ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Rapport sur le mode d'organisation des plateformes multidisciplinaires

Michel Vaubourdolle

Pôle de Biologie Médicale et Pathologie

Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien

Présentation à la Commission Structures et Restructurations – 07/07/2015
Bureau de la CME – 25/11/2015
CME plénière 08/12/2015

Objectifs (1)

- Initiative CSR CME AP-HP
- Réflexion sur les modes d'organisation pour mutualiser des moyens entre spécialités ou disciplines
- Equilibre spécialité, responsabilités
- Lettre de mission Chrsitine Welty – Gérard Chéron
- Contextes
  - Alternatives à l'hospitalisation : médecine, chirurgie, cancérologie
  - Biologie médicale
- Structures médicales
  - Existantes à l'AP-HP
  - Adaptées aux plateformes ?

Objectifs (2)

- Description des modes d’organisation en place
- Points forts, points à améliorer
  - Déclinaison sur les 2 domaines étudiés
- Propositions
  - Choix du modèle
  - Structures porteuses et dénominations
  - Responsabilités
  - Gouvernance
  - Aspects médico économiques

Méthodologie (1)

- Séquence de travail : mars – juin 2015
- Entretiens ciblés
  - Alternatives à l'hospitalisation

Site - GH	Activité	Personne rencontrée	Date d'entretien
NCK-HUNE	Médecine pédiatrique	Pr F. Ruemmele	02/06/2015
PSL-HUPSL	Médecine adulte	Dr X. Girerd	10/06/2015
BCT-HUPS	Chirurgie pédiatrique	Dr V. Molina	11/06/2015
EGP-HUPO	Cancérologie	Pr P. Rougier	05/06/2015

  - Biologie Médicale et Pathologie

Site - GH	Activité	Personne rencontrée	Date d'entretien
EGP-HUPO	Biologie moléculaire	Pr P. Beaune	04/05/2015
BCH-HUPNVS	Sérologies infectieuses	Pr H. Puy	12/05/2015
CCH-HUPC	Biologie générale-Urgences	Pr M. Delpech	13/05/2015
SLS-HUSLF	Biologie générale-Urgences	Dr D. Vitoux	01/06/2015
SAT-HUEP	Biologie Moléculaire	Dr O. Lascols	03/06/2015

Méthodologie (2)

- Sondages en ligne
  - Alternatives à l'hospitalisation
    - présidents des commissions des structures des CMEL des GH de l'AP-HP
    - 8 réponses
  - Biologie médicale et Pathologie
    - chefs de pôles de biologie médicale et pathologie des CHU de France
    - diffusion par le président de la Conférence des chefs de pôles de biologie des CHU (Pr Marc Maynadié – Dijon)
    - 17 réponses
- Effectifs
  - Alternatives à l'hospitalisation : n=12
  - Biologie médicale et Pathologie : n=22

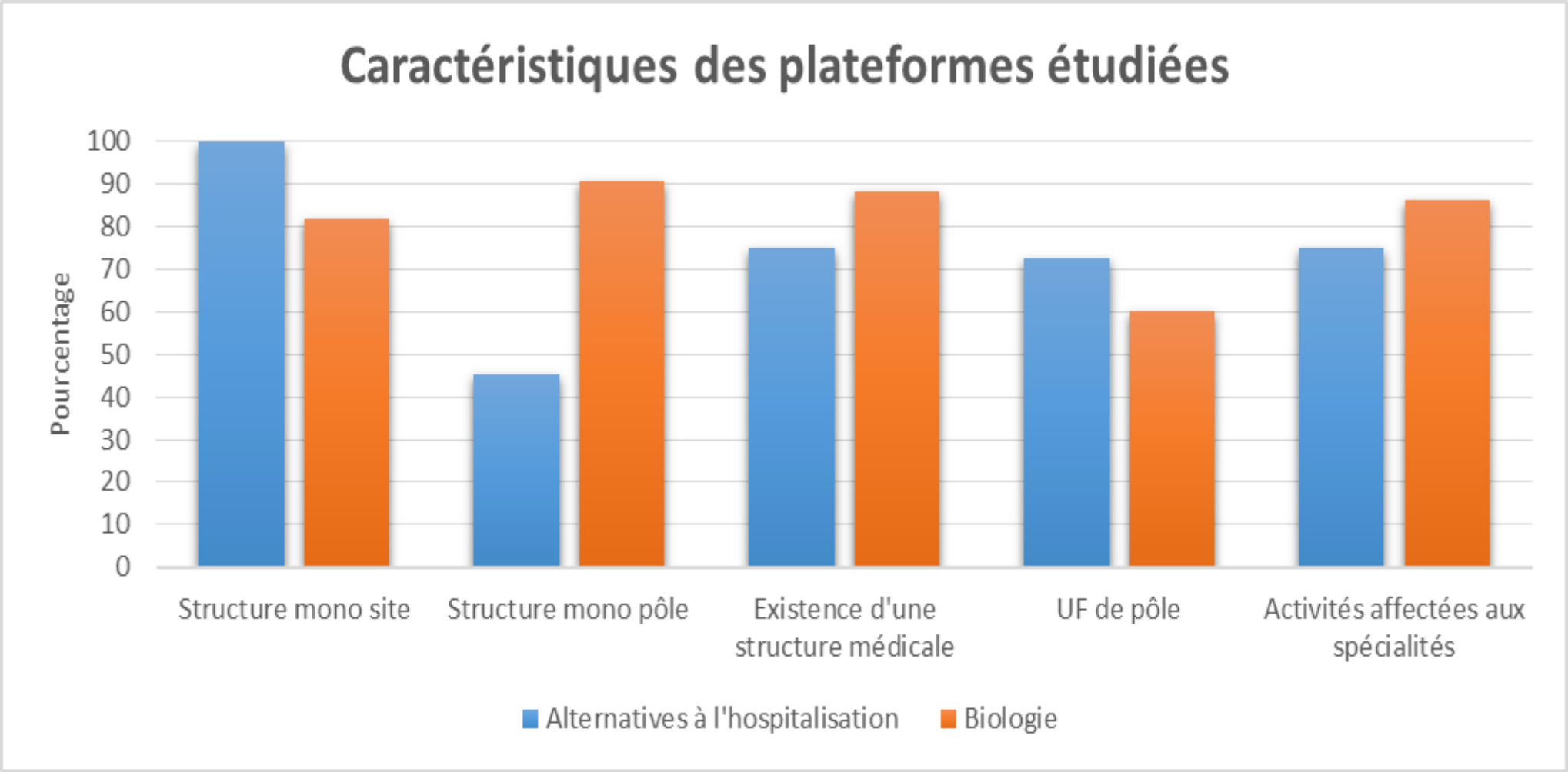
Résultats (1) – Alternatives à l'hospitalisation

- Mono site, multi pôles (1/2)
- HJ médical, chirurgie ambulatoire, oncologie
- Structure médicale créée (9/12)
- UF de pôle (3/4)
- Activité répartie dans le spécialités (3/4)

Résultats (2) – Biologie Médicale et Pathologie

- Mono ou multi sites, mono pôle (réforme 2013)
- Biologie générale et urgences, biologie moléculaire, sérologies infectieuses, spectrométrie de masse, cytométrie de flux
- Structure médicale créée (15/17)
- UF de pôle (9/15)
- Activité répartie dans le spécialités (4/5)

Résultats (3) – Synthèse



Analyse des modèles en place – modèle 1

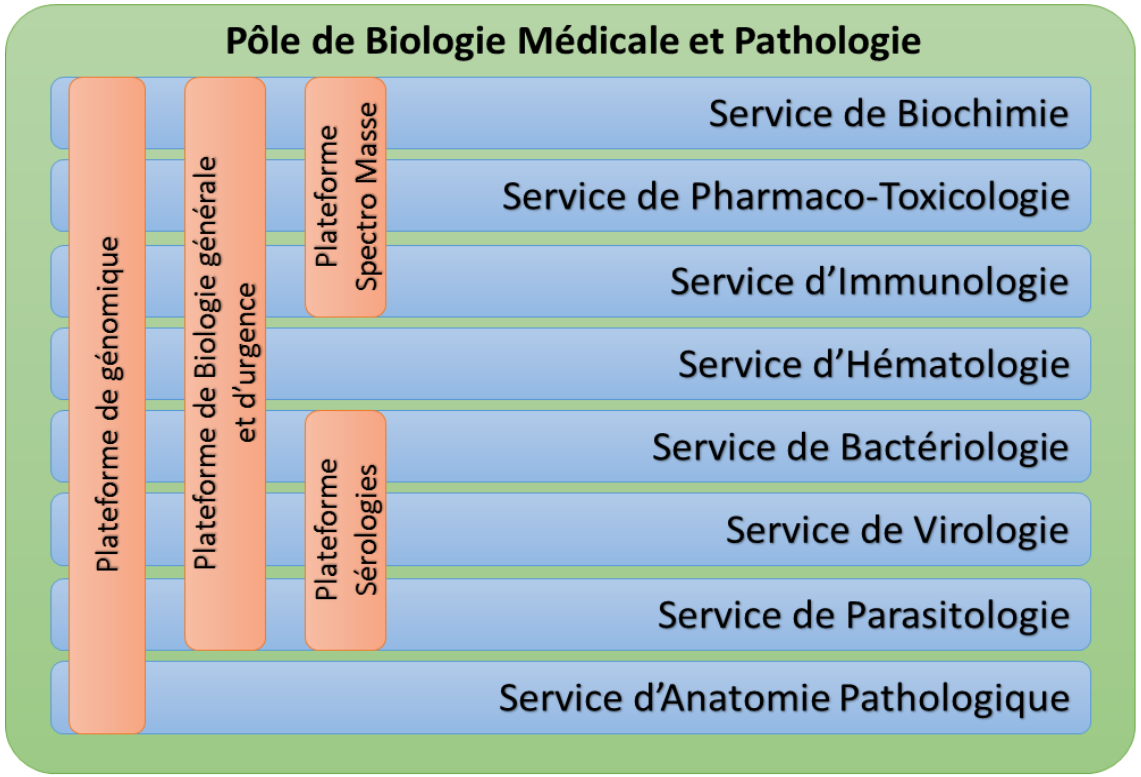
Pôle de Biologie Médicale et Pathologie

- Service de Biochimie
- Service de Pharmaco-Toxicologie
- Service d'Immunologie
- Service d'Hématologie
- Service de Bactériologie
- Service de Virologie
- Service de Parasitologie
- Service d'Anatomie Pathologique

Points forts
Souplesse
Respect total des disciplines et spécialités
Pas de fusion d'équipes
Points à améliorer
Gouvernance informelle
Pas de reconnaissance praticien responsable
Mutualisation faible
Contexte favorisant
Bonne entente mutuelle
Engagement commun des chefs de service

Modèle 1 – la plateforme n'est pas érigée en tant que structure médicale

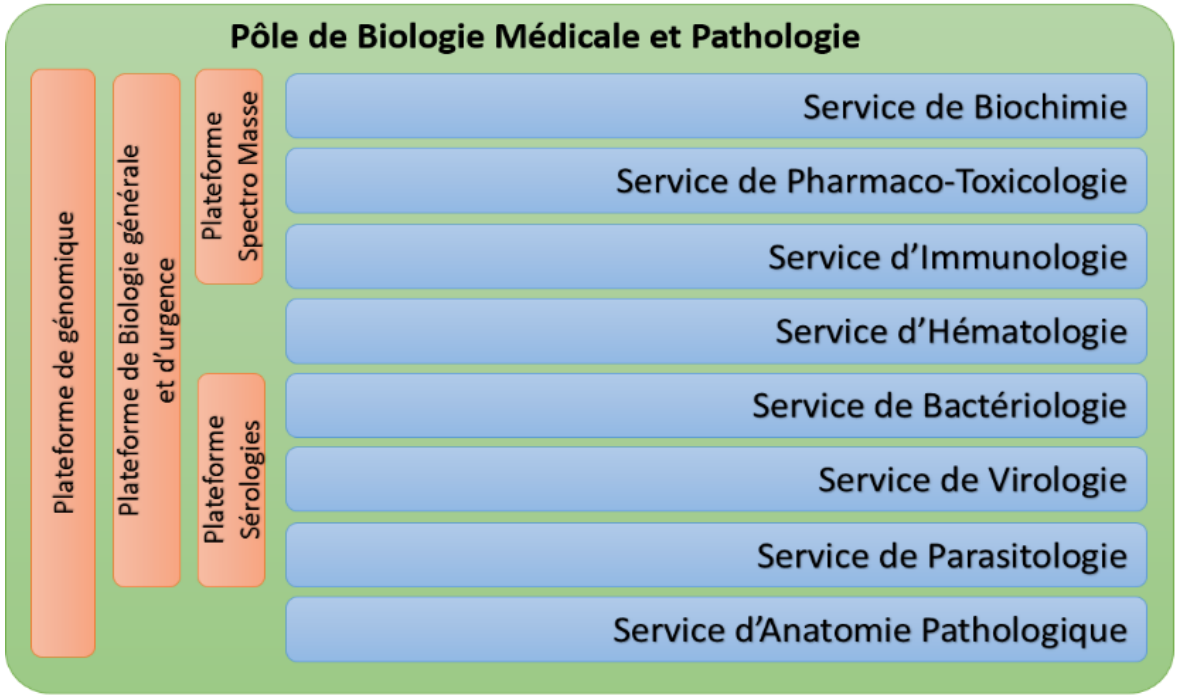
Analyse des modèles en place – modèle 2



Points forts
Mutualisation importante
Reconnaissance du praticien responsable
Gouvernance/coordination efficace
Respect des activités des spécialités
« Benchmarking » de discipline/spécialité précis
Points à améliorer
Ventilation des dépenses complexe
Position DAJ sur les UF sans activité
Contexte favorisant
Structures internes au sein d'un seul pôle
Engagement du chef de pôle

Modèle 2 – la plateforme est érigée en tant que structure médicale – Activités et dépenses sont réparties sur les services de spécialité

Analyse des modèles en place – modèle 3

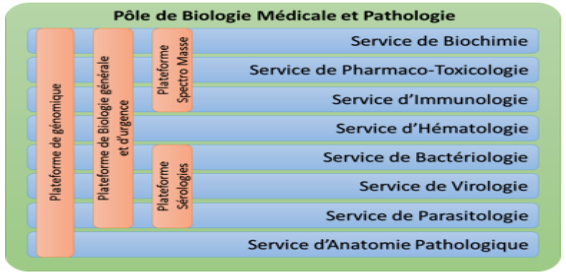


Points forts
Mutualisation maximale
Reconnaissance et autonomie du praticien responsable
Gouvernance/coordination comparable à celle d'un service
Points à améliorer
Perte d'activité et de contrôle pour les services de spécialités (ex : Virologie)
Perturbation du « benchmarking » au sein de la discipline/spécialité
Contexte favorisant
Activité multi-pôles
Engagement du porteur de projet/responsable médical

Modèle 3 – la plateforme est érigée en tant que structure médicale – Activités et dépenses sont maintenues au sein de la plateforme

Analyse des modèles en place – synthèse

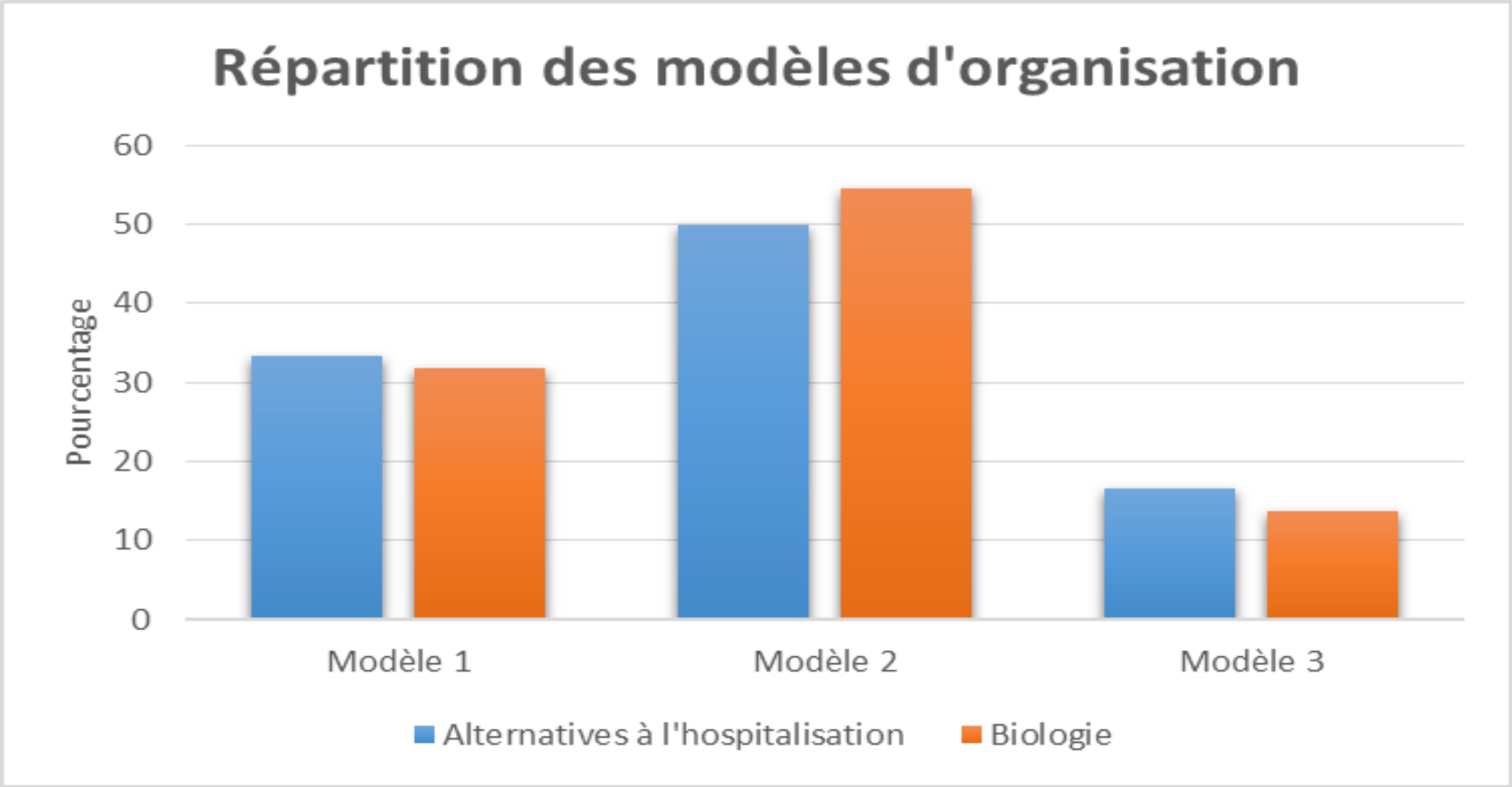
Modèle 1 – la plateforme n'est pas érigée en tant que structure médicale



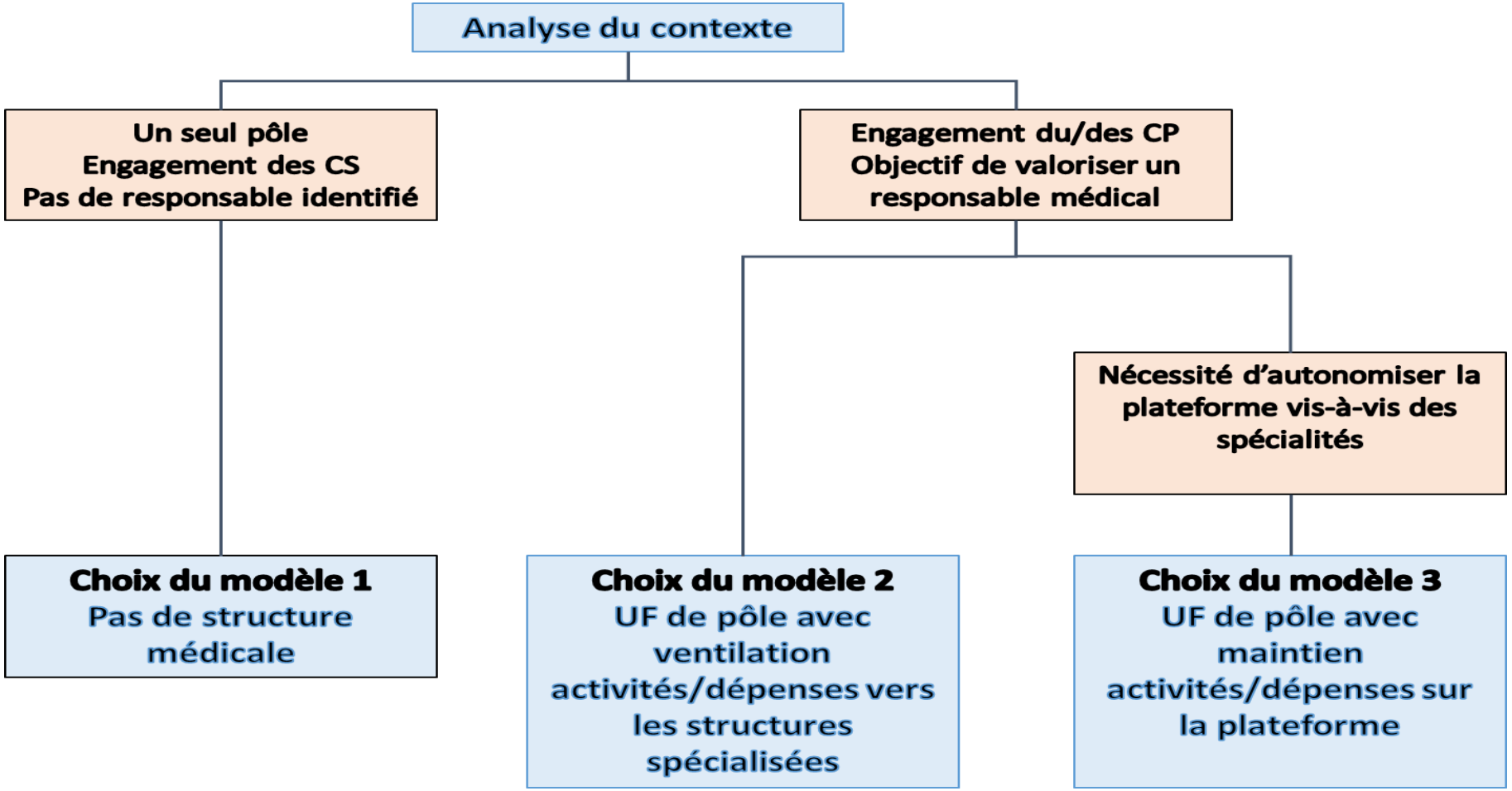
Modèle 2 – la plateforme est érigée en tant que structure médicale – Activités et dépenses sont réparties sur les services de spécialité

Modèle 3 – la plateforme est érigée en tant que structure médicale – Activités et dépenses sont maintenues au sein de la plateforme

Analyse des modèles en place – répartition



Propositions – Choix du modèle



Propositions – Structures porteuses

- « Unité fonctionnelle de pôle » et non « service »
  - Service réservé à la spécialité
- Dénomination explicite, pertinente, lisible
  - Unité de chirurgie ambulatoire
  - Hôpital de jour pédiatrique

Propositions – Responsabilités

- Pas de partage de la responsabilité vis-à-vis du patient ou de l’activité
  - 100 % des cas
- Maintien au niveau du praticien spécialiste dans tous les cas

Propositions – Gouvernance

- Informelle (modèle 1)
  - Bonne entente, volonté de travailler ensemble
  - Partage de locaux/matériels
- Formalisée (modèles 2 et 3)
  - Gestion d’équipe commune
  - Partage de compétences médicales
- Préciser les modalités
  - Instances, fonctionnement, périodicité
  - Communication interne (réunions d’unité, participation personnels)
  - Formalisation souhaitable (charte, règlement intérieur)

Propositions – Aspects médico économiques

- Activité niveau plateforme, spécialité ou mixte
- Modèle le plus clair et souhaité : activité recensée niveau spécialité
  - Cohérence HU
  - Adhésion des responsables de structures internes (CS, CD)
- Points d'amélioration
  - Homogénéisation des structures de gestion (UG, CC9, UH)
  - Accord avec les structures médicales
  - Prise en compte de la dimension multisites GH
  - Complexité du SI AP-HP
  - Faible interopérabilité entre les applications domaines patient - domaine gestion
  - « Benchmarking » de spécialité ou de plateforme ? Les deux ?

Conclusions - Perspectives

- Expériences nombreuses AP-HP et CHU de France
- Tendances
  - Priorité au projet médical – prise en charge du patient
  - Maintien d'une responsabilité médicale individuelle vis-à-vis du patient ou de l'activité
  - Respect des spécialités universitaires et du rôle des CS (gestion d'équipe médicale)
- Description des modèles en place
  - Peu de spécificités par domaine d'activité
  - Choix du modèle fonction du contexte et des enjeux locaux
- Choix initiaux faits localement
  - Aide à la prise de décision
- Prolongation du travail
  - Adaptation des structures de gestion
  - Objectifs médicoéconomiques (« benchmarking »)
  - Groupe avec les directions fonctionnelles (DF, DSI,…)

« Là où il y a une volonté, il y a un chemin. »

Edward Whymper

Le couloir Whymper – Aiguille verte - Chamonix

« En vérité, le chemin importe peu, la volonté d’arriver suffit à tout. »

Albert Camus