

Projet d'établissement 2015-2019

Projet de prise en charge

Dialogue, accueil et hospitalité



**UNE AP-HP
OUVERTE, UNIE
INNOVANTE**

Document rédigé par
la Direction des patients, usagers et associations
en lien avec la Commission centrale de concertation
avec les usagers (3CU)

approuvé par le Conseil de Surveillance du 11 décembre 2014,
après un avis favorable à l'unanimité de la CME le 9 décembre 2014.

Sommaire

Introduction	7
1. Une communauté d'acteurs pour co-construire	9
A. Dynamiser le dialogue avec les représentants d'usagers et des proches	9
B. S'appuyer sur l'expérience et le savoir du patient comme levier de recherche et d'innovation	10
C. Développer la place des associations à l'hôpital et encourager le bénévolat	13
2. La mesure et la prise en compte opérationnelle de la satisfaction des usagers	11
A. Coordonner et simplifier les outils de recueil de la satisfaction et tenir compte de l'avis des patients	11
B. Optimiser le traitement des plaintes et réclamations	12
C. Soutenir et structurer le modèle de la médiation hospitalière	13
3. Un hôpital accueillant et bienveillant	13
A. Promouvoir la qualité de vie à l'hôpital dans le cadre d'un parcours de santé	14
1. Une prise en charge et un accompagnement jusqu'au retour à domicile	14
2. Le repérage d'initiatives favorisant la continuité des prises en charges	14
B. Développer l'hospitalité pour les proches et les aidants : conforter leur place et leur rôle	14
C. Faciliter l'accès et l'orientation au sein de l'hôpital	15
1. Accès aux consultations	15
2. Accès aux sites	15
3. Accueil, orientation et admission	15
D. Améliorer le bien-être et le confort au quotidien	16
1. Un référentiel pour améliorer la vie du patient au quotidien	16
2. Des services mis à disposition du patient	17
3. Une offre d'actions culturelles et de bien-être pour les patients	17
4. Le développement d'une offre d'activités adaptées aux personnes âgées dans les sites gériatriques concourant à la bientraitance	17
4. Un accompagnement adapté aux personnes en situation critique et/ou en situation de vulnérabilité	18
A. Mobiliser des compétences pluridisciplinaires dans les situations critiques	18
1. Fin de vie	18
2. Éthique	19

B. Publics vulnérables et accès aux soins et aux droits	19
1. La maladie : un facteur de risque d'exclusion et de paupérisation	19
2. Des partenariats à développer pour construire des parcours de santé cohérents	19
3. Des outils de partage pour les professionnels pour une égalité d'accès aux soins et aux droits des patients	20
4. Un hôpital attentif s'adaptant aux besoins singuliers de certains patients	20

Glossaire	22
------------------	-----------

Introduction

« Dialogue, Accueil et Hospitalité », tel est le fondement du «Projet de prise en charge des patients », volet du projet d'établissement ainsi nommé par la Loi HPST qui traite de la prise en charge non soignantes (ni médicale ni paramédicale) des patients, en complément indissociable du projet médical et du projet de soins.

L'hôpital est un lieu de soin et de vie : la personne accueillie a un âge précis, des habitudes de vie, des croyances éventuelles, un entourage familial ou non, des activités et une autonomie, un environnement intégrateur ou dégradé. Une attention doit être portée à toutes les dimensions de la santé (physique, psychique et sociale) pour chaque patient, considéré en tant que personne dans sa globalité avec son libre-arbitre, ses devoirs et ses droits.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) forme une communauté de professionnels compétents et attachés aux valeurs de leurs métiers et du service public ; chacun y est appelé à jouer sa partition à sa juste place. Le tout est de savoir qui fait quoi, de faire ensemble, de construire un chainage interne qui puisse aussi porter hors les murs : le parcours d'une personne qui tombe malade s'inscrit dans une trajectoire complexe et une réalité mouvante, fait d'allers et retours de son lieu de vie (domicile ou établissement) vers les médecins et les paramédicaux de la ville et de l'hôpital, dans un continuum multidimensionnel et pluriprofessionnel. À cet égard, le contact ville-hôpital au moment de la préparation de la sortie d'hôpital est essentiel pour assurer la continuité des soins, éviter toute rupture de prise en charge et tout sentiment d'abandon.

Cette prise en charge ne peut se faire sans un dialogue entre les protagonistes des soins, soignés/soignants, dialogue permettant l'assentiment de la personne concernée, pleinement informée à la fois des modalités de soins et du fonctionnement des circuits hospitaliers. Le patient, mais aussi son représentant (représentant des usagers et des familles), l'accompagnant, le bénévole associatif représentent autant de voix qui comptent dans le concert des acteurs mobilisés. Elles doivent être entendues dans leur singularité et contribuer à la co-construction des bonnes pratiques, dans le respect des soignants et du fonctionnement hospitalier.

La qualité de la prise en charge (parfois qualifiée de *care*, par contraste avec *cure*) repose sur le soin mais aussi sur l'accueil, l'écoute, le respect et l'accompagnement, avec une attention particulière aux personnes les plus vulnérables.

L'AP-HP dispose de toutes les compétences et forces vives pour promouvoir cette pluralité de regards et d'approches qui offrira aux patients qu'elle soigne, en plus de soins d'excellence, la qualité de vie dans un environnement accueillant et « hospitalier ». La Commission médicale d'établissement (CME) a engagé une réflexion spécifique sur l'hospitalité, étant convaincue que le dialogue renforcé avec chaque patient appréhendé dans son intégrité est en soi un levier fort de changement.

S'il prend un peu plus de temps, ce dialogue doit réduire en revanche les risques d'inobservance et de recours aux urgences ou ré hospitalisations ; il permettra à l'ensemble des intervenants de personnaliser chaque parcours de soins en tenant compte de la qualité de la santé et d'hygiène de vie du patient comme de la réalité de son environnement, qu'il soit social, professionnel, urbain ou rural, à proximité ou non d'une offre de soins territoriale adaptée et suffisante. Est ainsi construit un parcours intégré de santé et même de vie avec la maladie, notamment lorsqu'elle est chronique.

Tous les objectifs visés ici semblent atteignables dans les cinq années à venir : en phase avec la mission et les valeurs portées par le CHU, ils s'inscrivent dans la continuité des actions engagées et dans la dynamique de démarches innovantes encouragées.

1. Une communauté d'acteurs pour co-construire

A- Dynamiser le dialogue avec les représentants d'usagers et des proches

On n'envisage plus le parcours de santé comme une succession d'étapes disjointes dans différentes structures de soin. Ce parcours se recentre sur le patient. Mais il faut aller plus loin et considérer le patient comme un des co-construc-teurs de sa propre prise en charge, partie prenante au même titre que les autres acteurs. Il s'agit en effet de faire AVEC lui pour mieux faire POUR.

Toutes les études publiées montrent la valeur ajoutée d'un programme co-construit avec les équipes en pluridisciplinarité à toutes ses étapes : conception, mise en œuvre, évaluation et retour d'expérience.

Cette collaboration au cœur du soin et de l'accompagnement pour améliorer la trajectoire du patient est fondée sur l'écoute de la voix et de l'expertise spécifique acquise par les patients atteints notamment de maladies chroniques, les proches et les aidants et bien sûr les associations. Elle n'est pas secondaire mais fait partie de la construction du projet de soins et de santé.

L'affirmation et le respect des droits individuels et collectifs des usagers, le rôle essentiel des représentants des usagers et l'appui des professionnels de la relation avec les usagers (équipes et instances dédiées, médiateurs) sont parties intégrantes d'un mode de travail collaboratif et facilité avec les équipes soignantes.

Bien entendu, cela n'est possible que dans un climat de confiance, créé par le respect des droits et devoirs de chacun, administratifs, soignants et usagers/patients au titre des devoirs de citoyenneté à observer dans le cadre d'un service public.

L'AP-HP devra :

- veiller à donner aux représentants des usagers les moyens adaptés à l'exercice de leurs mandats ainsi que la visibilité nécessaire,
- s'engager à porter un projet qui situe l'hospitalité parmi ses valeurs essentielles au même titre que la qualité, la sécurité et l'efficacité.

Si la loi du 4 mars 2002 a permis que les usagers trouvent une place à l'hôpital par leurs représentants au sein des instances hospitalières, il faut aller plus loin et renforcer le dialogue institutionnel entre les personnels soignants (médicaux et non médicaux) et administratifs, et les usagers et leurs représentants, suivant les préconisations de la Stratégie nationale de santé et de la future loi de santé, dont la « démocratie sanitaire » représente un des piliers.

L'AP-HP propose de mettre en place ou d'expé-rimenter quatre mesures pour dynamiser l'interface avec les usagers.

1. Pouvoir inviter ponctuellement des représentants des usagers à certaines réunions du Directoire, et des comités exécutifs et CME locales des groupes hospitaliers (GH), en fonction de l'ordre du jour et sous réserve de l'accord préalable expresse de ces instances.
2. Dans la perspective du projet de loi de Santé présenté dès 2015 au Parlement, remplacer les CRUQPC par des CU (Commissions des usagers), consultées de façon plus large sur la politique menée dans l'établissement. Ces commissions devront être composées de représentants des usagers et des personnels hospitaliers administratifs et soignants, et pourraient être structurées en deux niveaux :
 - dans une logique de proximité, à maintenir, des commissions locales des usagers au niveau des sites avec :
 - une mission de vigilance concernant l'accueil et l'hospitalité, l'information et les droits des usagers,
 - une mission d'information et de suivi des plaintes ou réclamations, la gestion des réclamations et celle des événements indésirables étant articulées ;
 - au niveau de chaque GH, créer une commission des usagers, instance rassemblant des professionnels soignants et socio-éducatifs et des bénévoles associatifs, qui seraient éventuellement dotées de missions stratégiques telles qu'indiquées dans le projet de loi (à ce stade, relatives à l'organisation des parcours de soins, et de la politique de

qualité et de sécurité élaborée par la CME), et permettant l'harmonisation des commissions locales des usagers.

3. Impliquer les usagers dans la préparation de la certification V 2014 qui introduit notamment le compte qualité et le dispositif du patient traceur, contribuant ainsi à promouvoir le rôle et le regard des usagers sur le fonctionnement des établissements.
4. En outre, la Commission centrale de concertation avec les usagers (3CU), présidée par le directeur général et mise en place en juin 2011, doit gagner en visibilité et efficacité : installée dans l'établissement comme la seule instance de ce niveau rassemblant des représentants de l'ensemble des acteurs de l'hôpital, ses contributions et avis doivent être mieux articulés avec les autres instances. Elle a vocation à permettre la conduite de travaux et la diffusion de recommandations fondées sur sa dimension multidisciplinaire.

Dans toutes ces actions, la sollicitation des représentants des usagers doit pourtant être compatible avec l'état des forces vives et des disponibilités effectives, de plus en plus de sièges restant non pourvus.

- ➔ La promotion et la mise en œuvre des droits individuels et collectifs
- ➔ Le renforcement du dialogue avec les représentants des usagers et des familles
- ➔ La parole de l'utilisateur au même titre que celle des autres acteurs hospitaliers

B. S'appuyer sur l'expérience et le savoir du patient comme levier de recherche et d'innovation

Une pratique médicale moderne prend en compte non seulement une conception biomédicale des maladies mais aussi une approche psychosociale qui sache notamment utiliser la richesse du savoir des patients.

Les patients et leurs proches détiennent un savoir spécifique, dont il convient de faciliter l'expression et qu'il faut écouter. La prise en compte de cette parole du patient et de ses proches, en interaction avec les professionnels, est un facteur d'innovation et d'intégration dans l'approche globale du patient, enrichie par la

mixité des points de vue. Elle repose sur :

- la construction en conséquence d'un projet de prise en charge adapté et partagé ;
- le repérage facilité des dysfonctionnements et des situations éventuellement vécues comme indésirables ;
- l'amélioration continue des pratiques.

La parole de l'utilisateur devient un des éléments de référence dans la construction de la formation des professionnels (formation à l'écoute et à la relation, en particulier), qu'ils soient étudiants ou professionnels établis, dans la simplification des organisations et l'amélioration de la sécurité.

À cet égard, il importe de développer des partenariats avec les universités et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) pour promouvoir le principe de l'intégration du regard des usagers dans la formation initiale et continue des médecins, des soignants et des cadres de direction, de la même façon que les facultés et les écoles d'infirmières (IFSI) portent une attention à la formation humaine et éthique de leurs étudiants. La réflexion en cours relative à la création d'un Pôle universitaire patient partenaire au sein de l'AP-HP va tout à fait dans ce sens.

L'hôpital est le lieu d'innovations techniques, organisationnelles et relationnelles. L'intégration de la voix des patients exprimée positivement et dans le respect des compétences de chacun, y concourt, au bénéfice de ceux-ci comme des professionnels.

Ainsi, en matière d'éducation thérapeutique du patient, les programmes proposés comme la recherche-action sont à développer avec les associations de malades et de proches travaillant dans ce champ.

L'AP-HP conçoit ces évolutions selon une approche systémique, incluant toutes les dimensions du soin et du « prendre soin » : création de nouveaux métiers (coordinateur de soin, médiateur en santé, etc.), développement de la recherche en sciences humaines et sociales, et de la recherche paramédicale, réflexion sur les aspects plus qualitatifs de la prise en charge-relation, vécu du patient...

En complément, des groupes focus patients/familles pourront être suscités au sein même des services ou des pôles : cette parole du patient, exprimée à destination de l'équipe soignante,

permettra d'intégrer le point de vue « usager » dans les modalités de prise en charge.

- ➔ La reconnaissance du savoir dit « expérientiel »
- ➔ L'intégration de ce savoir dans les formations des professionnels
- ➔ L'expérience du patient comme levier de recherche et d'innovation

C- Développer la place des associations à l'hôpital et encourager le bénévolat

Les représentants associatifs (bénévoles ou représentants des usagers) sont aujourd'hui très présents à l'AP-HP. Toutefois, ils sont souvent perçus comme des acteurs extérieurs à l'établissement.

Or, l'amélioration de la prise en charge des patients et l'accompagnement de leur famille, ainsi que l'autonomie du malade par une présence stimulante et le développement de l'information, sont des actions qui peuvent être menées au sein des services en collaboration avec des bénévoles. Cette collaboration avec la communauté hospitalière (directions, services administratifs, professionnels de santé) nécessite des prérequis indispensables pour mieux connaître, évaluer, accueillir et intégrer la plus-value représentée par cette ressource associative :

- établissement préalable d'un état des lieux exhaustif et actualisé de la présence associative et actions identifiées au sein des divers sites de l'institution ;
- mise en place d'outils de suivi et d'accompagnement ainsi que d'engagements réciproques solides (élaboration de conventions, charte du bénévolat) ;
- mise en valeur de la présence associative (signalétique, local mis à disposition-maisons des usagers) et valorisation des actions de partenariat menées par les bénévoles (journée annuelle des associations, site internet, Journée annuelle « Portes ouvertes »).

Pour ce faire, il est nécessaire que les intervenants associatifs appartiennent à des associations conformes aux impératifs de transparence, indépendance, de fonctionnement et d'essence non sectaires, avec un projet d'intérêt général. En collaboration notamment avec divers collectifs et fédérations associatives et avec les

universités, l'AP-HP se doit de veiller et contribuer à ce que les représentants des usagers et les bénévoles aient accès à une formation adaptée ; leur intervention pourra ainsi contribuer à l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital au profit des patients et de leur famille, et être utilisée de façon optimale par l'encadrement médical et paramédical hospitalier.

- ➔ La valorisation du travail des associations de patients et de bénévoles
- ➔ Le rapprochement de la communauté hospitalière et des associations, dans une culture de partenariat
- ➔ La formation des bénévoles à l'environnement hospitalier et à ses contraintes

2- La mesure et la prise en compte opérationnelle de la satisfaction des usagers

A- Coordonner et simplifier les outils de recueil de la satisfaction et tenir compte de l'avis des patients

Le recueil et la mesure de la satisfaction des patients prévus par les textes réglementaires sont nécessaires :

- pour l'AP-HP, qui doit connaître ceux qu'elle accueille et répondre à leurs attentes si elle veut rester attractive, la recommandation par le « bouche à oreille » comme l'orientation d'un malade par un médecin traitant étant le plus souvent fondées sur la qualité de l'expérience personnelle vécue ;
- pour les patients et usagers, qui doivent pouvoir exprimer leur avis et savoir que ce dernier est bien pris en compte.

L'AP-HP s'est dotée à cet effet d'outils pour mesurer le ressenti des patients, par l'intermédiaire d'enquêtes de satisfaction. Mais elle doit les évaluer, les améliorer le cas échéant et les généraliser. Elle doit surtout en définir les modalités de suivi/prise en compte effective avec l'ensemble des GH et pouvoir montrer explicitement aux usagers comment leur parole a été concrètement prise en compte (livret d'accueil, affichage par site, internet...).

Depuis 2001, sous le nom de « SAPHORA » l'AP-HP a mené chaque année une enquête

téléphonique de satisfaction auprès d'un échantillon de patients. Généralisée en 2012 à tous les hôpitaux MCO de France, à la demande du ministère de la Santé, elle a dorénavant pris le nom d'I-SATIS. C'est une étude annuelle qui est réalisée, par site, auprès de patients hospitalisés, qui ont donné leur consentement au moment de l'admission pour être interrogés par téléphone, quelques jours après leur sortie.

L'objectif de cette enquête est de permettre à un hôpital de se comparer à l'ensemble des établissements de santé sur six thématiques :

- prise en charge globale du patient,
- attitude des professionnels de santé,
- communication avec les professionnels de santé,
- information du patient,
- restauration hospitalière,
- commodité de la chambre.

Avec un taux de réponses inférieur à 8 % dans l'ensemble des hôpitaux, cette enquête de satisfaction est amenée à évoluer, en lien avec la HAS vers une version en ligne permettant d'interroger, au fil de l'eau, les patients hospitalisés, mais aussi ceux qui sont venus en consultation. Cette version est actuellement en cours d'expérimentation à l'AP-HP et a vocation à être généralisée dès 2015. Après généralisation, les indicateurs de l'enquête en ligne seront disponibles trimestriellement par GH, site, pôle et service, et aideront les équipes à fixer des objectifs d'amélioration de la qualité du service.

En complément, des initiatives d'enquêtes en face à face permettant de recueillir la parole des patients et/ou de leurs proches, seront développées au travers d'entretiens individuels proposés ou d'entretiens d'expression collective au sein de « groupes focus ».

Sur la base d'un constat général de sous-utilisation par les usagers et de sous-exploitation par les hôpitaux du questionnaire de sortie d'hospitalisation, une nouvelle version du questionnaire de sortie réglementaire (version papier) a été élaborée en 2012, en lien avec les représentants des usagers, de manière à proposer un modèle plus attractif et plus utile : il convient d'en évaluer l'impact.

À vocation essentiellement qualitative et voué à une utilisation de proximité, cet outil doit être

déployé dans l'ensemble des sites de l'AP-HP pour permettre d'engager rapidement, le cas échéant, des actions correctives de proximité. Le questionnaire de sortie n'a en effet de sens que s'il est exploité au plus près des services, sur la base des leviers d'amélioration indiqués par les patients (difficultés logistiques, administratives, relationnelles, manque d'information...). Il intervient donc en complément des autres outils mesurant la satisfaction, à vocation plus institutionnelle, en faisant l'objet d'un traitement statistique.

Enfin, la question de la généralisation d'enquêtes avec un volet spécifique (USLD, SAU...) sera étudiée.

- ➔ Suivi de l'enquête I-SATIS et généralisation de l'enquête en ligne pour définir un plan d'actions
- ➔ Mise en œuvre d'un programme de groupes focus pour recueillir la parole des usagers
- ➔ Visibilité donnée à des exemples d'actions correctives réalisées grâce aux observations des patients
- ➔ Cohérence et lien entre les différents outils d'écoute quantitatifs et qualitatifs

B- Optimiser le traitement des plaintes et réclamations

L'AP-HP reçoit chaque année environ six mille courriers, courriels ou appels téléphoniques de réclamation, mais aussi de nombreux éloges, questions et témoignages, et de plus en plus de demandes d'accès aux dossiers médicaux (onze mille en 2013). Le traitement des réclamations constitue une des pratiques exigibles prioritaires (PEP) dans le cadre de la démarche de certification des établissements de santé.

Le traitement de ces messages et demandes est assuré par le réseau des chargés de relations avec les usagers (CRU), métier inscrit en 2008 au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, à l'initiative de l'AP-HP. Ce réseau de professionnels requiert des actions de formation et d'échanges de pratiques dans une perspective d'homogénéisation, en lien avec les directions chargées de la qualité au sein des GH. La professionnalisation de cette fonction essentielle s'inscrit dans le cadre

de la réflexion stratégique de l'institution sur l'amélioration et le développement de systèmes d'information dédiés et harmonisés. En effet, ces professionnels ne disposent pas actuellement d'un outil partagé et adapté pour réaliser ce suivi de façon optimale et pour faire du recueil de la parole des usagers un véritable levier d'amélioration des pratiques. L'institution devra disposer d'une solution systémique de nature à répondre aux divers enjeux en présence :

- une dimension locale (rapidité et efficacité de la réponse apportée aux demandes des usagers, suivi et valorisation des actions correctives) ;
- une dimension institutionnelle (nécessité de disposer d'une vision globale et en temps réel des motifs de réclamation et de leur évolution, possibilité de réaliser des requêtes ciblées, croisements possibles avec le recueil des réclamations à caractère indemnitaires et contentieux, et avec celui des événements indésirables) ;
- une dimension régionale (obligation réglementaire de réalisation d'un rapport annuel remis à l'Agence régionale de santé).

- ➔ La mise en place d'un outil informatique efficace et partagé de traitement des réclamations
- ➔ L'articulation avec la gestion des événements indésirables
- ➔ Le renforcement du réseau des chargés de relations avec les usagers

C- Soutenir et structurer le modèle de la médiation hospitalière

L'AP-HP engage une réflexion concernant les fondements et les modalités de fonctionnement de la médiation hospitalière, mission essentielle pour rétablir un lien de confiance rompu entre un patient ou une famille, et une équipe de soins ; étant entendu que la quasi-totalité des tensions qui peuvent exister entre soignés et soignants sont résolues au quotidien au sein même des services.

Ainsi que le souligne le rapport rédigé en février 2014 par Mme Claire Compagnon sur la démocratie sanitaire, l'organisation actuelle de la médiation à l'hôpital peut être optimisée. Au sein du réseau des médiateurs médicaux et non médicaux de l'institution, certains expriment un

besoin de formation, mais aussi de partage et d'évolution de leurs pratiques. Les médiations sont peu nombreuses et la fonction est encore trop méconnue.

L'établissement ayant désigné deux médiateurs centraux, l'un médical et l'autre non médical, pour coordonner les deux réseaux respectifs, une démarche de modernisation et d'assouplissement du dispositif est en cours pour laisser aux requérants le choix de la configuration souhaitée. Il convient de leur apporter une information claire sur les différentes modalités possibles, avec différents niveaux de réponses modulables - rencontrer un médiateur d'un autre site ou d'un autre groupe, rencontrer deux médiateurs (médical et non médical), - bénéficier de l'accompagnement d'un représentant des usagers...

Dans ce cadre, l'AP-HP va établir une fiche de poste type précisant les missions des médiateurs locaux, définir des modalités précises de désignation et proposer un plan de formation.

- ➔ Un mode de dialogue avec les usagers à soutenir et structurer
- ➔ La mise en place d'une démarche de formation à la médiation
- ➔ Une information aux usagers à renforcer et à assouplir

3- Un hôpital accueillant et bienveillant

L'AP-HP n'est pas seulement un lieu de soin : c'est aussi un lieu de vie. Dès lors, l'hospitalité est une valeur que doit porter l'hôpital, au même titre que la qualité et la sécurité. On peut définir l'hospitalité comme le fait de témoigner une attention aux valeurs du soin, en conciliant recherche de la qualité, sécurité des soins et respect des personnes. C'est « le soin au-delà du soin ».

« Le devoir d'hospitalité conditionne la relation de soin et contribue au rapport de confiance indispensable à des pratiques professionnelles dignes » (extrait du rapport du groupe de travail *ad hoc* de la CME consacré à l'hospitalité,

présidé par le Pr Gérard Reach, présenté à la CME du 10 juin 2014).

Ce devoir d'hospitalité est l'affaire de tous les personnels de l'institution hospitalière, qui doivent non seulement répondre aux manquements à l'hospitalité quand ils existent, mais surtout détecter tout ce qui pourrait être amélioré au niveau général comme du détail. Il s'agit d'apprendre à voir les conditions de la vie hospitalière. La démarche d'hospitalité doit être proactive et ne pas se limiter aux seules réponses aux plaintes.

L'AP-HP s'engage à former l'ensemble des personnels au repérage systématique de ce qui peut être amélioré : « apprendre à voir ce que l'on regarde ».

A- Promouvoir la qualité de vie à l'hôpital dans le cadre d'un parcours de santé

1) Une prise en charge et un accompagnement jusqu'au retour à domicile

Dès l'entrée du patient, auquel on remet un livret d'accueil, il convient d'anticiper les conditions de sa sortie et de son retour sur son lieu de vie (établissement médico-social, domicile...) en lien avec le service social notamment et les proches, pour éviter toute rupture dans la prise en charge.

Le projet prioritaire « amélioration de la qualité de la sortie du patient » a instauré la remise d'une pochette de sortie aux patients, et une sensibilisation des personnels médicaux à la nécessaire diminution du délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation aux correspondants libéraux, conditionné souvent par le niveau d'informatisation des uns et des autres.

Ce projet a fait émerger la nécessité de disposer de salons de sortie pour permettre à des patients de quitter leur chambre avant midi et y attendre sans stress qu'une ambulance, un proche ou un taxi vienne les chercher. Dans ce salon, le patient peut se reposer dans un fauteuil confortable et éventuellement prendre une collation. Cette organisation permet parallèlement l'installation plus rapide des patients en attente d'hospitalisation. L'anticipation de la sortie des patients et sa préparation sont des exigences majeures qu'il conviendra de renforcer, autant que possible en lien avec les services sociaux, pour évaluer et mettre en place le cas échéant

les aides et accompagnement nécessaires pour le retour à domicile ; le contexte de réduction du temps d'hospitalisation et d'augmentation des prises en charge ambulatoires rend en effet l'anticipation encore plus nécessaire.

2) Le repérage d'initiatives favorisant la continuité des prises en charges

La qualité de la prise en charge des patients est le premier levier d'attractivité et de changement. Dès lors, les démarches et projets innovants continueront d'être recherchés et valorisés, notamment par la poursuite de l'opération annuelle des « Trophées des patients », avec un suivi et un soutien dans le temps pour répondre à la question « Que sont-ils devenus ? », s'agissant des projets portés par les équipes médicales et soignantes comme par les bénévoles associatifs.

En 2015, l'accent sera mis sur les actions contribuant à optimiser le parcours de soin, santé et/ou vie du patient au sein de l'hôpital comme en ville.

B- Développer l'hospitalité pour les proches et les aidants : conforter leur place et leur rôle

L'hôpital est un lieu d'accueil pour la personne malade, en situation de handicap, de perte d'autonomie, quel que soit son âge, ainsi que pour les personnes qui l'accompagnent, proches et aidants, l'hospitalité à leur égard étant une exigence indivisible.

Compte tenu du vieillissement de la population, et en particulier du vieillissement des personnes handicapées, la présence et l'implication des proches aidants dans la société et au sein de l'hôpital vont être de plus en plus importantes, représentant d'ailleurs une source d'économie pour la société.

En effet, si les proches aidants n'ont pas vocation à remplacer les professionnels de santé, ils coordonnent souvent les différents intervenants et remplissent des tâches qui concourent également au confort et à la sécurité de la personne en besoin d'aide. Ils sont le lien indispensable entre la parenthèse des soins aigus ou de longue durée, dans un univers qui n'est pas familial, et le maintien de

la proximité. Ils sont souvent confrontés à leur propre épuisement.

Dès lors, des espaces de rencontres accueillants favorisant les échanges d'information et la recherche d'hébergement de proximité dans certaines situations particulières doivent leur être offerts.

De même, les conditions d'organisation des visites des proches, l'aménagement des horaires, les « permissions de sortie » bien préparées avec l'entourage du patient sont autant d'assouplissements bénéfiques pour tous.

- ➔ Regard hospitalier porté aux patients et à leurs proches et adaptation
- ➔ Un dialogue facilité avec les proches et les aidants

C- Faciliter l'accès et l'orientation au sein de l'hôpital

L'AP-HP doit être accessible à tous, tant par son portail Internet que sur l'ensemble de ses hôpitaux, depuis la prise de rendez-vous jusqu'à la sortie de l'hôpital. Pour cela, l'établissement s'engage à déployer différentes démarches.

1) Accès aux consultations

L'AP-HP s'engage à faciliter l'accès des patients à la prise de rendez-vous téléphonique en consultation. Cette démarche a démarré en 2013 et s'appuie sur une analyse du fonctionnement actuel, service par service, et l'élaboration d'un plan d'actions.

Des outils seront systématiquement déployés comme l'envoi de la convocation par mail, le rappel par SMS, et bientôt la mise à disposition, sur le site internet de l'AP-HP, d'un formulaire internet pour une demande ou une annulation de rendez-vous par e-mail.

En outre, l'arrivée aux consultations nécessite un accueil au secrétariat, des horaires de rendez-vous respectés ou, à défaut, des retards expliqués et des excuses présentées, une salle d'attente adaptée et confortable. La priorité donnée aux malades consultants pour occuper les places assises sera notamment systématiquement indiquée.

2) Accès aux sites

L'accès aux sites hospitaliers de l'AP-HP doit être facilité. En fonction de la configuration des sites et des surfaces disponibles, l'AP-HP étudiera la possibilité de mettre à disposition des usagers des places de parking supplémentaires, éventuellement au travers de partenariats avec des entreprises spécialisées.

En direction des personnes à mobilité réduite, une attention particulière sera portée à la mise en œuvre progressive et programmée de la conformité des locaux de l'AP-HP aux normes d'accessibilité des personnes handicapées suivant les conditions définies par la loi du 10 juillet 2014 habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées.

Enfin, les projets associatifs relatifs à l'ouverture, l'organisation et l'animation de haltes-garderies à destination des enfants des parents venus pour une consultation ou un traitement, notamment en cancérologie, seront encouragés.

3) Accueil, orientation et admission

La qualité de l'accueil et de l'orientation des patients, des proches et des usagers sont essentielles car il s'agit des premiers contacts concrets avec l'hôpital. Sont ainsi concernés le bureau d'informations et le standard, le service des admissions, les services de soins. La signalétique, le confort, les prestations hôtelières et la disponibilité du personnel en sont des éléments fondamentaux.

Cet accueil des usagers, assuré par les professionnels hospitaliers, pourra être facilité par des bénévoles associatifs et des jeunes volontaires en service civique (« gilets bleus ») formés et encadrés, lesquels pourront assurer l'orientation et accompagner les usagers jusqu'à leur lieu de destination, lorsqu'ils ont du mal à se déplacer, par exemple.

En complément, l'AP-HP a mis à disposition des usagers des bornes d'orientation à l'extérieur et/ou à l'intérieur des hôpitaux, pour les aider à se repérer spatialement (recherche d'un service, d'un bâtiment...).

Une réflexion et une méthode communes seront proposées en lien avec la direction de la communication à l'ensemble des sites pour harmoniser et optimiser la signalétique : hiérarchisation des informations, lisibilité et clarté des informations, simplification des informations présentes.

Pour les équipes d'accueil en contact avec le public, l'AP-HP vient de développer une formation virtuelle aux postures d'accueil et aux situations éventuellement anxiogènes (appelée « Serious Game »), qui pourra leur être proposée.

Une attention particulière sera portée à l'accueil et à l'accompagnement dans les services d'accueil des urgences (SAU). Les espaces d'attente au sein des SAU seront progressivement rendus plus accueillants, tant au niveau des locaux (peinture, matériel, lumière...) qu'au niveau des services proposés (possibilité de recharger son téléphone sans chargeur et sans crainte de vol, wifi...). Seront disponibles des informations précises et explicatives sur le fonctionnement des services d'urgence rédigées avec des représentants d'usagers ; l'AP-HP s'engage en effet à promouvoir la charte des valeurs communes partagées par les professionnels et les usagers dans les SAU, ce qui suppose notamment de dispenser une information claire et loyale auprès des patients et de leurs accompagnants.

Là aussi, la présence de bénévoles associatifs (telles que l'association Visite des malades dans les établissements hospitaliers, VMEH, « Les transmetteurs »,...) et de volontaires (jeunes en service civique) sera développée pour permettre de prendre le temps d'informer, d'écouter et d'échanger, de répondre aux besoins d'aide matérielle comme à l'inquiétude et à une situation de solitude, de « décriper » l'interface entre les patients et les personnels pleinement mobilisés sur les interventions de soins.

La présence d'assistantes sociales sera renforcée sur certains sites.

- Accessibilité aux hôpitaux facilitée, quel que soit le canal (site web, téléphone, accueil physique,...)
- Amélioration de la qualité de service perçue par les usagers en termes d'orientation et d'admission, grâce à des outils innovants (bornes d'orientation, signalétique...)

- Réflexion sur les espaces d'attente et plus particulièrement ceux du SAU, en créant les conditions (ambiance, locaux, services, information) permettant de faire baisser l'anxiété et rassurer les usagers
- Accompagnement par des bénévoles et des jeunes volontaires en service civique

D- Améliorer le bien-être et le confort au quotidien

Au-delà de la dimension médico-soignante de la prise en charge de la personne, l'hôpital évolue pour devenir un lieu plus ouvert qui s'adapte aux besoins des patients, sachant qu'aujourd'hui encore, les patients ont souvent le sentiment de s'adapter seuls à l'hôpital : une démarche itérative et interactive d'écoute réciproque devrait empêcher des incompréhensions inutiles.

L'hospitalité suppose donc à la fois une attention portée :

- à la qualité de l'information et du relationnel (professionnels formés à la relation de soin et à l'écoute, management synergique des équipes de soins et des équipes administratives) ;
- au quotidien logistique (repas, confort, possibilités de recevoir ses proches dans des espaces communs dédiés, espaces verts, cafétéria) ;
- à l'organisation administrative (fluidité du parcours de santé, compréhension de l'offre de santé, réduction et explication claire des attentes).

Il importe d'offrir aux patients et à leurs proches un cadre de vie « humanisé » qui permette de concilier les impératifs logistiques (chambres individuelles, salles de bains...) avec les impératifs relationnels et comportementaux. Il s'agit notamment de mettre tout en œuvre pour éviter les ruptures avec leurs repères de la vie quotidienne (habitudes, croyances...), et préserver leur bien-être et leur qualité de vie.

La mise à disposition de lit supplémentaire pour les parents ou les proches qui le souhaitent doit être généralisée (en chambre pour malade seul).

À cet égard, les améliorations concrètes souvent réalisées par le biais d'actions de mécénat doivent être encouragées.

1) Un référentiel pour améliorer la vie du patient au quotidien

À l'AP-HP, la qualité du service rendu au patient à l'hôpital a été prise en compte par un référentiel spécifique appelé « marQue AP », traitant des standards qualité en termes d'accueil, de restauration, de propreté et de confort hôteliers.

Il convient de l'enrichir en intégrant notamment les points relevant de la relation et du comportement, mis en exergue dans le rapport Hospitalité mentionné ci-dessus. Cette démarche rénovée et désormais appelée « Qualité Hospitalité à l'AP-HP » permettra progressivement durant les cinq ans à venir d'harmoniser les pratiques des hôpitaux pour une amélioration continue de la qualité de service perçue par les patients.

2) Des services mis à disposition du patient

Le patient doit continuer à avoir une vie sociale à l'hôpital, et pouvoir communiquer sans risque de rupture et d'isolement. La gratuité des services (téléphonie, télévision) sera poursuivie pour être rendue effective progressivement ; le wifi sera accessible dans tous les hôpitaux pour permettre aux patients hospitalisés, mais aussi aux usagers des salles d'attente, de rester en contact avec l'extérieur. Des liseuses et des tablettes pourront être également proposées aux patients hospitalisés.

L'institution déploiera sur l'ensemble des sites l'accès à des réseaux sociaux intra-hospitaliers permettant aux patients hospitalisés qui le souhaitent de communiquer entre eux sur des sujets d'intérêt commun (hors la maladie) afin de leur donner la possibilité d'échanger et, s'ils sont d'accord et si leur état le permet, de se rencontrer.

En fonction des retours d'expériences en cours dans plusieurs hôpitaux, l'institution pourrait proposer une politique de services (produits d'hygiène, services tels que recours à un coiffeur...) qui seront adaptés aux besoins des populations accueillies (pédiatrie, adultes, maternité, gériatrie).

- ➔ Généralisation des audits pour mesurer les écarts par rapport au référentiel « qualité hospitalité » et mettre en place les actions correctives
- ➔ Développement d'une politique de services pour faciliter la vie à l'hôpital

3) Une offre d'actions culturelles et de bien-être pour les patients

L'inscription d'un volet culturel dans le plan stratégique est une préconisation inscrite dans la convention « Culture et Santé » signée en 2010 entre les ministères chargés de la Santé et des Sports, et de la Culture et de la Communication, afin de déployer au sein des établissements de santé les moyens nécessaires aux actions culturelles.

L'activité culturelle et sportive contribue à accompagner les patients dans leur séjour à l'hôpital, à les distraire et les apaiser, en leur offrant des modes d'expression individuelle ou collective et des activités de bien-être. Elle permet également de créer du lien avec les autres patients et les personnels.

Les sites de l'AP-HP accueillant des personnes en séjours de durée longue (SLD, SSR polyhandicap...) seront encouragés pour concourir à l'obtention du label « culture et santé » attribué par l'ARS d'Île-de-France. Les différents acteurs (référénts culture, pôles et services de soins, réseau des médiathèques) seront impliqués pour développer des réponses aux appels à projets proposés en interne ou par des fondations, et seront formés à l'accueil de projets culturels et à la recherche de financement par mécénat.

Les activités musicales seront particulièrement soutenues à destination des patients les plus lourdement handicapés.

- ➔ Obtention du label « culture et santé » et développement d'actions concourant au bien-être des patients
- ➔ Développement d'une politique de projets partenariaux et de mécénat

4) Le développement d'une offre d'activités adaptées aux personnes âgées dans les sites gériatriques concourant à la bientraitance, en lien avec le projet soins (cf. Orientation 5)

S'agissant d'une population fragile, l'AP-HP doit, tout au long du parcours hospitalier, veiller à respecter un ensemble d'obligations envers les personnes âgées qui séjournent notamment en USLD qui sont des lieux de soins et de vie.

- Les patients âgés et, si leur état ne leur permet pas, leurs proches ont tout particulièrement besoin de recevoir une information claire et

complète sur le parcours et les filières de soins (y compris l'HàD) ainsi que sur les implications financières (forfait hébergement, possibilité de recouvrement de l'obligation alimentaire, mutuelle...)

- Une vigilance particulière doit être apportée en cas de transfert vers un autre établissement sanitaire, dans le cadre d'un épisode aigu, pour éviter toute rupture dans le parcours de vie, avec le risque d'une perte d'autonomie accélérée
- Le libre accès aux protocoles et référentiels de bonnes pratiques, au règlement intérieur et aux indicateurs qualité existant doit être garanti à l'entourage (proches et aidants)
- Le respect de la liberté d'aller et de venir doit être concilié autant que possible avec les contraintes de la vie collective et avec le souci de préserver leur sécurité (espaces de déambulation, bracelets électroniques, caméras)
- Le respect de la dignité et de l'intimité doit être assuré à chaque personne
- Les patients âgés en long séjour doivent pouvoir bénéficier de prises en charge non médicamenteuses (art-thérapie, ateliers cuisine, gym douce...) et se voir proposer un éventail d'activités conviviales, culturelles et sociales adaptées à leur projet de vie et de soins, favorisant au maximum leur autonomie

En outre, le maintien du lien social et affectif est essentiel, à travers notamment l'accueil et l'écoute régulière et bienveillante des familles, le développement d'activités intergénérationnelles, ou encore l'accès facilité aux techniques de l'information et de la communication. De manière à permettre aux patients en long séjour et à leurs familles de disposer d'un espace d'expression et d'exercice de leurs droits, le dispositif des Conseils des aînés et des proches (inspiré des conseils de la vie sociale dans le secteur médico-social) a été mis en place, en lien avec des représentants des usagers et des familles, depuis 2010. Son déploiement dans l'ensemble des USLD doit être accompagné et évalué, sur la base des retours d'expériences des sites pilotes.

Tout dispositif visant à favoriser le maintien du lien et de l'autonomie est à encourager. À cet égard, la place des bénévoles associatifs est essentielle et leurs actions doivent être facilitées et mises en valeur.

Le souci de la bientraitance doit se déployer au-delà de la prévention de la maltraitance et passer par l'écoute, le regard, le soutien, l'accompagnement, de manière à tendre vers davantage d'humanité, de respect et de transparence. Parallèlement, une attention particulière aux soignants est portée tant par la direction des ressources humaines que par la direction des soins et activités paramédicales, afin de prévenir des situations éventuelles d'épuisement physique et moral.

- Des patients particulièrement fragiles à considérer dans leurs besoins spécifiques
- Une attention au maintien du lien social et à une offre d'activités conviviales
- Une démarche partagée de prévention de la maltraitance ordinaire

4- Un accompagnement adapté aux personnes en situation critique et/ou en situation de vulnérabilité

A- Mobiliser des compétences pluridisciplinaires dans les situations critiques

1) Fin de vie

La mort à l'hôpital est une réalité dans de nombreux services, particulièrement au sein des services de réanimation : 65 % des Franciliens décèdent aujourd'hui à l'hôpital.

La mort affecte l'ensemble d'un service : les familles et les proches, les soignants, les étudiants, jeunes infirmiers ou internes. Elle fait l'objet d'approches et de pratiques hétérogènes d'un service à l'autre, souvent dépendantes des personnes en fonction.

L'AP-HP doit dans les années à venir mettre en place un accompagnement à la fois homogène et individualisé des personnes en fin de vie, et de celles de leur entourage : intégrer la dimension éthique et recourir si nécessaire à des consultations d'éthique clinique ; permettre un soutien psychologique et offrir des espaces de parole aux soignants comme aux familles ; organiser le recours aux bénévoles formés à l'accompagnement ; accorder le cas échéant, la place souhaitée aux habitudes culturelles et aux croyances. Une attention particulière devra être portée aux conditions d'accueil et de prise en charge en chambre mortuaire, moment éprouvant pour les familles.

Dans la droite ligne du rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie rendu le 21 octobre 2014 qui souligne la nécessité de mieux faire connaître et appliquer les dispositions légales actuelles, l'institution devra également veiller à faciliter l'appropriation du dispositif des directives anticipées, trop méconnu, aussi bien par les patients et les familles que par les professionnels.

Seule cette approche globale, humaniste, qui est l'affaire de tous, adossée à une offre suffisante et mobilisable en soins palliatifs et de lutte contre la douleur, répondra à l'impératif d'offrir à l'AP-HP une fin de vie digne à l'ensemble des patients.

- ➔ Une homogénéisation des pratiques face à l'expérience de la fin de vie
- ➔ Une attention particulière aux proches et aux soignants
- ➔ La promotion du dispositif des directives anticipées

2) Éthique

Les nombreuses sollicitations reçues par les centres d'éthique clinique de l'AP-HP, comme celui implanté à l'hôpital Cochin pour l'ensemble de l'établissement, ou par l'Espace éthique de l'AP-HP, tendent à montrer qu'il répond à un besoin, tant du corps médical que des patients ou de leurs familles. En effet, les équipes médico-soignantes comme les patients et leurs familles sont parfois confrontés à des situations particulièrement complexes, sujettes à questionnement éthique, qui nécessite une écoute de chacune des personnes et acteurs concernés, et une expertise multidisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Cette démarche s'inscrit en complément de la réflexion éthique dans les domaines de la santé et de la science menée dans le cadre de l'Espace éthique régional d'Île-de-France dont l'AP-HP est partie prenante.

- ➔ Une réflexion éthique collective et pluridisciplinaire sur les situations les plus complexes

B- Publics vulnérables et accès aux soins et aux droits

L'AP-HP doit concilier l'excellence de la prise en charge avec l'accueil des personnes les plus vulnérables, dans le cadre d'un modèle économique viable pour l'établissement.

Si les personnes vulnérables nécessitent une vigilance particulière et une réponse adaptée, les impératifs de qualité, décrits précédemment, s'appliquent aussi à elles avec une acuité particulière.

1) La maladie : un facteur de risque d'exclusion et de paupérisation

La maladie est une vulnérabilité en soi. Cependant, certains patients, du fait de leur profil socio-économique, de leur environnement et de leur situation familiale, sont plus fragiles

L'AP-HP s'engage à apporter une attention spécifique à leur prise en charge qui prenne en compte la dimension plurifactorielle de ces situations. Cette dimension implique d'emblée un accompagnement et une prise en charge interdisciplinaire, en interne et en interface avec la ville.

2) Des partenariats à développer pour construire des parcours de santé cohérents

Les patients en situation de précarité ou de vulnérabilité et leurs proches imposent de réfléchir et d'innover dans la construction des parcours de santé, en les inscrivant dans un projet de vie ou/et d'insertion sociale. L'AP-HP doit consolider ses partenariats avec le monde du médico-social et social et les développer sur les territoires, à partir de rencontres régulières, et les formaliser à travers des conventions ou chartes de collaboration.

Certains partenaires privilégiés pourront être associés, au sein de l'hôpital, dans des prises en charge innovantes, autour des besoins et attentes des patients et leurs proches :

- les SAMU sociaux, les opérateurs de centres médicalisés (Lits Halte Soins Santé, Lits Accueil médicalisé, Appartement de coordination Thérapeutique...) ou non (Centre Hébergement de réinsertion Sociale, Services intégré de l'accueil et d'orientation..) tels que le Secours Catholique, le Centre d'action social Protestant, AURORE, EMMAUS, le GROUPE SOS...
- les services sociaux sur le territoire parisien : Services sociaux du Département de Paris, Centre d'action sociale de la Ville de Paris, Equipe de l'aide sociale à l'enfance, Services sociaux de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France ;

- avec les Caisses primaires d'assurance maladie, entre autres.

Ces partenariats déjà bien développés à Paris doivent également être construits ou consolidés sur l'ensemble des départements d'Île-de-France.

Parallèlement, l'AP-HP a développé au sein de ses hôpitaux depuis des années, des équipes d'experts dans différents domaines de prise en charge de publics vulnérables (Permanences d'accès aux soins de santé ou PASS, équipe de liaison et de soins en addictologie, équipes de service social hospitalier...). Ces équipes pourraient réfléchir à la mise en œuvre d'un « aller vers » ces populations sur leur lieu de vie, en lien avec les équipes d'HàD entre autres.

Les actions et engagements de l'AP-HP auprès des personnes les plus vulnérables doivent être présents sur des domaines de vigilance tels que le grand âge, le cancer et autres maladies chroniques, le handicap, la périnatalité, l'enfance et adolescence, la précarité.

Pour aider le cas échéant les GH à trouver des solutions à la gestion des cas complexes (patients en séjour prolongé), une cellule centralisée sera organisée, en lien avec des partenaires extérieurs si nécessaire.

3) Des outils de partage pour les professionnels pour une égalité d'accès aux soins et aux droits des patients

L'AP-HP doit être en capacité de repérer les expériences ou actions innovantes menées par les équipes au sein des services (telles que celles identifiées au sein du concours annuel des Trophées Patients, organisé à l'AP-HP) et de les promouvoir.

Il s'agira aussi de construire des systèmes d'information permettant de diffuser les bonnes pratiques tels que le logiciel GESPASS (gestion administrative des PASS) mais aussi des outils de partage de connaissances, de pratiques professionnelles et d'expériences (législatives, dispositifs sociaux, partenaires, circuits, veille documentaire...) pour le service social hospitalier implanté dans tous les sites.

4) Un hôpital attentif s'adaptant aux besoins singuliers de certains patients

L'hôpital en tant qu'institution et administration est souvent un lieu redouté pour les patients les plus vulnérables qui le perçoivent comme administratif et normatif, où tout est calibré et minuté. Le temps du patient est ici en opposition avec le temps hospitalier : ils ne le comprennent pas, perturbent ces agencements et organisations. Ainsi, en consultation, les soignants sont amenés à adapter leur rythme afin de garantir une meilleure adhésion du patient et de ses proches au projet de soins proposé, dans le cadre de consultations plus longues qu'à l'ordinaire.

Ce constat est particulièrement vrai pour les personnes handicapées (physiques ou mentales) : l'AP-HP doit apporter une réponse ajustée aux capacités de chacun.

Elle doit se rendre accessible et diffuser l'information des lieux de soins en capacité de les accueillir dans de bonnes conditions (cartographie des lieux de soins en conformité, de l'existence des équipes spécialisées en langue des signes, signalétique sous forme de pictogrammes par exemple...). La mise en place d'aides aux déplacements au sein des sites notamment les plus étendus ou pavillonnaires doit être effective.

Des actions de sensibilisation, voire de formations au bénéfice des équipes moins aguerries (tous métiers de l'hôpital confondus) dans l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées seront à construire. Il s'agira aussi, dans ce domaine, de proposer des actions de formations et d'échanges aux aidants qui assurent un accompagnement quotidien, indispensable mais quelquefois de façon isolée auprès de leur proche handicapé.

Toutes ces actions sont aussi transposables aux populations migrantes, pour lesquelles l'AP-HP doit aider les équipes à mieux comprendre et se faire comprendre afin de garantir un parcours de santé de qualité, compris et partagé, notamment à partir du soutien des professionnels de l'interprétariat, et de la médiation sociale et culturelle.

Des pistes de travail en groupe sont à explorer sous forme de séances d'informations et d'échanges voire de construction d'actions, en s'appuyant sur les représentants des usagers mais également sur des patients en capacité de partager et d'accompagner d'autres patients.

Les volontaires du service civique et/ou des bénévoles trouveront dans ces domaines toute leur place dans une démarche citoyenne.

- L'interdisciplinarité au service d'une prise en charge personnalisée des patients vulnérables
- Des échanges et transmissions de savoirs développés au sein de partenariats privilégiés avec les acteurs de la ville, notamment les associations
- Des organisations et rythmes d'accompagnement adaptés aux besoins singuliers des populations notamment dans le cadre du handicap
- Des systèmes d'information performants pour garantir une égalité d'accès aux droits et expériences innovantes

**Oui à une « AP-HP ouverte, unie, innovante »
pour une offre de services aux patients complète
et concertée fondée sur l'hospitalité et six actions prioritaires :**

1. Rénover les conditions du dialogue des équipes hospitalières avec les représentants des usagers et les proches : créer les commissions des usagers telles que prévu dans le projet de loi de santé, développer la médiation.
2. Développer la place des associations à l'hôpital et encourager le bénévolat : formaliser les partenariats, valoriser le travail des bénévoles et mutualiser les bonnes pratiques.
3. Coordonner et simplifier les outils de recueil de la satisfaction des patients et tenir compte de leur avis : généraliser l'enquête en ligne ; mobiliser des focus groupes patients et proches ; valoriser les actions correctrices ; optimiser le traitement des plaintes et des réclamations par la mise en place d'une gestion informatisée.
4. Faciliter l'accès, l'accueil et l'orientation des usagers au sein de l'hôpital : recruter et former des jeunes volontaires en service civique ; poursuivre la rénovation et l'équipement des salles d'attente des SAU.
5. Améliorer le bien-être et le confort au quotidien : refondre et déployer un référentiel qualité hospitalité ; développer les activités et services participant au bien-être et à la bientraitance dans les sites gériatriques ; repérer et susciter des actions innovantes (Trophées Patients).
6. Faciliter l'accès aux soins et aux droits des publics vulnérables ainsi que leur parcours : centraliser la gestion des PASS (outil informatisé de recueil et suivi d'activité), mise en place d'une cellule centralisée de gestion des cas complexes en appui des GH.

Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CRU	Chargé des relations avec les usagers
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CU	Commission des usagers
3CU	Commission centrale de concertation avec les usagers
EHESP	École des hautes études en santé publique
GH	Groupe hospitalier
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Hôpital patient santé territoire
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
SAU	Service d'accueil des urgences
SSR	Soins de suite et réadaptation
USLD	Unité de soins de longue durée

