

Nouvelle AP-HP

L'AP-HP a besoin de transformations profondes dont le sens doit être donné le plus rapidement possible. Non seulement pour redresser sa situation financière actuelle sans remettre en cause la qualité de prise en charge de patients et l'exercice de ses missions, mais aussi pour répondre à des problématiques de fond, qui se posent depuis des années, pour ne pas dire des décennies, et qui ralentissent ses capacités d'adaptation aux défis majeurs auxquelles elle est confrontée. Et surtout, pour préparer l'avenir en motivant les équipes autour d'un projet ambitieux pour le premier CHU européen qui est pour longtemps l'un des piliers du service public hospitalier. L'AP-HP doit afficher une triple ambition, en matière de proximité, où nous devons assurer le soin pour tous et de tous les jours, en matière d'enseignement où nous devons nous positionner dans une compétition européenne, en matière de recherche où nous devons poursuivre et amplifier notre présence à l'échelle mondiale.

L'AP-HP doit aussi améliorer son attractivité pour les professionnels de santé par une simplification de son fonctionnement quotidien, en favorisant le travail en équipe autour du patient.

I. Relever les défis :

L'AP-HP doit au cours des prochaines années relever plusieurs défis majeurs :

- 1) Face aux évolutions démographiques et institutionnelles de la région Ile de France, s'affirmer comme le CHU d'Ile-de-France, pouvant couvrir l'ensemble de la région ; comme cela ne se fera pas par la construction de nouveaux hôpitaux au sein de l'AP-HP – au-delà de ce qui est déjà acté – ni par le déplacement d'hôpitaux, cela implique des liens plus étroits et plus structurés avec les GHT et les établissements hors APHP ; c'est dans le cadre de ses liens et de partenariats nouveaux que l'AP-HP assurera un réel ancrage territorial garantissant à tout patient, quel que soit son lieu de résidence, quel que soit son point d'entrée dans le système de santé, une égalité d'accès à des soins innovants et de qualité.
- 2) Face à la montée des maladies chroniques, aux tendances démographiques des professions de santé, aux aspirations des professionnels et des patients, s'inscrire bien plus qu'aujourd'hui dans un « système de santé intégré », avec des liens plus étroits et réellement avec la ville, des formes nouvelles de coopération de tous les acteurs de santé, une vision « ville hôpital » pour la prise en charge des patients, leur parcours, leur suivi, leur implication dans la recherche (maisons de santé universitaires). Les outils numériques prendront une place centrale dans cette ambition.
- 3) Face aux évolutions technologiques et thérapeutiques, avoir une capacité d'investissement et d'adaptation rapide, pour permettre aux patients d'en bénéficier pleinement : adaptation de nos organisations médicales ; adaptation de nos volumes capacitaires ; adaptation de nos

modes de relations avec les patients (télémédecine, téléconsultation, suivi à distance, accès à l'information, etc...); adaptations de nos équipements et de notre système d'information; digitalisation; adaptation de notre modèle économique pour pouvoir gagner en réactivité et supporter le coût de l'innovation. Tout cela doit cependant s'effectuer en préservant l'irremplaçable dimension humaine de l'exercice de nos missions.

- 4) Face au malaise des professionnels et à leurs aspirations personnelles, différentes de leurs prédécesseurs, qu'on retrouve ailleurs qu'à l'AP-HP et ailleurs en France, il faut renforcer les conditions d'attractivité du CHU comme un espace de recherche et d'enseignement au service de l'innovation, tout en repensant les organisations de travail, la notion d'équipe, les évolutions de carrière, l'exercice des responsabilités, dans un fonctionnement plus souple, plus personnalisé, davantage centré sur le cœur des missions, avec une plus forte médicalisation de la gouvernance.
- 5) Face à la concurrence internationale, demeurer un pôle fort de recherche au niveau mondial, dans le « top 10 » où elle se trouve actuellement, en saisissant les opportunités autour des data, des « omics », des objets connectés et en utilisant au mieux les forces de l'AP-HP, l'avantage de sa taille, et en renforçant la fluidité et la solidité de ses partenariats avec les universités, l'INSERM et les autres EPST. Renouer avec le caractère attractif de la recherche et l'étendre davantage aux paramédicaux. Contribuer à la « souveraineté en santé » par une capacité d'innovation forte, tout en favorisant les coopérations internationales structurées. Mieux valoriser les fruits de la recherche et davantage intéresser les équipes aux retombées de leurs recherches.

Ces cinq défis doivent être relevés malgré un contexte économique contraint, qui passe par une amélioration de nos performances, notamment économiques, et une préservation de notre capacité d'investissement et qui conduira à des efforts importants pendant les prochaines années, sans que cela soit au détriment de nos missions, de la qualité des soins et de la qualité des conditions de travail.

Relever ses défis conduit à proposer une stratégie fondée sur un triptyque :

- 1 - des réorganisations de nos activités, de nos sites, de nos organisations et de nos procédures qui améliorent nos performances, y compris économiques; celles-ci ne sont pas détaillées ici, mais font l'objet d'un « plan de transformation » documenté;
- 2 – une évolution de notre organisation juridique, permettant une plus forte déconcentration, avec un allègement des strates internes, plus d'autonomie pour des groupements hospitalo-universitaires au périmètre élargi, une plus forte reconnaissance de la diversité de nos missions, plus de souplesse, des possibilités plus diversifiées de recrutements et de partenariats avec d'autres acteurs (hospitaliers, médecine de ville, industrie);
- 3 – un contrat avec l'Etat, traduisant sa confiance en une transformation profonde, permettant à l'AP-HP d'innover en matière organisationnelle, garantissant une juste prise en compte des missions parfois « ingrates » réellement exercées par l'AP-HP.

II. Une nouvelle organisation juridique :

1 – Aujourd’hui, l’AP-HP est un seul établissement de santé, avec le même statut que tous les autres établissements de santé, tout en représentant à elle seule 10 % de l’ensemble des lits d’hospitalisation et plus d’un tiers de la recherche clinique en France.

2 – Nous proposons une nouvelle organisation juridique de l’AP-HP donnant plus d’autonomie, permettant davantage de souplesse, ouverte sur les partenariats, mais maintenant l’unicité de l’APHP et ses capacités de mutualisation.

3 – Le principe est de considérer non plus que tout procède de l’organisation interne d’un établissement de santé unique, mais que la notion d’établissement de santé se trouve davantage au niveau des groupes hospitaliers, et que le niveau central ou le niveau « de tête » est ce qui est nécessaire pour définir la stratégie médicale de l’APHP, venir en aide aux établissements de l’APHP en difficulté et utiliser à plein l’effet de taille, pour réduire les coûts, réaliser des projets d’ampleur, et pour assurer une solidarité entre les établissements de l’APHP.

4 – Cette évolution connaîtra une première étape par la création d’AP-HP.5 et AP-HP.6, qui se sont portés volontaires pour cette nouvelle organisation. Elle serait cohérente avec une démarche similaire pour les autres GH et les autres périmètres universitaires. Elle n’implique toutefois pas comme un préalable que tous les GH soient d’emblée regroupés à l’échelle de l’université et doit être adaptable aux évolutions des périmètres universitaires.

5 – Cette évolution ne doit pas conduire à ne plus soutenir, parce qu’ils seraient en difficulté financière, des établissements qui ont un rôle à jouer dans l’offre de soins, mais à maintenir une forme efficace de solidarité. Elle ne doit pas se fonder sur une vision d’une AP-HP intra-muros, mais au contraire sur une APHP assumant sa fonction métropolitaine et régionale.

6 – Cette évolution n’exonère pas l’AP-HP des efforts d’efficience. Elle doit les rendre plus supportables, en donnant plus de souplesse.

7 – Cette évolution ne doit pas faire ralentir les évolutions structurelles majeures des sites : elle doit au contraire si possible les accélérer, lorsqu’elles conjuguent meilleure performance médicale et meilleure performance économique.

8 – Cette évolution doit permettre davantage d’alliances, de partenariats, avec d’autres acteurs, dans un périmètre en Ile-de-France, devant mieux organiser l’offre de soins, les parcours patients, le lien entre la ville et l’hôpital. Elle doit permettre de renforcer ces alliances, de rendre moins étanches les limites et les frontières de l’AP-HP.

9 – Cette évolution doit maintenir le principe d’un « Centre hospitalo-universitaire » unique dans tous les sens du terme, lié à l’ensemble des universités, et non pas à rendre flou, mouvant le périmètre universitaire, dont les contours doivent procéder d’une volonté commune du CHU et des universités.

10 – Deux possibilités sont théoriquement envisageables : l’une avec de multiples personnes morales (chaque groupe hospitalier étant une personne morale, l’AP-HP étant une autre personne morale regroupant des personnes morales) ; l’autre avec le maintien des GH avec une personne morale unique, mais régie par des relations différentes de celles qui existent dans un établissement de santé unique classique et conférant plus d’autonomie aux GH. Il sera préféré la deuxième possibilité, pour trouver le bon réglage entre unicité et autonomie et pour éviter de complexes questions de répartition de patrimoine immobilier par exemple.

11 – Le choix d’une seule personne morale n’interdit pas de donner un statut particulier, au sein de cet ensemble, à certaines activités qui ne sont pas strictement hospitalières : soit en reconnaissant leurs spécificités au sein du nouvel établissement public, soit en rendant possible, comme cela a été fait pour l’activité internationale, une forme juridique particulière au sein de l’ensemble AP-HP.

12 – Cette évolution doit s’accompagner par une conception très différente du siège, par une nouvelle gouvernance pour la nouvelle AP-HP, mais aussi par d’autres principes de gouvernance pour les groupes hospitaliers qui la composent, ainsi que par une meilleure articulation dans ces gouvernances, dans un esprit plus « fédéral », avec une plus forte médicalisation et un lien plus étroit avec les universités.

13 – Cette évolution ne doit pas se traduire par moins de mobilités entre établissements ; au contraire, elle peut s’accompagner de mesures favorisant davantage de mobilités, plus faciles à organiser sur le plan juridique. Elle doit également se traduire par une plus grande souplesse dans les recrutements : ainsi, une organisation plus décentralisée doit permettre un rythme de recrutements de praticiens hospitaliers en temps réel, plutôt qu’au rythme annuel d’une révision globale des effectifs médicaux.

14 – Cette évolution doit permettre une plus forte liberté dans les organisations fonctionnelles (entre départements hospitalo-universitaires, fédérations, pôles et services) et moins de strates entre le niveau de prise en charge des malades et la direction ; cela pourrait conduire à prévoir qu’à l’AP-HP, les pôles sont « optionnels », à condition que soient trouvées, pour les remplacer, des organisations qui permettent de porter des projets hospitalo-universitaires dans toutes leurs dimensions et leur cohérence, qui répondent aux enjeux de « taille critique » et à responsabiliser ces nouvelles organisations pour leur gestion..

15 – Cette évolution vers une AP-HP davantage décentralisée et organisée en groupes hospitaliers universitaires plus importants ne doit pas se faire au détriment de la proximité, avec des échelons de décisions donc plus rapprochés du cœur des activités.

Une disposition législative est nécessaire pour adopter cette nouvelle organisation juridique.

III. Un nouveau contrat entre l’Etat et l’AP-HP :

L’AP-HP est, hors l’Etat, un des premiers employeurs publics en France (après la Poste, la SNCF et EDF) et l’un de ceux pour lesquels les besoins de transformation sont les plus importants et les enjeux parmi les plus sensibles.

L’Etat a besoin de visibilité sur les transformations de l’AP-HP en adéquation avec ses missions, l’évolution des besoins de santé et les performances économiques. L’AP-HP a besoin de visibilité sur l’accompagnement de la part de l’Etat, sur les évolutions qui peuvent la concerner, sur la juste prise en compte de ses spécificités.

Voilà les neuf points principaux qui sont cruciaux pour permettre à l’AP-HP de mener à bien ses transformations :

1 – Affichage d’un contrat de transformation « AP-HP/Etat » :

Un message explicite de l’Etat est nécessaire pour affirmer un attachement fort à l’AP-HP, un accord sur les transformations conduites, un engagement sur l’accompagnement (bien sûr dès lors que les

engagements pris par l'AP-HP sont tenus) et un soutien à une évolution de l'organisation juridique de l'AP-HP.

2 – Affirmer le rôle de la recherche :

Les incertitudes sur le rôle de la recherche d'un CHU de la taille de l'AP-HP ont un impact important sur la motivation des acteurs dans un établissement qui représente, avec 10 % des lits, près de 40 % de l'ensemble de la recherche clinique française. Un lien renforcé entre la nouvelle organisation de l'APHP et les universités, dans un partenariat respectueux des apports de chacun avec les EPST, et une volonté forte de valorisation des fruits de la recherche doit être clairement réaffirmé. Dans ce contexte, les instituts de recherches dans l'AP-HP constituent un atout considérable qui mériterait d'être développé.

3 – Fluidification de l'aval (SSR) :

L'AP-HP fait le constat qu'une de ses difficultés d'une part à réduire ses durées moyennes de séjour et d'autre part à absorber le flux d'hospitalisation post urgences dans des conditions compatibles avec le bon exercice de ses missions de recours est un déficit d'aval, et notamment de SSR, intra ou extra AP-HP. Il serait bien d'objectiver avec les tutelles ce déficit et de pouvoir l'intégrer dans le Projet régional de santé, à la hauteur de ce qui sera ressorti (avec éventuellement des transformations au sein de l'AP-HP soit à partir du MCO, soit à partir du SLD, même s'il s'agit d'enveloppes distinctes).

4 – Objectivation externe des surcharges pressenties et réellement ressenties par rapport aux autres :

L'AP-HP considère, à tort ou à raison, qu'elle supporte un certain nombre de charges spécifiques, mal prises en compte dans les modèles. Cela va du poids de la précarité et du nombre de patients sans droits aux poids des patients atteints de maladies rares, en passant par l'importance des malades atteints de bactéries multi résistantes pour des montants qui peuvent représenter plusieurs dizaines de millions d'euros par an ; les tutelles considèrent, à tort ou à raison, que l'AP-HP reste surdotée sur certaines missions ; une instruction, de manière indépendante, permettrait de pouvoir mettre à plat ces éléments et d'en tirer les conséquences.

5 – Aide à l'investissement numérique pour permettre son accélération :

Une grande partie de l'efficacité est liée à une accélération des transformations numériques ; or le rythme de déploiement est aujourd'hui limité par le montant des investissements en concurrence avec les investissements immobiliers et en équipements médicaux ; l'Etat a prévu un accompagnement aux transformations numériques. Sans faire de « favoritisme » pour l'AP-HP, il devrait être possible de prévoir sur les trois ans qui viennent une enveloppe « numérique » pour l'AP-HP correspondant aux projets qui conduisent à la plus forte efficacité, dans le cadre d'un engagement sur le rendu d'emplois correspondant.

6 – Aide à l'investissement sur les grosses opérations (pour accélérer les restructurations) :

Une partie de la transformation de l'AP-HP est liée à des restructurations importantes, comblant ainsi des retards dans l'investissement ; l'APHP propose qu'outre le nouveau Lariboisière et l'hôpital Nord, deux opérations particulièrement restructurantes fassent l'objet d'un soutien de l'Etat : la reconstruction de Raymond Poincaré sur Ambroise Paré et la restructuration des hôpitaux de Seine-Saint Denis (Avicenne/Jean Verdier) : la concrétisation de ce soutien serait un élément important.

7 – Mise en place accélérée et à grande échelle des protocoles de coopération avec prime de coopération :

L'AP-HP a présenté aux tutelles en juillet 2016 un plan ambitieux de développement des pratiques avancées et des protocoles de coopération, avec l'intégration d'ici fin 2019 de 1000 soignants dans des protocoles de coopération ; si le travail préparatoire d'identification des disciplines, des actes et des équipes a été réalisé, sa mise en œuvre dépend, comme elle l'avait d'emblée indiqué, de la possibilité de pouvoir reconnaître (par exemple par une prime annuelle de 2000 euros) les soignants engagés dans ces protocoles, ce qui n'est pas possible aujourd'hui. Il s'agit d'un élément crucial de transformation, à la fois pour revoir l'organisation du travail en équipe, la répartition des tâches et la motivation des équipes. Ce programme pourrait être soutenu par l'Etat, sur le plan juridique, opérationnel et le cas échéant financier.

8 – Contrat sur quelques disciplines pour tarification ambulatoire versus fermeture de lits :

La réduction capacitaire à l'AP-HP passe en grande partie par la possibilité de faire basculer en ambulatoire des activités médicales (endocrinologie, rhumatologie, dermatologie, notamment) alors que le modèle de tarification freine cette évolution ; c'est ce qui explique que l'hôpital de la Pitié Salpêtrière constate à la fois que 25 % des patients un jour donné pourrait dormir ailleurs qu'à l'hôpital et qu'il y a une difficulté à concilier la prise en charge d'aval des urgences et l'activité programmée.

La mise en place (expérimentale pendant 3 ans) d'une tarification intermédiaire en échange d'un effort capacitaire, permettrait de donner un coup de fouet à la bascule ambulatoire en médecine ; sans attendre les grands changements de la T2A, ce programme pourrait être mis en place rapidement, encadré dans le chantier « tarification », permettant de servir de modèles à des évolutions de la tarification plus pérennes et plus nationales.

9 – Favoriser la valorisation des données de l'AP-HP :

L'AP-HP a mis en place un entrepôt de données et différents outils permettant de les valoriser ; elle a également conçu un projet autour des données et des maladies chroniques (chroni-city) ; un soutien institutionnel à ce projet (reconnaissance par l'Etat ; lien fort avec les données du SNIRAM ; prise en compte dans le plan intelligence artificielle en santé) permettrait à l'AP-HP de convaincre des investisseurs de s'y impliquer, ce qui suppose de favoriser un cadre partenarial original.

Cette vision d'une « Nouvelle AP-HP » nous semble cohérente avec la vision gouvernementale de transformations de l'action publique en général, du système de santé en particulier, tout en respectant les valeurs de l'AP-HP et du service public hospitalier et en donnant l'indispensable perspective dont les acteurs ont besoin pour se mobiliser positivement.