : le soin, l'enseignement et la recherche.
- **La réduction des inégalités territoriales** : la mise en place des GHU s'est faite en cohérence avec les évolutions universitaires de la région Île-de-France et la constitution de la Métropole du Grand Paris. Elle entend ainsi favoriser l'égalité d'accès aux soins dans tous les territoires couverts par le CHU, en établissant un parallélisme entre son organisation et celle de la région.
- **Le déploiement facilité de la stratégie globale** : en établissant une profonde déconcentration de son organisation, l'AP-HP se donne les instruments d'un fonctionnement fédéral, rend plus souple la prise de décision locale, tout en affirmant une stratégie globale du CHU.

1.2. La création des départements médicaux-universitaires (DMU) en remplacement des pôles

Rappel des reconfigurations effectuées

Dans le cadre de la « Nouvelle AP-HP », une large concertation a été menée pour mettre en place une structure adaptée aux enjeux d'organisation des soins et de la recherche. 81 départements médico-universitaires (DMU) ont ainsi vu le jour à l'été 2019, en remplacement des pôles, au sein des six groupes hospitalo-universitaires. Ces équipes de services liées entre elles, travaillent à assurer chaque jour le meilleur soin pour les patients, la recherche la plus pertinente et l'enseignement le plus adapté pour les professionnels. Ils feront l'objet d'évaluation au cours du prochain cycle stratégique.

Ce que cette nouvelle organisation permet pour la mise en œuvre du plan stratégique

- **Favoriser l'émergence de nouveaux projets médicaux** : les DMU sont – davantage que les pôles – organisés selon les filières de soins sur le territoire : ils doivent ainsi rendre les projets médicaux plus proches des besoins des patients et davantage liés à la réalité des organisations et des démographies médicales locales,
- **Contribuer à améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des équipes au quotidien** : de par leur taille et leur structure de gouvernance plus complète et mieux interfacée avec les équipes de direction, les DMU ont aussi pour objectif d'apporter des solutions plus rapides et plus complètes aux difficultés du quotidien en organisant la concertation avec les services,
- **Mieux répondre aux problématiques de l'enseignement et de la recherche** : les DMU sont notamment amenés à nommer un responsable « recherche » et un responsable « enseignement » qui sera amené à travailler en lien avec les universités.

1.3. La déconcentration des missions du siège vers les GHU

Emblématique de la dynamique de transformation engagée avec la « Nouvelle AP-HP », le projet « Nouveau Siège » a recentré le siège sur ses missions stratégiques, de pilotage et d'expertise en lien avec les groupes hospitalo-universitaires (GHU), tout en favorisant la collaboration et la transversalité entre ses directions au sein d'un bâtiment en cours de construction au cœur de l'hôpital Saint-Antoine.

La déclinaison organisationnelle du Nouveau Siège repose sur une logique fédérative, avec deux principes fondateurs structurants :

- Le principe d'unicité de l'AP-HP, impliquant une responsabilité de chaque GHU dans sa gestion et la mise en œuvre d'une solidarité entre les GH,
- Le principe de subsidiarité, selon lequel la responsabilité d'une activité doit être attribuée à l'échelon considéré comme le plus efficace pour la mener, ce qui a des conséquences à deux niveaux pour l'AP-HP :
 - L'application d'une subsidiarité descendante, du siège vers les GHU, qui implique donc de leur accorder plus d'autonomie en déconcentrant les activités et les décisions qui seraient menées et prises plus efficacement à ce niveau,

- L'application d'une subsidiarité ascendante, des GHU vers le siège, pour que ce dernier mène les activités que les GHU ne pourraient réaliser efficacement seuls.

La déclinaison spatiale du Nouveau Siège s'effectuera « au cœur de l'hôpital ». Un bâtiment ouvert sur l'activité hospitalière, durable et connecté, est en cours de construction sur le site de l'hôpital Saint-Antoine pour y accueillir les activités historiquement basées Avenue Victoria à Paris.

Le futur siège de l'AP-HP sera mis en service au second semestre 2022.

2. Le financement de nos projets

2.1. La consolidation durable des capacités d'investissement pour garantir et sécuriser, sur le long terme, la poursuite de la modernisation d'ores et déjà engagée de l'AP-HP

A l'issue d'une année 2020 profondément marquée par la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, la prévision pour les années 2021 à 2025 traduit les nouvelles orientations stratégiques de l'AP-HP à la suite de cette crise sanitaire exceptionnelle et dans le cadre de l'élaboration de son projet d'établissement 2021-2025, en s'appuyant notamment sur l'effet levier des moyens financiers et humains prévus dans le cadre du « Ségur de la Santé », du plan de relance et du projet social de l'AP-HP.

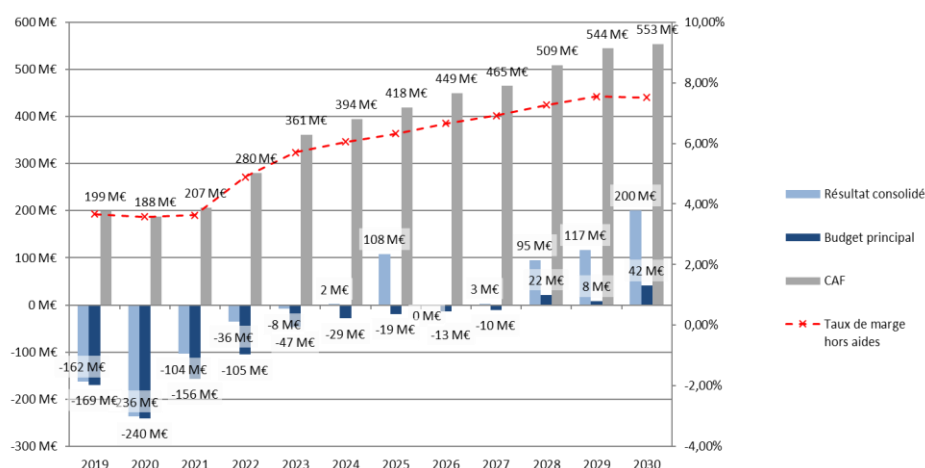
Sur le plan budgétaire, la stratégie portée par l'évaluation prévisionnelle des recettes et des dépenses (EPRD) du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2025 repose notamment sur :

- Une **reprise de l'activité hors COVID** assise sur la dynamique des projets des groupes hospitaliers, portées en moyenne à +1,48% par an sur la période, soit légèrement en-deçà des hypothèses usuelles de construction de l'ONDAM (augmentation en volume de 1,6% pour l'ONDAM 2021),
- Une **trajectoire inédite de créations d'emplois** qui tire parti du Ségur de la Santé et des avancées permises, notamment par l'adoption d'un projet social ambitieux : +1300 créations nettes d'emplois de personnels non médicaux et 350 créations nettes de personnel médical senior au service des projets hospitaliers,
- Le **maintien de l'objectif de retour à l'équilibre budgétaire à horizon 2025** pour le budget principal, dès 2023 pour les comptes consolidés, objectif sous-tendu par des actions de transformation largement assises sur une dynamique d'activité et de recettes, mais également par les réorganisations liées au virage numérique et aux grands projets de modernisation hospitalières. Cet objectif est nécessaire à la consolidation durable des capacités d'investissement pour poursuivre et sécuriser sa modernisation à long terme,
- Un **programme d'investissement particulièrement ambitieux** au service de l'amélioration de l'offre de soins et des conditions de travail, doté de 3,22 Mds €, soit 330 M€ de plus que ce que prévoyait le précédent PGFP. Ce programme permettra non seulement le maintien d'un haut niveau de maintenance, de renouvellement et de modernisation des infrastructures et des équipements, mais aussi la réalisation d'opérations majeures structurantes pour l'AP-HP de demain. Le PGFP 2021-2025 prévoit ainsi une intensification de l'effort d'investissement avec l'entrée en phase de conduite opérationnelle des opérations majeures dont la direction des investissements de l'AP-HP assure la maîtrise d'ouvrage avec notamment : la finalisation du projet Sainte-Périne, et l'ensemble des opérations visées dans le Levier 4 du présent projet d'établissement.

2.1.1. Travailler à l'amélioration de nos équilibres budgétaires en appui de nos ambitions immobilières et de nos projets.

- Sécuriser et augmenter les recettes de l'AP-HP :
 - ✓ **Finaliser le déploiement des grands projets GAM (gestion administrative des malades) et Fides (Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé)** qui doivent permettre de sécuriser les recettes de l'AP-HP en diminuant les risques de non-paiement et en abaissant à terme le schéma de provisionnement pour admission en non-valeur,
 - ✓ **Sécuriser la trajectoire de recettes post-Covid en orchestrant le plan de reprise et rattrapage progressif de l'activité** ; en tirant partie de l'effort mené en termes de recrutement sur les spécialités en tension et du projet social, financé par le Ségur, pour retrouver les capacités de prise en charge sur certaines spécialités où les fermetures contraintes pénalisaient notre activité ; prendre en compte les changements/effets structurels de la post crise, qui constituent un rupture introduite par la crise Covid et pour lesquels le retour à la situation antérieure sera plus aléatoire :
 - retour des patients étrangers dans notre CHU fortement identifié à l'international comme recours avant la crise,
 - perte de recettes liées au régime particulier avec la généralisation de la chambre particulière comme norme,
 - pertes de certaines recettes liées à la crise économique et à des changements de pratiques qui seront plus ou moins longue à revenir, à savoir : recettes crèches avec modification de pratiques, recettes liés aux baux commerciaux ou au redevances.

Une trajectoire pluriannuelle qui **décalle mais poursuit** sa consolidation sur la capacité d'autofinancement et la marge brute :



- ✓ **Garantir l'entrée dans les nouveaux modèles de financement** en maîtrisant leurs effets sur les recettes AP-HP : urgences, Service d'Accès aux soins (SAS), Soins de suite et de réadaptation (SSR), Psychiatrie, réforme du tarif journalier (TJP) et sécuriser nos recettes dans ce contexte d'évolution des modèles.

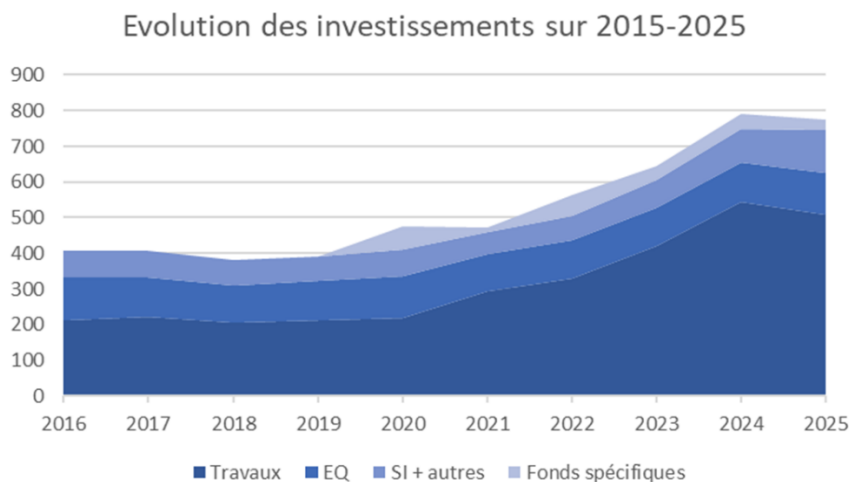
Etre en vigilance quant à l'évolution du modèle Merri et à l'amélioration de l'équilibre entre le financement de la recherche en regard de notre poids relatif dans la production scientifique nationale.

- ✓ **Développer et diversifier nos financements :**

- En coordonnant les activités et domaines pouvant faire l'objet d'un **accroissement de financement externe : subventions CNIS, Ville, collectivités, Région Ile-de-France, ...**
- Intégrer **l'effet levier du Ségur de la santé**, sur l'investissement dit du « quotidien », l'amélioration de la gestion de la dette et intégrer nos projets dans les projets éligibles à un financement ARS dans le cadre de l'enveloppe régionale de la reprise de la dette,
- En **ré-ouvrant des chantiers sur lesquels des déséquilibres historiques pourraient être ré instruits** : financement du Recours exceptionnel, financement de la précarité, financement de la nutrition parentérale à domicile (NPAD), ...
- Intensifier notre implication dans les démarches d'intéressement en capitalisant sur des expériences passées réussies à l'instar des travaux menés par l'AP-HP au cours du plan précédent,
- Poursuivre la stratégie de valorisation du patrimoine amorcée depuis quelques années comme levier du tableau de financement en visant un quasi maintien des recettes de cession du précédent PGFP. Cette stratégie a en effet été réajustée afin de tenir compte du retrait de certaines opérations pour développer l'offre de logement hospitalier, ou pour développer les activités de recherche. A cet égard : Retrait des biens « fléchables logement » : Didot/Broussais, La Rochefoucauld hors bâtiment historique, Lacaze/Cathala, Hutinel, Sébastopol, Avenue de Versailles ; Retrait des biens mobilisables pour des activités HU : parcelle Ouest Lariboisière, ... Compensées par des plus-values de valorisation : Scipion, terrain Louis Mourier et Victoria/Saint Martin.
L'AP-HP a la volonté de poursuivre ce travail de valorisation du patrimoine continuera de se poursuivre, avec le développement des baux et partenariats innovants,
- **Poursuivre notre stratégie d'emprunt et de gestion de la dette en appui d'une politique forte d'investissement** à hauteur de 415 M€/an sur 5 ans en moyenne en sécurisant nos emprunts obligataires dans un contexte de CAF insuffisante ; en maintenant notre vigilance sur la sécurisation du taux de spread vis-à-vis des OAT et en diversifiant nos financements élargis désormais aux « social bonds », avec développement de la notion de responsabilité sociale (RSE) en fléchant ces levés

de fond vers des projets ayant à la fois des impacts sociaux et environnementaux positifs.

- **Maitriser la soutenabilité de la trajectoire de nos investissements** en trouvant le point d'équilibre entre grandes opérations immobilières et opérations de travaux restructurant de plus faible montant dans un contexte de hausse des coûts de la construction.



La trajectoire intègre en effet un doublement des enveloppes travaux sur la période 2021-2025 et une relative stabilité de l'enveloppe d'équipement (EQ).

Près de 750 M€ de financements supplémentaires pour les investissements hospitaliers obtenus par l'AP-HP au titre des différents leviers du Ségur :

- Le financement au titre du plan de relance et du Ségur : Hypothèse de « neutralisation de dette » (assainissement financier) à hauteur de 200 M€ sur 10 ans,
- Près de 400 M€ déjà arbitrés (385 M€) de financement pour couvrir les grandes opérations d'investissement : 260 au titre du soutien aux investissements régionaux, à déterminer avec l'ARS, 100 au titre de deux opérations: 53M€ pour le projet Garches-Ambroise Paré et 47 M€ pour l'acquisition d'une réserve foncière pour l'Hôpital Nord, Une aide directe de 25 M€ au titre du « Ségur numérique » (complétée d'aides indirectes, via les éditeurs, à la réalisation de nos projets d'investissement),
- 51 M€ prévus au titre du Ségur pour les « investissements courants »,
- Enfin le tableau de financement prévoit une autorisation supplémentaire de recours à un emprunt de 115 M€.

2.1.2. Poursuivre la modernisation de nos outils de pilotage

Nos outils de pilotage doivent être poursuivie en facilitant, via « Pilote », la mise à disposition, aux utilisateurs internes, des outils de reddition et de pilotage via des outils communs, partagés et renouvelés dans le cadre des nouvelles entités mis en place dans le cadre de la nouvelle AP-HP. Favoriser les études comparatives en mettant à disposition de nouveaux DMU des comptes de résultat (CREA) qui permettent une analyse de performance interne/externe.

Plus largement, poursuivre la numérisation dans le cadre du projet de nouveau siège et d'une relation renouvelée dans une dimension intégrant davantage de fédéralisme avec nos GHU au travers d'un partage de documents sur des outils collaboratifs. Prolonger cet esprit de service au profit des services en fluidifiant le circuit de la dépense, via le projet mes approvisionnements en ligne qui permettra de faciliter la vie des cadres amenés à passer des commandes.

2.1.3. Consolider la politique d'achat dans son axe durable et sociétal

Cette orientation doit permettre en premier lieu, une plus grande reconnaissance de ces critères en termes qualitatif et de pondération dans l'analyse des offres. De même, le développement d'une approche en coût global est à privilégier par rapport à la référence au seul prix unitaire.

Cette consolidation de la politique d'achat prend également en compte, en second lieu, la nécessité de faciliter l'ergonomie des outils de commande, pour les cadres et les échanges avec les fournisseurs. L'idée est de prolonger l'esprit de service au profit des services de soins en facilitant la vie des cadres amenés à passer des commandes.

A cet égard, le projet institutionnel « mes approvisionnements en ligne » donnera plus d'ergonomie aux fonctions de « Demandes d'achats », de « Commandes » et de « Réception », tout en permettant un échange plus fluide et fiable avec nos fournisseurs le tout en garantissant une plus grande traçabilité.

A cela s'ajoute le projet de dématérialisation complète des processus marché du pôle d'intérêt commun de gestion des achats, allant de l'expression du besoin jusqu'au suivi d'exécution.

Cette structuration plus forte entre : les achats, les modalités d'approvisionnement et des outils ergonomiques et accessibles, doit aussi permettre, tout en facilitant la vie des utilisateurs, de dégager de nouveaux leviers pour irriguer la performance « achat » de l'AP-HP. En effet, cette dernière représente toujours, à ce jour, plus de la moitié de la performance achat réalisée par la région Ile de France. Toutefois, il est aujourd'hui nécessaire de renouveler les leviers et de trouver d'autres gisements de gains notamment en structurant la logistique afin de pouvoir réduire le nombre de points de livraisons par sites et s'inscrire davantage dans une logique de regroupement de commandes dont les retombées économiques devraient être favorables à brèves échéances.

2.2. Appuyer et encourager le soutien de nos mécènes

Le mécénat permet d'apporter des ressources supplémentaires pour la réalisation de projets stratégiques ou dans le soutien aux activités quotidiennes des équipes. Nous l'avons vu face à l'épidémie de Covid-19 où un afflux exceptionnel de dons a bénéficié à l'AP-HP : 43 millions d'euros apportés par 43 000 donateurs.

A la lumière de l'expérience de la crise sanitaire Covid, un nouveau modèle de mécénat pour l'AP-HP a été adopté et mis en œuvre à l'automne 2020. En termes d'orientations stratégiques, il s'agit à présent de combiner deux approches complémentaires :

- le pilotage centralisé de campagnes d'appel à don par la Fondation AP-HP en collaboration étroite avec la direction de la communication,
- la gestion plus autonome des GHU pour solliciter la générosité de mécènes et de donateurs.

Dans ce nouveau modèle, c'est la Fondation qui finalise administrativement et encaisse tous les dons financiers et s'assure ensuite du respect des affectations choisies par les donateurs et de l'harmonisation des politiques de reconnaissance. Les dons en nature continuent d'être gérés directement par l'AP-HP, en central ou au niveau des GHU.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP entend devenir un acteur de premier plan de la collecte des dons dans le milieu sanitaire français. En devenant une référence aussi bien auprès des philanthropes, que des mécènes ou du grand public, l'AP-HP a pour objectif que les dons et legs constituent un apport significatif (environ 20M€ par an) et régulier du financement de ses projets. En effet, si la générosité n'a pas vocation à remplacer les fonds publics, elle peut cependant permettre de lancer des initiatives nouvelles, de prendre des risques, d'expérimenter.

2.3. Utiliser le fonds APRES au bénéfice de la qualité de vie au travail et pour nos patients

Le fonds « APRES » (Appui aux Projets pour le REnforcement du Sens), doté de 30 millions d'euros, est opérationnel depuis début 2020. Il finance des projets de transformation en vue d'améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients.

La première action réalisée a concerné les DMU : 40 000 euros leur ont été alloués début 2020 pour financer des besoins liés à l'amorçage. Ils ont ainsi pu acheter du matériel et des équipements, solliciter des prestataires, financer des projets.

Puis un premier appel à projets a été réalisé en juillet 2020, pour lequel la mobilisation des professionnels a été très forte (372 projets, 585 porteurs de projet ou co-équipiers différents). Au total, 74 projets ont été sélectionnés par un comité de sélection pluri-professionnel, pour un total de 5,7 millions d'euros. Ces projets permettront notamment d'accélérer le virage numérique et de renforcer la politique de développement durable de l'AP-HP, de tester des nouvelles modalités d'accueil, d'information et de prise en charge des patients, de créer des lieux d'innovation pour les patients et d'améliorer le quotidien et la qualité de vie au travail des professionnels de l'AP-HP.

AP-HP – Projet d'établissement 2021-2025

Cinq enveloppes spécifiques cofinancées par la Fondation AP-HP pour certaines, ont également été créées sur des thématiques transversales, ayant fait l'objet de plusieurs projets déposés dont les objectifs d'expérimentation étaient communs : création d'espace de détente et de soutien des soignants, installation de garages et abris à vélos, création d'ateliers de simulation pour la formation continue, l'utilisation de casques de réalité virtuelle, rénovation des salles de réveil.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite poursuivre la démarche de financement de projets pilotes en lien étroit avec les GHU. Une évaluation finale des projets sera menée en 2023 et orientera le choix de pérenniser certains d'entre eux.

3. Accélérer la transformation numérique, l'innovation et l'utilisation des données

L'AP-HP porte une démarche ambitieuse de transformation pour réussir la mise en œuvre effective de l'hôpital numérique pour ses patients, pour ses professionnels et pour ses partenaires. Cette démarche détermine une vision résolument tournée vers des engagements de service, améliorant l'expérience patients (et proches et/ou aidants), faisant recouvrer du temps utile et « augmentant » les compétences de nos équipes, et enfin, contribuant à faire avancer la recherche et l'innovation.

En complément de la consolidation et du renforcement de la numérisation de nos activités cœur de métier (3.1), le déploiement d'une AP-HP hors des murs, projetée sur ses territoires grâce à des outils numériques comme la télémedecine à grande échelle (3.2) ou le déploiement des outils nationaux comme l'Identité Nationale de Santé (INS), le dossier médical partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSS) et l'espace numérique de santé seront des priorités sur la période du projet d'établissement.

Le numérique doit aussi contribuer à porter l'axe universitaire à travers le développement de solutions en appui à la recherche, à l'innovation et au pilotage (3.3).

Un schéma directeur des systèmes d'information sera élaboré en 2021 pour décliner l'ensemble des éléments de cette transformation.

3.1. Consolider et aller plus loin dans la numérisation de nos activités cœur de métier

3.1.1. Enrichir l'offre de services numérique pour nos patients

Disponibles sur l'espace patient de l'AP-HP, sur 'mon.aphp.fr' et sur l'application mobile AP-HP Patient, de multiples démarches sont aujourd'hui accessibles en ligne pour les patients, au sein d'un espace sécurisé : prendre rendez-vous pour une consultation ou un examen, réaliser sa préadmission, s'inscrire en maternité, visualiser la fréquentation des différents services d'urgence, consulter ses documents de soins, remplir un questionnaire médical, payer ses frais hospitaliers.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement :

- Continuer à enrichir son offre de services en ligne pour les patients avec, notamment, la mise à disposition des examens de biologie et d'imagerie, l'élargissement de l'offre de rendez-vous réservables en ligne à l'imagerie et à la médecine nucléaire, la possibilité d'indiquer ses préférences alimentaires ou de donner son consentement en amont d'une intervention.
- Renforcer la lisibilité de son offre de soins, de ses indicateurs d'activité, de qualité des soins et de performance à travers une refonte de l'écosystème web de l'AP-HP.

- Prévenir tout impact négatif de la fracture numérique sur l'égalité d'accès à des soins de qualité.

3.1.2. Faciliter l'activité et accélérer la transmission de l'information pour les professionnels

Avec, en premier lieu, le déploiement généralisé du dossier patient informatisé Orbis sur les 39 sites hospitaliers de l'AP-HP, des avancées majeures ont été accomplies au cours des dernières années afin de faciliter le partage des informations et le suivi du parcours du patient entre tous les acteurs médicaux et de soins impliqués.

Le déploiement d'outils spécifiques mutualisés à l'ensemble de l'AP-HP pour la médecine nucléaire ou l'ophtalmologie et intégrés avec Orbis sera poursuivi.

En parallèle, de multiples processus de gestion, notamment RH, ou les interactions du quotidien entre professionnels sont désormais et parfois depuis peu largement fluidifiés avec le numérique.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement :

- Finaliser le déploiement d'Orbis avec en particulier le déploiement à l'HEGP
- Poursuivre l'informatisation des processus clés au service de la prise en charge des patients tout au long du parcours de soins, en particulier au niveau et en interaction avec les plateaux medicotechniques ainsi que dans le domaine de l'anatomo-pathologie, pour favoriser l'amélioration de la prise en charge des patients et optimiser l'utilisation des ressources de l'hôpital.
- Continuer à dématérialiser l'ensemble des processus de gestion
- Etudier la possibilité de développer un module de gestion de cohorte pour le suivi des files actives des équipes notamment en matière de maladies chroniques
- Développer et renforcer l'adoption des nouveaux outils collaboratifs à la disposition des professionnels de l'AP-HP.

3.1.3. Renforcer la sécurité des systèmes d'information, leur résilience et leur conformité au RGPD

L'activité médicale ou non dépend de plus en plus d'un bon fonctionnement des systèmes d'information. L'augmentation très forte des cyberattaques, touchant aussi les établissements de soins, oblige à mettre en place des solutions techniques de très haut niveau et des processus en place pour les prévenir. La résilience de l'AP-HP à une cyberattaque devient un enjeu majeur pour la continuité de notre activité. Des investissements importants devront être maintenus pour que le matériel informatique mis à disposition ainsi que les infrastructures évoluent pour maintenir non seulement un haut niveau de qualité mais aussi une capacité à résister à une cyberattaque.

Le respect de la confidentialité des données est un élément fondamental de la confiance entre nos patients et l'AP-HP. Elle doit être renforcée et la mise en conformité de l'ensemble des traitements est un objectif de ce projet d'établissement.

3.1.4. Renforcer les liens avec les acteurs des territoires de santé grâce au numérique

Ma santé 2022 et le Ségur de la santé prévoient un développement rapide de l'espace numérique de santé pour en faire un outil au service de chaque citoyen pour qu'il devienne acteur de sa santé.

L'AP-HP s'est engagée résolument dans cette voie en développant le Dossier Médical Partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSS) et la carte de professionnel de santé (CPS). Elle continuera le déploiement de ces services socles pour favoriser les parcours de soins de ses patients.

Les liens ville-hôpital sont aujourd'hui facilités grâce à la mise en œuvre de nouveaux services numériques : messagerie sécurisée de santé, ouverture de l'adressage en ligne avec des créneaux de rendez-vous réservés aux médecins adresseurs, mise en place de l'alimentation au fil de l'eau de Terr-eSanté et du DMP, mise en place d'une application mobile Direct AP-HP réunissant plus de 200 lignes téléphoniques seniorisées de l'AP-HP.

Cependant, des axes d'amélioration importants demeurent. Aussi, dans l'objectif général de renforcer l'articulation ville-hôpital et de faciliter le parcours du patient, pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement :

- Généraliser la transmission dématérialisée et/ou massifiée des comptes rendus de consultations et d'hospitalisation aux médecins correspondants et la systématiser pour le médecin traitant.
- Alimenter le DMP (et Terr-eSanté) avec les documents patients éligibles produits au sein de l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP, et prendre une part active à Terr-eSanté facilitée par le développement de l'interopérabilité avec ORBIS.
- Mettre à disposition des prescripteurs hors AP-HP les résultats d'examens de biologie et d'imagerie de leurs patients
- Permettre à des médecins externes à l'AP-HP de réaliser en ligne des prescriptions d'examens auprès de l'AP-HP
- Développer l'offre de service numérique à destination des professionnels de santé de ville, y compris la V2 de l'Application Direct APHP.

3.1.5. Développer l'aide décisionnelle en appui à la performance de nos activités de soins et hors soins

Les potentialités de l'intelligence artificielle (IA) semblent prometteuses en matière d'aide décisionnelle pour la qualité de prise en charge et notamment en matière d'aide au diagnostic. En dehors du champ du soin, l'intelligence artificielle pourrait aussi faciliter ou optimiser certains processus métiers. L'usage de l'IA est aujourd'hui émergent à l'AP-HP.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement :

- Déployer des aides décisionnelles (embarquant notamment de l'intelligence artificielle) au service des cliniciens et des biologistes, en particulier dans les domaines de la biologie, de l'anatomo-pathologie et de l'imagerie.
- Mettre l'intelligence artificielle au service du codage PMSI.

3.2. Déployer la télésanté et en particulier la télémedecine à grande échelle, au service des patients et des territoires

La télémedecine et plus largement la télésanté offrent une palette de modalités complémentaires de prise en charge des patients (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance et récemment télé soins) pour répondre aux difficultés d'accès aux soins, sécuriser les parcours et offrir des conditions plus souples d'exercice de la médecine. Elle participe à toutes les étapes de la prise en charge et rapproche les professionnels de l'AP-HP du patient, qu'il se trouve hospitalisé, sur son lieu de vie, de travail ou d'hébergement (institution spécialisée, établissement pénitentiaire), mais aussi des médecins hors AP-HP qui recherchent un avis médical spécialisé. La crise sanitaire Covid a bousculé le paysage sanitaire et permis deux avancées majeures : le développement massif des téléconsultations (en moyenne 12 000 par semaine dont 1 700 avec l'outil ORTIF) et la structuration d'un dispositif de télésurveillance, COVIDOM, qui a permis de sécuriser le suivi de 60 000 patients atteints de la Covid19.

Historiquement pionnière en matière de télémedecine, l'AP-HP a aujourd'hui l'ambition de devenir une tête de pont de son déploiement à grande échelle. Son insertion à chaque étape du parcours des patients et sa mise en œuvre pour faciliter les relations entre les différents acteurs du territoire seront des objectifs clés de ce projet d'établissement. Quatre modalités de télésanté portent ces enjeux stratégiques identifiés : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance et le télésoin.

3.2.1. La téléconsultation

La téléconsultation est définie comme une consultation médicale à distance avec des outils de visioconférence sécurisés. La forte augmentation d'activité liée à la crise sanitaire s'est faite sur la base d'un déploiement hétérogène, selon les sites mais aussi selon les services d'un même site ou d'une même discipline. L'enjeu pour l'AP-HP est de transformer durablement les pratiques et de faire de la téléconsultation une modalité habituelle de travail des différentes équipes, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins, ainsi que la qualité de la relation soignant-patient, et en favorisant l'égal accès de tous aux téléconsultations.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement :

- Conduire un plan d'accompagnement et de formation spécifique à la téléconsultation,
- Développer l'interopérabilité et l'intégration des outils de l'AP-HP, particulièrement le logiciel métier ORBIS,
- Mettre en place la prise de rdv en ligne pour la téléconsultation,

- Faire évoluer l'outil tenant compte des besoins utilisateurs et des difficultés d'utilisation de ces nouveaux outils pour certaines parties de la population (personnes âgées, illettrisme, précarité),
- Accompagner des projets thématiques phares comme le projet de téléconsultations pour les enfants polyhandicapés,
- Faciliter l'accès à la téléconsultation, en outillant plus largement les médecins avec l'équipement nécessaire,
- Promouvoir le développement de l'offre de téléconsultation par les équipes et faire connaître cette offre auprès des patients.

3.2.2. La télésurveillance

La télésurveillance médicale permet à un médecin d'interpréter à distance des données nécessaires au suivi médical régulier d'un patient et si besoin de prendre des décisions relatives à sa prise en charge. L'organisation de la télésurveillance des patients, articulant mutualisation et spécialisation, est un axe important pour l'AP-HP et sera couplée autant que nécessaire à la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement :

- Poursuivre l'activité de COVIDOM tant que la crise le rend nécessaire ainsi que la collaboration inter-régionale (Guadeloupe / Grand est) et soutenir le projet européen (EIT Health) dont il est lauréat,
- Développer un dispositif régional de télésurveillance ville-hôpital multi-pathologies (aiguës ou chroniques, suivi ou post-opératoire) pouvant potentiellement assurer environ 1 million de journées de télésurveillance par an,
- Suivre et accompagner les projets novateurs spécialisés en fonction de leur niveau de maturité,
- Structurer les bonnes pratiques médico soignantes pour le suivi des patients,
- Mener avec les collégiales des réflexions sur les solutions et quelques dispositifs médicaux connectés et assurer la cohérence avec les projets institutionnels,
- Mettre en place un dispositif de suivi et de valorisation de l'activité de télésurveillance,
- Assurer une visibilité de l'offre de télésurveillance sur le site AP-HP.

3.2.3. La télé-expertise

La télé-expertise est l'activité dans laquelle un médecin demande un avis à un autre médecin expert sur le dossier d'un patient (données cliniques, biologiques, d'imagerie, d'anatomo-cytopathologie). Entre aussi dans cette catégorie, la primo interprétation à distance d'actes médico techniques.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement :

- Développer les bonnes pratiques de télé-expertise et l'organisation d'une offre de services, notamment concernant les délais de réponse aux avis, et la rédaction systématique d'un compte rendu à l'issue d'une prise en charge au sein de l'AP-HP,
- Organiser les flux de manière plus efficiente comme la prise en charge et la facturation,
- Structurer l'offre selon des axes prioritaires à définir entre offre de recours et offre de proximité notamment pour les partenaires de ville,

- Faire connaître l'offre de télé-expertise de l'AP-HP en assurant sa visibilité auprès de l'ensemble des professionnels de santé.

3.2.4. Les télésoins

Le télé-soin a été défini dans la loi du 24 juillet 2019 comme une « pratique de soins à distance [...] et qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux ».

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement :

- Définir le rôle de l'AP-HP dans les différentes activités de télé soins,
- Identifier des projets pilotes et recenser plus largement les initiatives auprès de référents télémédecine des GHU et du siège,
- Elaborer les règles de bonnes pratiques et d'organisation pour la mise en place d'activités de télé soins à l'AP-HP, et proposer un dispositif d'accompagnement et de formation,
- Définir une stratégie de traçabilité, codification et valorisation de l'activité de télé soins,
- Poursuivre les réflexions sur le développement des activités des télésoins concernant d'autres métiers.

3.2.5. La télé radiologie

La télé radiologie repose sur la pratique médicale à distance d'un radiologue, soit en télédiagnostic (primo-interprétation), soit en télé-expertise (avis de recours). Avec notamment le soutien des agences régionales de santé, le télédiagnostic s'installe dans les usages en France depuis 2010 et vise à créer des équipes territoriales d'imagerie, à améliorer la couverture de la permanence des soins et l'accès à l'expertise.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite prioritairement poursuivre cette dynamique :

- En expérimentant des coopérations territoriales dans un contexte juridique innovant favorisant les expérimentations et qui permet la constitution de « Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisés ». L'objectif est double :
 - o Faire de la télé radiologie un outil de partenariat territorial
 - o Pour les services et praticiens volontaires, contribuer à l'attractivité de la radiologie publique (pratique innovante, valorisation financière, renforcement de filières de sur-spécialité d'organes, harmonisation des pratiques, recherche, etc.)
- En promouvant le développement de la télé-expertise et le recours à la télé radiologie au sein de l'AP-HP et à l'échelle des DMU.

3.3. Structurer la démarche d'innovation à l'AP-HP

L'innovation est au cœur des pratiques des professionnels de l'AP-HP, tant en matière de soin que de recherche universitaire, et ces innovations s'effectuent régulièrement en collaboration avec des acteurs externes. Ces innovations peuvent être technologiques, organisationnelles ou numériques. La volonté pour les prochaines années est d'encourager, de rendre plus visibles ces innovations et de les valoriser. Pour cela, l'AP-HP souhaite créer un hub innovation en santé, porté par la Direction Générale, la DRCI, la DST et la DSI, en articulation étroite avec les représentants de la communauté médicale et

soignante et les équipes des GHU. Le hub proposera différents services d'appui à l'innovation et permettra de rendre son pilotage plus fluide, lisible et mieux coordonné.

Ce hub sera, d'une part, numérique pour rendre largement accessibles l'information et les outils pédagogiques sur l'innovation. Il sera, d'autre part, composé d'espaces physiques, communs à l'ensemble de l'AP-HP et dans les GHU : l'Hôtel Dieu, les Labs innovation et d'autres espaces à créer.

Le Hub Innovation Santé offrira trois services principaux :

- Etoffer l'écosystème innovation de l'AP-HP en structurant et animant une communauté d'innovateurs, en augmentant sa visibilité avec l'organisation d'événements réguliers
- Appuyer les professionnels et les acteurs externes en proposant des outils de gestion des projets innovants, un accompagnement méthodologique, des parcours et des modules de formation à l'innovation
- Valoriser et diffuser ces innovations notamment en lien avec les universités en proposant les modèles économiques qui assurent une rémunération des innovations, donc leur soutenabilité, accompagnant le déploiement et les bonnes pratiques des projets réussis.

3.4. Les données au service du soin, de la recherche et du pilotage

L'AP-HP a pour ambition de répondre aux besoins des patients et de la population en définissant les meilleures pratiques de soins fondées sur les preuves. Dans un contexte d'informatisation des dossiers patients et d'essor de l'intelligence artificielle, les données personnelles de santé contribuent au soin, à la recherche et au pilotage de l'activité hospitalière. Elles représentent un enjeu stratégique majeur pour tout hôpital universitaire, plus généralement pour la santé publique et le système de santé.

L'AP-HP s'est engagée dès 2017 dans une stratégie de valorisation de ses données de santé, en développant un Entrepôt de Données de Santé (EDS) unique, autorisé par la CNIL, et en se dotant d'une gouvernance permettant leur collecte, leur partage et leur utilisation à l'échelle du CHU. Cette démarche s'inscrit dans une stratégie transversale de structuration des données et de leurs usages avec la constitution d'une plateforme de données massives rassemblant l'ensemble des données de santé produites à l'AP-HP. Membre du groupement d'intérêt public (GIP) qui porte la plateforme des données de santé (Health Data Hub) au niveau national, l'AP-HP s'associe à la volonté d'organiser un partage sécurisé des données, gage d'une plus grande efficacité scientifique et ciment nécessaire pour la confiance des patients.

Pour les cinq prochaines années, il s'agit de conforter la dynamique engagée en généralisant ce programme à l'ensemble des données de l'AP-HP, tant administratives que médicales, avec:

- L'extension du périmètre des données, leur consolidation et l'amélioration continue de leur qualité, guidée par les usages, au sein d'une plateforme de données performante
- Le développement des usages au service de la recherche, de l'innovation, du pilotage de l'activité et de l'organisation des soins pour améliorer tous les niveaux de prise en charge des patients
- A chaque étape de leur collecte, de leur conservation et de leur traitement, l'assurance de la sécurité et de la protection des données, garantes de la confiance des patients

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite ainsi prioritairement :

- **Accélérer la mise en œuvre de sa plateforme de données massives et des outils permettant leur exploitation.** Les études épidémiologiques, les recherches impliquant la personne humaine ou la médecine dite de précision s'appuient de plus en plus sur les nouvelles modalités de traitement de données (big data, data mining, machine learning, deep learning, etc.). L'AP-HP dispose des atouts pour devenir un pôle d'excellence international. Il sera pour cela nécessaire dans les 5 prochaines années de :
 - Développer des outils pour la recherche sur données : Cohort360 pour la création de cohortes de patients, y compris au niveau de l'unité de soin et l'analyse des données au sein d'espaces de traitement sécurisés dotés des capacités de calcul nécessaires (Plateforme Jupyter)
 - Développer le partage de données de qualité et la recherche sur données à grande échelle (nationale (HDH), internationales (espace numérique de données, réseaux de recherche (OHDSI, 4CE, etc.)
 - Développer la recherche translationnelle en santé, en exploitant notamment les données massives de l'EDS (données d'imagerie multimodale, données physiologiques (ECG, EEG, etc.), de la plateforme de séquençage génomique SeqOIA, adossée à la plateforme de bio-informatique MOABI, celles de la Banque nationale de données maladies rares (BNDMR).
 - Appuyer la recherche clinique en exploitant les données massives de l'EDS (données d'imagerie multimodale, données physiologiques (ECG, EEG, etc.), de la plateforme de séquençage génomique SeqOIA, adossée à la plateforme de bio-informatique MOABI, celles de la Banque nationale de données maladies rares (BNDMR), en développant des outils d'aide au recrutement de patients dans les essais, en alimentant les cahiers d'observations électroniques (e-CRF) avec les données du Dossier Patient Informatisé, en facilitant le chaînage des données issues des recherches avec celles du Système national des données de santé (SNDS)
 - Accroître les compétences en science de la donnée de nos professionnels et renforcer l'attractivité de l'AP-HP pour l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux
- **Développer les usages des données pour permettre à l'AP-HP de s'inscrire dans la dynamique et la lignée d'excellence d'un système de santé auto-apprenant (learning health system) :**
 - Pour le pilotage stratégique et opérationnel, en :
 - Croisant les données de santé de l'AP-HP avec des sources extérieures de données, par exemple énergétiques ou environnementales
 - Capitalisant sur les expertises réunies au sein de l'AP-HP (Chaire HOSPINNOMICS, URC ECO, équipes de santé publique, notamment d'épidémiologie),
 - Développant des partenariats publics et privés aux échelles régionale, nationale, européenne et internationale
 - Concevant des modèles d'aide à la décision innovants sur la base d'un outil unique de ressources pour le pilotage (Portail Pilote) et de méthodes validées (Value Based Healthcare) au plus proche des besoins des professionnels de santé
 - Pour l'innovation dans la prise en charge des patients et des organisations, en :

- Développant des interfaces d'accès aux données performantes et standardisées (Portail Patient, Infomed, etc.)
- Libérant les équipes soignantes de tâches administratives pour leur redonner du temps clinique (reconnaissance vocale, codage automatique)
- Accompagnant le développement de la médecine de précision avec la création et la validation d'aides décisionnelles diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques

4. Poursuivre les opérations majeures de l'AP-HP

Tourné vers l'avenir, l'AP-HP a engagé au cours des précédents cycles stratégiques des programmes de construction d'hôpitaux lui permettant de s'adapter aux évolutions des prises en charge, des techniques et de son environnement. Les grands projets du prochain cycle stratégique ont ainsi vocation à s'inscrire dans une dynamique « d'hôpitaux du futur » répondant à plusieurs logiques :

- **Le développement de la prise en charge ambulatoire**, chaque fois que cela est pertinent médicalement, dont l'impact sur les structures hospitalières se constate autant en intra-hospitalier (besoins capacitaires modifiés, nouveaux métiers, nouvelles pratiques) qu'en extrahospitalier (partenariat ville-Hôpital accru pour assurer une plus grande continuité des soins entre épisodes hospitaliers et retour à domicile),
- **L'intégration de l'hôpital dans son territoire**, enjeu déterminant de l'AP-HP de demain, qui amène les structures hospitalières à s'ouvrir davantage à la médecine de ville, aux collectivités locales et aux associations, tant dans ses accès physiques que dans ses interfaces avec les autres acteurs sanitaires,
- **Le développement du numérique** qui permet d'améliorer l'accès à l'offre de soin et de renforcer la logique de parcours au service de la population,
- **La nécessaire modularité des structures hospitalières**, qui permet à nos établissements de se projeter sur un temps long en anticipant les évolutions futures de nos activités et des besoins en espace, mais également de se doter d'outils adaptables en périodes de crise comme les années 2020 et 2021 en auront été les témoins.

Ces axes seront déclinés dans le cadre des grands projets structurants à venir, présentés ci-après.

4.1. GHU AP-HP. Nord : Campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen Grand Paris-Nord

L'hôpital du campus HU Saint-Ouen Grand Paris-Nord, en participant au rééquilibrage de l'offre de soins vers la partie nord de la métropole, est l'un des projets hospitaliers français majeurs de la prochaine décennie. Ce nouveau campus est le fruit de la fusion des hôpitaux Bichat et Beaujon et du regroupement de l'ensemble des activités des facultés de santé d'Université de Paris (Villemin, Bichat, ...). Le futur hôpital a été pensé pour les prochaines décennies autour des concepts de fluidité, d'adaptabilité et d'agilité pour répondre à un double impératif : la combinaison de pôles d'excellence internationaux et une offre hospitalière de proximité pour la population du nord de la métropole Parisienne concourant à la réduction des inégalités dans l'accès aux soins, en lien étroit avec les acteurs de la médecine de ville et son écosystème. En particulier, la réflexion prévue avec l'ARS et les partenaires locaux autour du projet territorial de santé devra intégrer nécessairement un objectif de développement d'une offre de secteur 1 dans le territoire, notamment pour des spécialités insuffisamment représentées.

En quelques grands chiffres : le schéma capacitaire hospitalier, repensé à la lumière de la crise Covid 2020, permettra d'accueillir sur le site 1167 lits et places et 150 lits d'hôtel hospitalier en proximité. Le projet porte une dimension territoriale forte en constituant un bassin d'emploi conséquent (5700

emplois) et d'enseignement (plus de 12 000 étudiants) pour le territoire. Le projet représente un investissement de 1,3 milliard d'euros.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP, prévoit de notifier le marché de maîtrise d'œuvre (2021), de réaliser les études (2022-2023), de conduire les travaux préparatoires de démolition et de dépollution (2023) et d'engager le chantier de construction du bâtiment (2024), dont la livraison est prévue en 2028. La partie enseignement et recherche de l'Université de Paris est sur un calendrier comparable.

4.2. GHU AP-HP. Nord : le nouveau Lariboisière

En soutien à son projet médical et stratégique mais aussi dans une optique d'une incontournable modernisation de son infrastructure immobilière, l'hôpital Lariboisière va être repensé autour d'un bâtiment neuf et d'une réintégration des activités de l'hôpital Fernand Widal en son sein. Le bâtiment neuf regroupera l'hospitalisation complète (dont la maternité), les soins critiques, le plateau technique, le bloc opératoire et les urgences. Les peignes historiques seront réhabilités pour accueillir des activités ambulatoires et administratives. L'ensemble de ces espaces sera tourné à la fois vers la prise en charge de soins critiques sur un nouveau plateau technique lourd, l'ambulatoire, et les soins de suite. La logique de « parcours hospitalier » sera particulièrement mise en avant pour améliorer les itinéraires diagnostiques et thérapeutiques des patients. Un vaste centre de recherche sera aussi implanté sur le site autour des neurosciences et de l'appareil locomoteur.

Pour la période 2021-2025 : travaux et livraison du Nouveau Lariboisière

4.3. GHU AP-HP. Saclay : le nouveau Garches - Ambroise Paré

Les hôpitaux Raymond Poincaré et Ambroise Paré constituent un socle hospitalo-universitaire majeur du sud-ouest francilien, tant sur l'expertise et le recours, que pour la prise en charge de proximité. Le souhait de rapprocher les deux établissements est né du constat que l'architecture du site de Garches ne permettait plus de répondre durablement aux besoins des patients et aux évolutions des prises en charge.

En localisant sur un même site les activités de Raymond Poincaré de celles d'Ambroise Paré, les deux établissements offriront aux patients un environnement modernisé et humanisé sur un site de Boulogne-Billancourt conforté dans ses activités et avec des opportunités élargies de recherche.

Le projet médical a pour ambition d'offrir à la population du sud-ouest francilien une offre de soins élargie et performante et de proposer un hôpital d'excellence pour la prise en charge du handicap neurolocomoteur enfant et adulte et de ses comorbidités (lésions médullaires, pathologies neuromusculaires et rachidiennes, cérébrolésions, poliomyélite et troubles sévères du langage et de l'apprentissage...), enrichi par les spécialités médico-chirurgicales d'Ambroise-Paré. Les activités d'urgence seront renforcées avec le transfert du SAMU 92, d'une unité SMUR et des soins critiques de Raymond-Poincaré (réanimations adulte et pédiatrique, services de rééducation post-réanimation adulte et pédiatrique).

Pour la période 2021-2025 : éléments de calendrier à préciser

4.4. GHU AP-HP. Seine-St-Denis : le nouveau Jean Verdier

L'hôpital Jean Verdier, est un établissement de Seine-Saint Denis tourné vers une prise en charge de proximité de haut niveau, en coopération très étroite avec les acteurs de santé du territoire. Le projet porté par le GHU de reconstruction de l'hôpital Jean Verdier s'articule avec la restructuration de l'hôpital Avicenne et sera fondé sur un projet médical universitaire innovant tourné vers le territoire. Une double complémentarité sera mise en avant :

- Une logique hospitalière de gradation des soins en articulation avec les autres établissements du GHU (hôpital Avicenne avec notamment la création d'un nouveau bâtiment Femme-Mère-Enfant, hôpital René-Muret) et en coopération avec les autres établissements de santé du territoire (notamment l'EPS de Ville-Evrard sur la psychiatrie)
- Une logique ambulatoire, permettant un décroisement entre l'hôpital et la médecine de ville (CPTS de Bondy-Bobigny, maisons de santé pluridisciplinaires, maison médicale de garde, libéraux du territoire), avec des ambitions fortes en termes de prévention et de promotion de la santé.

Les innovations portées par le nouveau Jean Verdier se retrouvent également dans la dynamique universitaire qui proposera des terrains de stage innovants sur l'ambulatoire, l'exercice partagé ville-hôpital, la santé publique mais également dans le domaine de la recherche.

Pour la période 2021-2025 : travaux et livraison du Nouveau Jean Verdier, ouverture du nouveau bâtiment Femme-Mère-Enfant sur Avicenne

4.5. GHU AP-HP. Centre : Hôtel-Dieu / hôpital numérique

L'Hôtel-Dieu, hôpital historique du centre de Paris, fait l'objet d'un profond réaménagement débuté au cours du cycle stratégique précédent, pour adapter cet établissement à son environnement. Le projet médical prévoyant un service d'accueil des urgences, un plateau de consultations spécialisées pluridisciplinaire, un pôle de psychiatrie et un pôle de santé publique, sera complété par un projet ambitieux et innovant d'hôpital numérique.

L'hôpital numérique de l'Hôtel Dieu (HD@APHP) sera une plateforme hospitalière d'accélération et d'intégration de programmes de recherche, développement et innovation (RDI). Elle permettra de concevoir, déployer et évaluer des stratégies médicales de prise en charge ambulatoire des maladies chroniques reposant sur un accompagnement à distance des patients.

Ce projet ambitieux et novateur a vocation à se structurer autour de 4 axes :

- **La recherche** : des centres partenariaux de RDI permettant d'accélérer et de renforcer le déploiement des innovations numériques dans la prise en charge des patients à distance

AP-HP – Projet d'établissement 2021-2025

- **La prise en charge** : Des programmes de prise en charge de patients par pathologie et/ou situation clinique qui intègrent l'ensemble des dispositifs de télésanté existants y compris les innovations portées par l'article 51 de la LFSS 2018
- **L'évaluation et la vigie** : La structuration d'une expertise et d'un espace de réflexion collectif sur les finalités et les conditions de possibilité de la santé connectée, en lien avec les chaires universitaires et les associations
- **L'innovation partenariale** : Un écosystème d'innovation accélérant le développement des start-up dans le domaine de la santé numérique

Pour la période 2021-2025 : finaliser le réaménagement de l'Hôtel-Dieu et la libération des surfaces non exploitées par le projet médical, structurer le projet de plateforme et la rendre opérationnelle

5. Adapter nos organisations en continu au bénéfice des parcours des patients

Dans le cadre d'une ambitieuse démarche de transformation, intitulée « *Oikeiosis* » et amorcée en 2017, l'AP-HP a enclenché de profondes mutations de ses organisations. Le prochain cycle stratégique qui a vocation à poursuivre cette dynamique de transformation de ses organisations qui traverse toute l'histoire de l'AP-HP s'inspirera également du retour d'expérience de la gestion de crise Covid. En effet sur la plupart des champs d'activité hospitalière, la crise a entraîné une saturation de certaines capacités hospitalières – encore plus marquée lors du rebond épidémique de l'automne 2020. Cette situation a nécessité d'une part la mise en place d'organisations capables de s'adapter à des vagues épidémiques successives, et d'autre part le développement de modalités de soins à distance. Des modèles innovants ont émergé :

- En faveur de la fluidité des parcours de patients : organisation de sorties précoces pour les patients ne nécessitant plus de prise en charge hospitalière en s'appuyant notamment sur les hôtels hospitaliers, mise en place d'infirmières de coordination en soutien à la bascule ambulatoire de certaines prises en charge, mise en place de cellules médicalisées de sortie, ...
- S'appuyant sur la télé médecine : mise en place d'accès aux images à distance pour les radiologues (PACS), développement accéléré de la téléconsultation (cf. supra.), accès dématérialisé aux résultats de laboratoire, ...
- Dans lesquels le besoin de coordination prend une place plus importante : renfort des réseaux (chirurgie, interventionnel, cancer, ...) pour faciliter la continuité des prises en charge à l'échelle du territoire dans un contexte de tension sur le capacitaire, mais également de renoncement aux soins.

Afin de poursuivre une dynamique de transformation des organisations, quatre thématiques principales seront développées au cours du plan stratégique 2021-2025 : la fluidité des parcours de soins, l'optimisation des plateformes médico-techniques, l'intégration des nouveaux modes de prise en charge dans nos organisations et la mise en place de plateformes logistiques à l'échelle des GHU.

5.1. Disposer d'une gestion prévisionnelle et interactive de nos structures d'accueil

De l'entrée à la sortie de son parcours hospitalier, un patient peut être pris en charge dans différents services de consultation, d'hospitalisation ou plusieurs plateaux techniques, ... L'un des enjeux de l'organisation hospitalière est de favoriser la plus grande fluidité de ce parcours de soins à la fois pour rendre plus lisible et accessible la prise en charge, ne pas prolonger inutilement le séjour hospitalier, viser la juste utilisation de nos ressources et améliorer la coordination des professionnels en charge du patient. Cela passe notamment par une meilleure visibilité et davantage de coordination de tous les professionnels sur la disponibilité de nos structures d'accueil : disponibilité des plages de rendez-vous en consultation, sur nos plateaux techniques et blocs opératoires, de lits et places disponibles dans nos services d'hospitalisation. Un double travail est donc à mener :

- Simplifier et mettre en relation l'ensemble des interlocuteurs que le patient rencontrera au cours de son parcours et, lorsque cela est possible, envisager des « portes d'entrée » unique dans le parcours de soins,
- Mettre à disposition des outils permettant de connaître l'ensemble de ces informations en temps réel pour tous les professionnels en charge du patient.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP s'engage à mener les actions suivantes :

- Connaître et partager les données sur l'occupation de nos lits en temps réel et prévisionnel pour mieux accueillir nos patients programmés et urgents,
- Optimiser la programmation des examens, consultations et hospitalisations sur des outils partagés et adaptés aux besoins des professionnels assurant les programmations,
- Proposer aux patients des guichets d'entrée uniques ou simplifiés dans les parcours de soins.

5.2. Mettre en place des plateformes médico-techniques performantes et communicantes

Les plateaux techniques d'imagerie médicale, de biologie et d'anatomie et cytopathologie soutiennent les prises en charge hospitalière tant sur leur versant diagnostique que thérapeutique. Les progrès technologiques de ces dernières décennies leur ont permis de devenir des outils de plus en plus efficaces et précis au service de la prise en charge des patients. Leur niveau de performance est un élément essentiel de la qualité des prises en charge comme de la fluidité des parcours de soins. Des travaux d'organisation sont à mener pour optimiser un fonctionnement synchronisé qui permette de mettre à disposition les expertises de l'AP-HP au service du plus grand nombre de patients :

- Innover en anatomopathologie en faveur d'une simplification et d'une diminution des délais des parcours de diagnostic cancer (intégrer les innovations technologiques pour l'analyse des prélèvements, centralisation de l'analyse), qui s'appuie sur une rénovation d'envergure de son système d'information,
- Organiser l'offre de biologie de l'AP-HP afin qu'elle soit en mesure :
 - o De répondre aux besoins de la population sur les examens de biologie médicale de première intention (filiale urgences, permanence des soins, ...)
 - o De répondre et d'être en phase avec les besoins liés aux évolutions des prises en charge clinique (examens de biologie médicale innovants),
- Valoriser et développer l'offre de biologie de l'AP-HP sur le territoire, grâce à son activité d'expertise,
- Développer la radiologie interventionnelle et intégrer des outils d'aide au diagnostic d'intelligence artificielle,
- Mettre en œuvre la télé imagerie selon les modalités précisées dans le chapitre numérique du présent projet,
- Construire des centres de dépistage rapides (centre sein, centre foie, ...) qui permettent une réactivité d'examen et de compte rendu pour orienter au mieux les patients.

5.3. Fluidifier les parcours de patients par l'intégration des nouveaux modes de prise en charge dans nos organisations

L'AP-HP est résolument inscrite dans une démarche de développement de l'ambulatoire sur l'ensemble de ses prises en charge chaque fois que cela est médicalement pertinent. Impulsé sur les dernières décennies par le développement de la chirurgie ambulatoire. Le « virage » ambulatoire concerne désormais la totalité des prises en charge hospitalière, dans une logique d'amélioration de la qualité des prises en charge et de simplification du parcours hospitalier des patients.

Ce principe guide aussi nos démarches de coordination entre hôpital et médecine de Ville. En effet l'amélioration de nos organisations pour fluidifier les parcours intra-hospitaliers passe par une meilleure coordination extra-hospitalière avec tous les acteurs du territoire pour la prise en charge amont et aval des épisodes de soins nécessitant une hospitalisation et pour la bonne gestion des interfaces entre structures pour favoriser la continuité des soins.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est à ce titre un acteur incontournable des parcours des patients ; elle permet de les sécuriser dans une optique de prévention des hospitalisations conventionnelles et d'adéquation des durées de séjour en établissement de santé conventionnel. Elle développe également des activités connexes comme elle le fait déjà avec les activités de nutrition parentérale à domicile (NPAD), de continuité des soins infirmiers de nuit en EHPAD, d'articulation avec les dispositifs de suivi des patients à domicile ou de gestion de plate-forme logistique Covisan.

Pour le prochain cycle stratégique, plusieurs initiatives sont en train d'être développées dans nos établissements et œuvrent dans le sens de cette fluidification du parcours. On peut notamment citer :

- Le projet de Service d'Accès aux soins (SAS) développé dans le projet médical vise à améliorer l'accueil non programmé des patients dans les structures appropriées au regard de leur état de santé, en articulation graduée avec la médecine ambulatoire
- Particulièrement promus dans le cadre de la loi « Ma Santé 2022 », les protocoles de coopérations visent à permettre de déléguer la réalisation de certains actes entre professionnels de santé. Ils doivent favoriser une meilleure allocation du temps médical et non médical mis à disposition des patients. Ils contribueront à la réduction des temps d'attente,
- La constitution d'hôpitaux de jour regroupés dans des « plateformes » à proximité des plateaux techniques, pour rassembler autour du patient toutes les expertises nécessaires pour son diagnostic ou son traitement.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP souhaite :

- Soutenir la mise en place de plateformes d'hôpitaux de jour ou le rapprochement des lieux de diagnostic des plateaux d'imagerie et de biologie,
- Adapter les organisations à la prise en charge des pathologies chroniques afin de mieux anticiper les épisodes de soins récurrents propres à ces pathologies et de favoriser au maximum le maintien au domicile des patients,

- Rendre accessible la méthode de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) à tous les patients chirurgicaux de l'AP-HP,
- Généraliser par défaut l'accueil du patient hospitalisé à J0 de son examen ou intervention,
- Développer les « Hôtels hospitaliers » pour les patients ne nécessitant plus spécifiquement un suivi dans nos hôpitaux
- Poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

5.4. S'engager vers des plateformes logistiques pour l'ensemble de nos GHU

L'AP-HP dispose d'une organisation mature et expérimentée en matière de massification des achats, de dialogue prescripteurs - acheteurs, de relations fournisseurs et de suivi d'exécution des marchés, s'appuyant notamment sur une organisation centralisée de ses achats et de ses produits de santé. Il est cependant ressorti à la lumière de travaux initiés dans le cycle stratégique précédent, des opportunités d'amélioration de la fonction logistique et d'approvisionnement ainsi que de ses espaces de stockage ; par ailleurs la vague pandémique de Covid-19 du printemps 2020 a mis en évidence le besoin de sécurisation des stocks stratégiques et de leur mise à disposition dans des contextes de situations sanitaires exceptionnelles. Pour l'ensemble de ces raisons, l'AP-HP a décidé de s'engager vers l'aménagement de plateformes logistiques pour l'ensemble de ses GHU.

Dans cette optique, il sera engagé sur la période 2021-2025 un travail de refonte de la chaîne d'approvisionnement de l'AP-HP tant sur ses références hôtelières que sur ses dispositifs médicaux, afin :

- De fiabiliser la gestion de tous les stocks, notamment tous ceux qui peuvent faire l'objet de réserves sanitaires en temps de crise, et contribuer à l'amélioration du service médical rendu
- De contribuer à la performance économique de l'AP-HP par une efficacité améliorée des processus logistiques,
- De contribuer aux objectifs de développement durable,
- D'homogénéiser le système d'information dédié aux activités logistiques,
- De contribuer à l'amélioration des conditions de travail des professionnels travaillant dans les secteurs logistiques.