Rapport sur le mode d'organisation des plateformes multidisciplinaires

Michel Vaubourdolle

Pôle de Biologie Médicale et Pathologie
Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien

Juin 2015

Table des matières

Objectifs de l'étude 3
Rappel de la mission 3
Contextes 3
Structures médicales 3
Méthodologie 4
Séquence de travail 4
Entretiens ciblés 4
Alternatives à l'hospitalisation 4
Biologie médicale et Pathologie 4
Sondages 4
Alternatives à l'hospitalisation 5
Biologie 5
Caractéristiques des plateformes étudiées 5
Alternatives à l'hospitalisation 5
Biologie 5
Données regroupées 5
Analyse des modèles d'organisation en place 6
Modèle 1 – Plateforme dépourvue de structure médicale 6
Modèle 2 – Plateforme fondée sur une structure médicale mais sans activité propre 8
Modèle 3 – Plateforme fondée sur une structure médicale et pourvue d'une activité propre 10
Synthèse 11
Propositions 13
Choix du modèle de structure 13
Définition des structures porteuses et dénomination de la plateforme 13
Répartition des responsabilités 13
Mode de gouvernance 14
Aspects médico-économiques 14
Conclusions – Perspectives 15
Annexes 16
Annexe 1 – Lettre de mission 17
Annexe 2 – Comptes rendus d'entretiens « Alternatives à l'hospitalisation » 20
Annexe 3 - Comptes rendus d'entretiens « Biologie » 24
Annexe 4 – Questionnaire « Alternatives à l'hospitalisation » 29
Annexe 5 – Questionnaire « Biologie » 32
Annexe 6 – Résultats du sondage « Alternatives à l'hospitalisation » 36
Annexe 7 - Résultats du sondage « Biologie » 37
Annexe 8 – Avis de la collégiale de Biochimie sur les plateformes « haut débit » 38

Objectifs de l'étude

Cette étude a été initiée par la Commission des Structures et Restructurations (CSR) de la CME de l'AP-HP. L'objectif principal est de mener une réflexion sur les modes d'organisation susceptibles de favoriser la mutualisation de moyens entre des équipes de disciplines ou de spécialités différentes. Un équilibre doit être trouvé pour conserver au niveau de la spécialité, la responsabilité de la prise en charge des patients ou des activités.

Rappel de la mission

La lettre de mission, rédigée par Madame Christine Welty, Directrice de la DOMU-APHP et par le Pr Gérard Chéron, Président de la CSR, est présentée dans l'annexe 1.

Contextes

L'étude porte sur deux contextes d'exercice hospitalier : les alternatives à l'hospitalisation et la biologie médicale.

Pour le premier sujet, les travaux menés par la Commission des Structures et Restructurations ont démontré l'intérêt de créer des plateformes pluridisciplinaires notamment en médecine, en chirurgie ou en cancérologie. Il s'agit à la fois d'améliorer la prise en charge des patients, de développer ces activités et d'optimiser les moyens nécessaires. Cet objectif est un élément important du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2018.

Le deuxième contexte concerne la Biologie Médicale. Cette discipline a déjà mis en place des structures partagées entre les différentes spécialités, voire entre les sites d'un même laboratoire de GH. Les objectifs de ces plateformes sont les suivants : amélioration de la qualité des soins, simplification du processus d'accréditation des laboratoires, optimisation des ressources humaines et matérielles, partage des équipements lourds, cohérence des indicateurs médico-économiques. Une extension à l'Anatomie Pathologique a été faite car, dans la plupart des cas, des structures de pôle regroupant la Biologie Médicale et la Pathologie ont été créées.

Structures médicales

Suite à la promulgation de la loi HPST et à la révision du règlement intérieur de l'AP-HP, il persiste aujourd'hui trois types de structures médicales : le service, le département et l'unité fonctionnelle (de pôle, de service ou de département).

La majorité des structures médicales décrites au sein de l'AP-HP correspondent à des structures de disciplines, de spécialités ou de surspécialités universitaires ou hospitalières. Dans le cas des plateformes multidisciplinaires, il n'existe pas de règle ni de consensus sur la nature de la structure à utiliser ou sur les dénominations les plus lisibles. De même, des ambiguïtés peuvent être retrouvées dans ces structures partagées pour ce qui concerne la définition des responsabilités, les modalités de recensement de l'activité ou le mode de gouvernance.

Cette étude a pour but de décrire les principaux modes d'organisation en place aujourd'hui, d'analyser les points forts et les points faibles de chaque modèle et de faire des propositions sur les sujets cités ci-dessus. A chaque fois, une déclinaison sera faite pour chacun des deux grands domaines d'activité étudiés : alternatives à l'hospitalisation et biologie médicale.

Méthodologie

Séquence de travail

Pour tenir compte du délai très court accordé pour mener à bien l'étude (4 mois), et en accord avec Madame Jihane Bendaira, Chef du service de Biologie Médicale et Pathologie (DOMU-APHP), une méthodologie fondée uniquement sur la réalisation d'entretiens personnels ciblés sur des porteurs de projet ou des responsables de plateformes multidisciplinaires d'une part, et sur des sondages en ligne, sera mise en œuvre, en lieu et place de l'animation d'un groupe de travail.

A la suite de ce recueil de données, une première version du rapport sera faite par Michel Vaubourdolle. Une relecture sera faite par Madame Jihane Bendaira et par les Professeurs Jean-Claude Petit et Jean Claude Alvarez, pour la Commission des Structures et des Restructurations (CSR), avant remise du rapport final.

Entretiens ciblés

Après un entretien préliminaire avec Madame Jihane Bendaira, Chef du service de Biologie Médicale et Pathologie (DOMU-APHP) et avec le Professeur Jean-Claude Petit, conseiller auprès de la DOMU, une sélection de plateformes multidisciplinaires réalisées ou en cours de mise en place au sein de l'AP-HP, a été proposée. Des conseils et des éléments chiffrés ont été donnés par Madame Chérifa Santangelo (DOMU).

Une diversité des solutions proposées a été recherchée, ainsi qu'une représentativité des GH, des types d'activité et des modèles d'organisation. Les entretiens ont été effectués soit sur le lieu d'exercice des praticiens, soit par téléphone, entre Mai et Juin 2015. Les tableaux suivants résument le déroulement de ces entretiens.

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

Les comptes rendus de ces entretiens sont présentés dans l'annexe 2

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

Les comptes rendus de ces entretiens sont présentés dans l'annexe 3

Sondages

En parallèle avec les entretiens personnels, deux sondages en ligne ont été proposés d'une part aux présidents des commissions des structures des CMEL des GH de l'AP-HP pour ce qui concerne les plateformes d'alternatives à l'hospitalisation et auprès des chefs de pôles de biologie médicale et

pathologie des CHU de France. Cette dernière diffusion a été facilitée par le président de la Conférence des chefs de pôles de biologie des CHU, le Professeur Marc Maynadié.

Alternatives à l'hospitalisation

Le questionnaire transmis est présenté dans l'annexe 4. La période de recueil était comprise entre avril et mai 2015. Un résumé des résultats de l'enquête est présenté dans l'annexe 6.

Biologie

Le questionnaire transmis est présenté dans l'annexe 5. La période de recueil était comprise entre avril et mai 2015. Un résumé des résultats de l'enquête est présenté dans l'annexe 7.

Caractéristiques des plateformes étudiées

34 plateformes ont été étudiées, dont 12 d'alternatives à l'hospitalisation et 22 de biologie médicale.

Alternatives à l'hospitalisation

Sur les 12 plateformes étudiées (100 % AP-HP), 5 ont fait l'objet d'entretiens personnalisés et 7 ont été évaluées à l'aide de sondage en ligne auprès des présidents de commissions de structures des GH de l'AP-HP.

Il s'agit systématiquement de plateformes monosites mais une structure multi-pôles est retrouvée dans plus de la moitié des cas.

Il s'agit d'une activité d'hôpital de jour médical dans 7 cas sur 12, de chirurgie ambulatoire dans 3 cas sur 12 et d'oncologie dans 2 cas sur 12.

Une structure médicale est créée dans 9 cas sur 12. Il s'agit alors d'une unité fonctionnelle de pôle dans la plupart des cas (73 %). L'activité est répartie dans les services de spécialités et non maintenue sur la plateforme dans 75 % des cas.

Biologie

Sur les 22 plateformes étudiées, 5 ont fait l'objet d'entretiens personnalisés (100 % AP-HP) et 7 ont été évaluées à l'aide de sondage en ligne auprès des chefs de pôle de biologie des CHU (dont 2 de l'AP-HP).

Il s'agit généralement de plateformes monosites (82 %). Aucune structure multi-pôles n'est observée, sans doute en raison de l'application de la loi portant réforme de la biologie médicale qui prévoit un seul laboratoire de biologie médicale par établissement. On retrouve aussi des structures multisites en biologie, témoin de la création depuis 2010 des laboratoires de biologie médicale multisites prévus par la réforme.

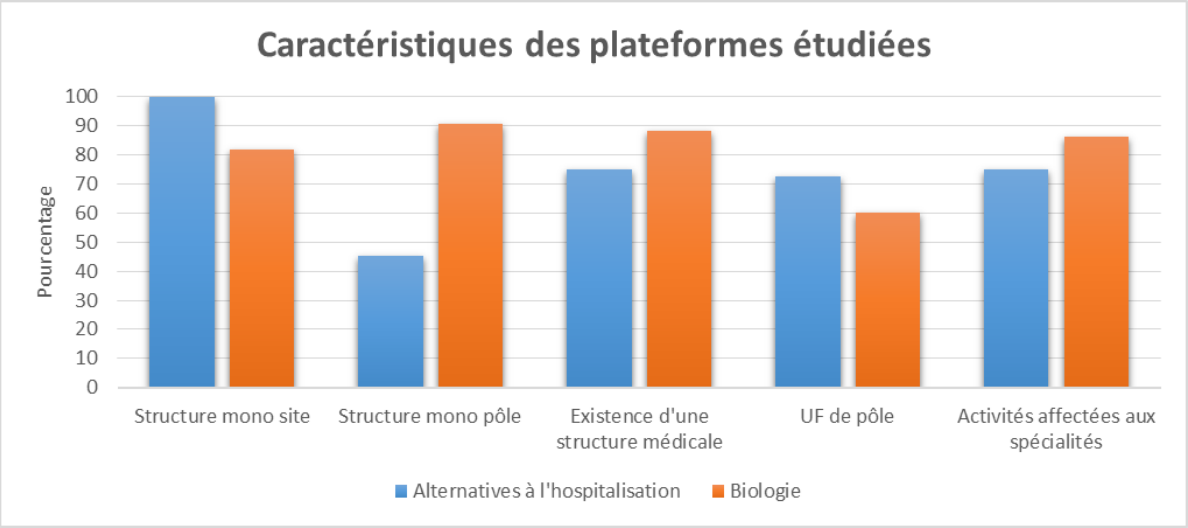
Il s'agit d'une activité de biologie générale et d'urgence dans 11 cas sur 22, de biologie moléculaire dans 6 cas sur 22, de sérologies infectieuses dans 3 cas sur 22. Une plateforme de spectrométrie de masse et une de cytométrie de flux sont également citées.

Une structure médicale est créée dans 15 cas sur 17. Il s'agit alors d'une unité fonctionnelle de pôle dans la plupart des cas (9/15). L'activité est répartie dans les services de spécialités et non maintenue sur la plateforme dans 82 % des cas.

Données regroupées

La figure ci-après résume les caractéristiques des plateformes étudiées. En dehors de l'aspect multipoles de certaines plateformes d'alternatives à l'hospitalisation, on retrouve dans les deux domaines les mêmes tendances. En particulier, une structure médicale, principalement une UF de pôle

a été créée comme structure support de la plateforme. Le deuxième point de convergence est la reventilation des activités vers les structures internes de spécialités.



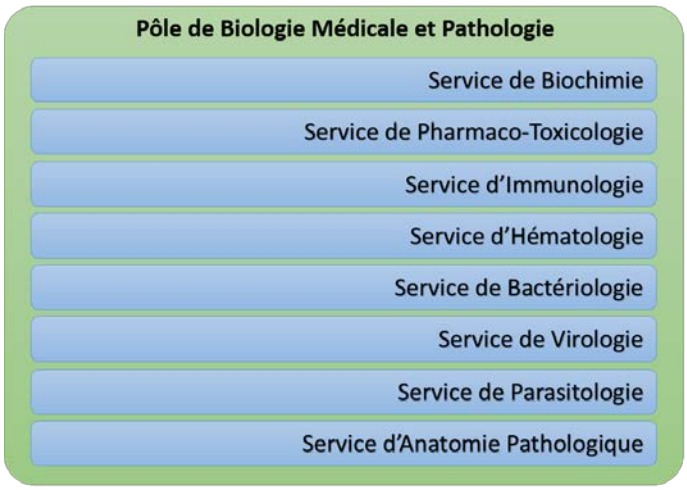
Pour ce qui concerne les résultats des données subjectives recueillies telles que le mode de gouvernance, le degré de mutualisation, les objectifs, les difficultés et les bénéfices de ces opérations ou projets, nous avons choisi de regrouper les réponses dans 3 modèles d'organisation fondés sur la structure choisie et le mode de recueil d'activité mis en place et en cumulant les 2 domaines étudiés.

Analyse des modèles d'organisation en place

Les 3 modèles proposés sont les suivants : pas de structure médicale, présence d'une structure médicale avec ou sans répartition de l'activité vers les structures internes de spécialité.

Modèle 1 – Plateforme dépourvue de structure médicale

La figure ci-dessous montre un exemple fictif de structure de pôle de Biologie Médicale et Pathologie dans lequel aucune structure médicale de plateforme n'apparait alors que le pôle mutualise déjà des activités de biologie moléculaire, de spectrométrie de masse, de biologie générale et d'urgence et de sérologie infectieuse. Cette représentation s'appliquerait de la même façon pour une plateforme d'alternative à l'hospitalisation.



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

Ce modèle est retrouvé dans environ un tiers des cas étudiés, tant pour les plateformes de biologie que pour celles d'alternatives à l'hospitalisation.

La mutualisation concerne en général l'encadrement, les locaux, les services et les matériels ; et plus rarement le PNM (en rotation avec les services de spécialités).

La gouvernance est généralement fondée sur la désignation par les responsables des structures d'un « coordonnateur » médical, non reconnu par les instances hospitalières et universitaires. Il s'agit dans la plupart des cas d'un praticien de terrain, originaire de l'une des spécialités (souvent celle réalisant l'activité la plus importante). Le praticien coordonnateur est peu visible au niveau de l'hôpital et des patients : seules les structures de spécialités apparaissent. Celui-ci anime des réunions de plateforme, essentiellement techniques, avec le(s) cadre(s), le PM des services /départements et/ou le PNM travaillant sur la plateforme. Les choix stratégiques sont généralement faits par les chefs de service/département. Ce type de gouvernance est volontairement limité à la maîtrise du fonctionnement quotidien de la plateforme.

Chaque praticien est responsable de ses patients et/ou de l'activité réalisée pour son service d'appartenance, qu'il s'agisse de la prise en charge d'un patient pour les plateformes d'alternatives à l'investissement (HDJ PSL, UCA BCT) ou de la validation des examens pour celles de biologie (Séquençage – EGP, Sérologies – BCH)

Ce choix est généralement dicté par un contexte initial regroupant deux principaux éléments :

- une volonté de la part des responsables de structures internes de spécialités (chefs de services ou de départements en général) de développer une activité nécessitant impérativement une mutualisation de moyens (équipements lourds en biologie)
- un choix partagé de maintenir le management des équipes médicales et non médicales au sein des spécialités d'origine. Il n'y a dans ce modèle aucun impact de la plateforme sur les structures de spécialités.

Les avantages de ce modèle, pour les porteurs de projets, sont les suivants :

- maintien du personnel médical au sein du service/département, management collaboratif fondé sur une bonne entente entre les praticiens des spécialités
- maintien d'une spécialisation du PNM qui « tourne » entre la plateforme et la structure de spécialité. Sur la plateforme, le personnel utilise le matériel commun dans le cadre de l'exercice de sa spécialité d'origine. Il n'y a donc pas de fusion d'équipes, ni de changement majeur de pratiques,
- maintien complet de l'activité et des dépenses au sein des services : le cadre de la plateforme et/ou les cadres des services font les commandes et les suivis d'activité par spécialités, malgré les difficultés de cet exercice (achat de consommables communs par exemple).

Les points à améliorer concernent :

- une mutualisation faible qui limite l'optimisation des moyens
- une gouvernance informelle et dominée par les chefs de service
- un défaut de reconnaissance et d'autonomie du praticien « coordonnateur » pouvant porter à terme un risque de démotivation.

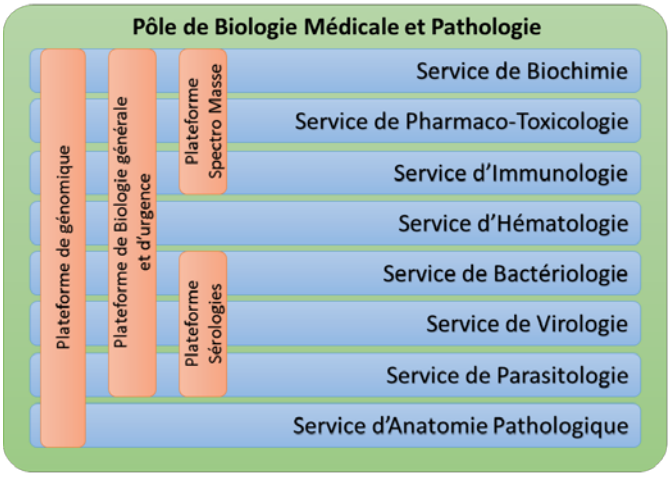
Remarques

Ce type de plateforme est utilisé en biologie - pathologie notamment pour la mise en commun de matériels spécialisés coûteux (biologie moléculaire par exemple). Il est adapté à une mutualisation limité de ces outils technologiques dans le cadre de l'exercice des spécialités. A titre d'exemple, la collégiale de biochimie de l'AP-HP, en association avec plusieurs représentants (syndicats professionnels, CME) de la discipline (biochimie, hématologie, immunologie), recommande cette option (cf. Annexe 8).

Ce type de plateforme est utilisé pour des plateformes d'alternative à l'hospitalisation nécessitant d'associer des activités provenant de structures de spécialités présentes dans plusieurs pôles cliniques (HDJ adulte - PSL).

Modèle 2 – Plateforme fondée sur une structure médicale mais sans activité propre

La figure ci-dessous montre un exemple fictif de structure de pôle de Biologie Médicale et Pathologie au sein duquel des activités de biologie moléculaire, de spectrométrie de masse, de biologie générale et d'urgence et de sérologie infectieuse ont été érigées en structure médicale de pôle.



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

Ce modèle est retrouvé dans environ la moitié des cas étudiés, tant pour les plateformes de biologie que pour celles d'alternatives à l'hospitalisation.

La mutualisation concerne en général le PM (partiel), l'encadrement, le PNM (souvent dédié et multicompétent), les locaux, les services et les matériels.

La gouvernance est généralement fondée sur la nomination d'un responsable médical d'unité fonctionnelle de pôle, reconnu par les instances hospitalières et universitaires. Le choix d'un service est rarement fait, en raison de la possible confusion entre la plateforme et les structures de spécialités. Le choix du terme service est généralement réservé aux spécialités pour garantir une lisibilité et un affichage clair auprès des patients. Le responsable médical est dans la plupart des cas un praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire, originaire de l'une des spécialités (souvent celle réalisant l'activité la plus importante). Le responsable médical est visible au niveau de l'hôpital et des patients au même niveau qu'un chef de service ou de département. La gouvernance est proche de celle d'un service classique avec des staffs multidisciplinaires biologiques, médicaux ou chirurgicaux auxquels

participent le cadre d'unité et des référents des spécialités participantes. Les sujets abordés concernent aussi bien le fonctionnement de la plateforme que les développements et les évolutions de la structure. Des réunions d'unité associant l'ensemble du personnel permettent également une concertation et une information sur les pratiques.

Chaque praticien est responsable de ses patients et/ou de l'activité réalisée pour son service d'appartenance, qu'il s'agisse de la prise en charge d'un patient pour les plateformes d'alternatives à l'hospitalisation (Oncologie - EGP) ou de la validation des examens pour celles de biologie (DBA – CCH, DBA – SLS).

Ce choix est généralement dicté par un contexte initial regroupant deux principaux éléments :

- une volonté de la part du (des) chef(s) de pôles, en accord avec le projet médical d'établissement et la direction de l'hôpital, de développer une activité nécessitant une mutualisation de moyens, de personnels et de compétences médicales et non médicales,
- un choix d'autonomiser partiellement le management des équipes médicales et non médicales au sein de la plateforme multidisciplinaire. Il y a dans ce modèle une perte de « contrôle » des structures de spécialités sur les activités réalisées au sein de la plateforme.

Les avantages de ce modèle, pour les porteurs de projets, sont les suivants :

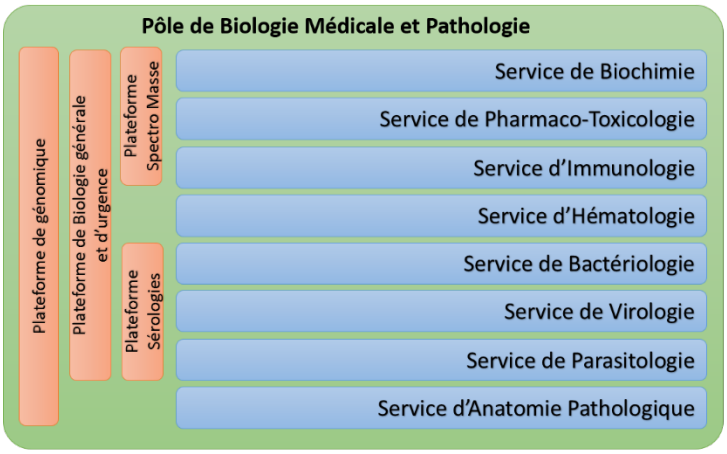
- mutualisation importante et porteuse d'une optimisation des moyens,
- affectation du responsable médical au sein de la plateforme, autonomie de la structure, autorité et reconnaissance médicale du responsable, management des praticiens de spécialités de type « service »,
- possible création progressive d'une multicompétence du PNM si le choix d'un personnel dédié est fait. Cette possible évolution est toutefois source de difficultés du fait de la fusion des équipes et du changement majeur de pratiques qui doit être géré dès le démarrage avec progressivité et dans la concertation,
- maintien complet de l'activité et des dépenses au sein des services : le cadre de la plateforme et/ou les cadres des services font les commandes et les suivis d'activité par spécialités, malgré les difficultés de cet exercice (achat de consommables communs par exemple). Les services de spécialités conservent donc leur activité propre, même si elle est réalisée sur une plateforme multidisciplinaire autonome. Ceci permettrait un « benchmarking » inter-GH précis au sein de chaque spécialité, à condition toutefois que le choix du modèle soit fait de façon homogène au sein de la spécialité dans les différents GH, au moins pour le même type d'activité. Ceci n'est pas encore le cas aujourd'hui (par exemple, cas des plateformes de biologie moléculaire).

Les points à améliorer concernent :

- les difficultés pour ventiler précisément les activités et les dépenses (notamment communes) vers les structures internes de spécialité
- la nécessité de maintenir une activité non nulle sur la plateforme en raison de la position, étonnante et non référencée, de la DAJ-APHP sur ce sujet. Une petite activité est donc souvent conservée sur la plateforme (activité commune ou transversale). Ceci peut entrainer des perturbations dans le « benchmarking » de spécialité inter-GH.

Modèle 3 – Plateforme fondée sur une structure médicale et pourvue d'une activité propre

La figure ci-dessous montre un exemple fictif de structure de pôle de Biologie Médicale et Pathologie au sein duquel des activités de biologie moléculaire, de spectrométrie de masse, de biologie générale et d'urgence et de sérologie infectieuse ont été érigées en structure médicale de pôle, indépendantes des structures de spécialité.



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

Ce modèle est très proche du précèdent et présente les mêmes caractéristiques, à l'exception du fait que les activités réalisées au sein de la plateforme y sont recensées avec les dépenses, de la même façon que pour les structures de spécialités. Il s'agit en fait d'une nouvelle « spécialité », indépendante et autonome, érigée en structure médicale au même niveau et avec le même type de fonctionnement qu'un service de spécialité.

De même que précédemment, chaque praticien reste responsable de ses patients et/ou de l'activité réalisée pour son service d'appartenance, qu'il s'agisse de la prise en charge d'un patient pour les plateformes d'alternatives à l'hospitalisation (Pédiatrie - NCK) ou de la validation des examens pour celles de biologie (LCBGM - SAT).

Les éléments de différenciation par rapport au modèle 2 sont les suivants :

- Contexte initial : engagement fort du (des) chef(s) de pôle, de la communauté médicale et de la direction du GH, existence d'un porteur de projet emblématique, fortement impliqué dans le projet et reconnu par les responsables des structures internes qui réalisaient l'activité avant l'opération.
- Avantages : forte mutualisation, reconnaissance du responsable comme « manager » de la structure, possible « contractualisation » sur les objectifs à réaliser, délégation de gestion souhaitable, possible « benchmarking » inter-GH des plateformes réalisant un même type d'activité (sous réserve d'homogénéité des choix réalisés dans les différents GH)
- Points à améliorer : « perte » d'activité importante pour les structures de spécialité, perturbation du « benchmarking » de spécialité.

Remarques

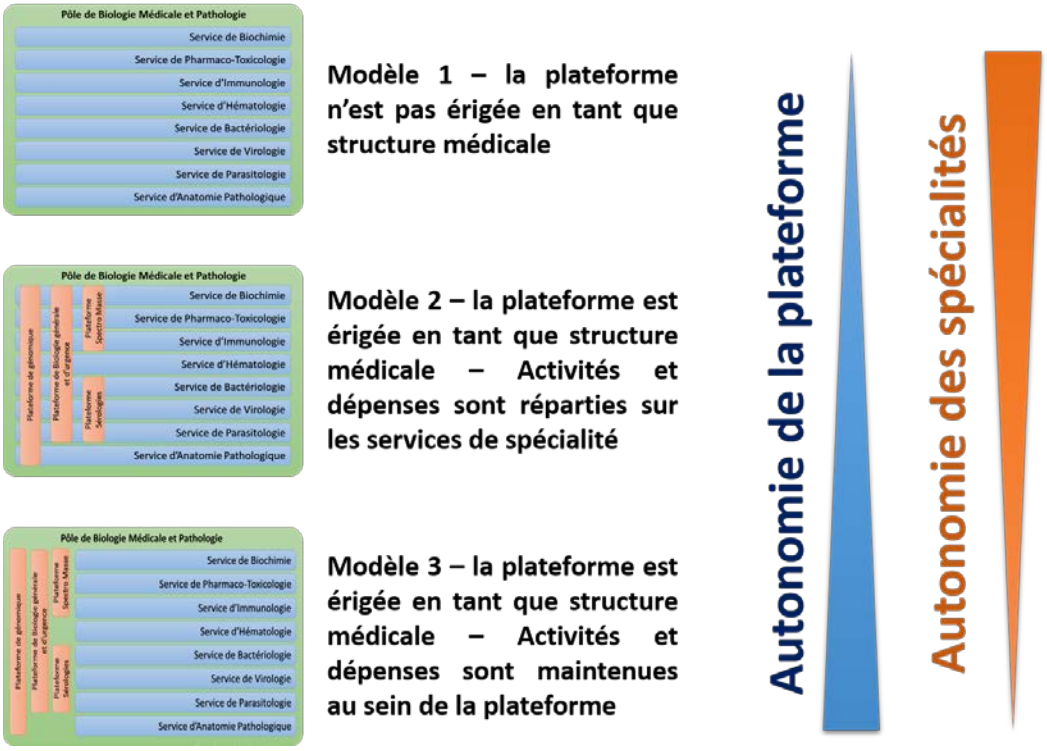
Ce type de plateforme peut également être utilisé, comme le modèle 1, pour des plateformes d'alternative à l'hospitalisation nécessitant d'associer des activités provenant de structures de spécialités présentes dans plusieurs pôles cliniques (HDJ pédiatrique – NCK), lorsque qu'il existe une volonté politique d'autonomiser la plateforme. Dans ce cas, c'est le pôle réalisant la part la plus importante de l'activité qui supporte la structure de plateforme. Un équilibre est recherché en associant un responsable médical provenant de l'autre pôle participant.

En biologie, si ce type de structure était mis en place pour des spécialités telles que la virologie, une disparition quasi-totale de la spécialité sur le site concerné en résulterait. En effet, les évolutions des techniques font que la virologie moléculaire (installée sur la plateforme de biologie moléculaire) et la sérologie (installée sur la plateforme de sérologies infectieuses) accapareraient la presque totalité des activités de virologie.

Synthèse

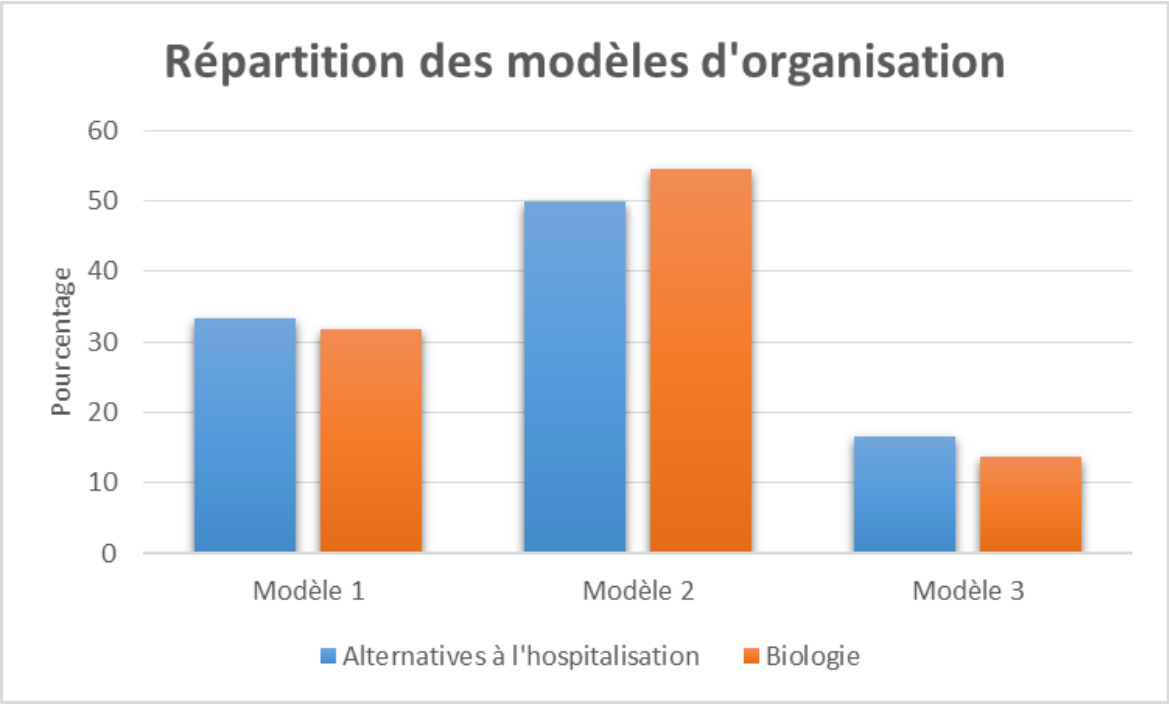
Les trois modèles présentés permettent de reclasser la grande majorité des commentaires subjectifs émis par les personnes rencontrées.

Une progressivité peut être soulignée entre les trois modèles, depuis une autonomie totale des structures de spécialités au sein de leur pôle pour les activités réalisées au sein de la plateforme (modèle 1), jusqu'à une totale autonomie de la plateforme qui devient une nouvelle structure médicale polycompétente (modèle 3). Le modèle 2 associe plusieurs avantages majeurs des modèles « extrêmes » : reconnaissance du responsable et gouvernance formalisée, respect des spécialités en termes de périmètre mesuré en activités/dépenses. Cette idée est représentée dans la figure ci-dessous.



La figure ci-dessous présente la répartition de ces modes d'organisation dans les 24 plateformes étudiées pour les deux domaines concernés. On constate que le curseur reste, pour un tiers des cas au

niveau du modèle 1 mais que la moitié des projets ou opérations réalisées ont préféré démarrer avec le modèle 2, plus consensuel et équilibré entre les 2 parties (plateforme et structures de spécialités). Le modèle 3, plus radical est encore rarement utilisé (environ 15 % des cas étudiés).



Concernant les personnes rencontrées, on peut observer que les réponses à la question subjective « quel est votre ressenti global sur cette opération ?» sont homogènes quel que soit le contexte et le modèle choisi. On retrouve en général un sentiment de réussite, d'atteinte des objectifs pour les patients, de fierté d'avoir mis en place une structure opérationnelle et utile qui n'aurait pu fonctionner dans un contexte cloisonné de spécialités. Quelques pistes d'amélioration du modèle en place sont parfois évoquées (DBA – CCH) et des perspectives d'évolution et de développement sont presque toujours avancées. Aucune situation d'échec n'a été évoquée, ni aucun souhait de retour en arrière. Ce type d'opération est systématiquement irréversible pour tous les modèles d'organisation.

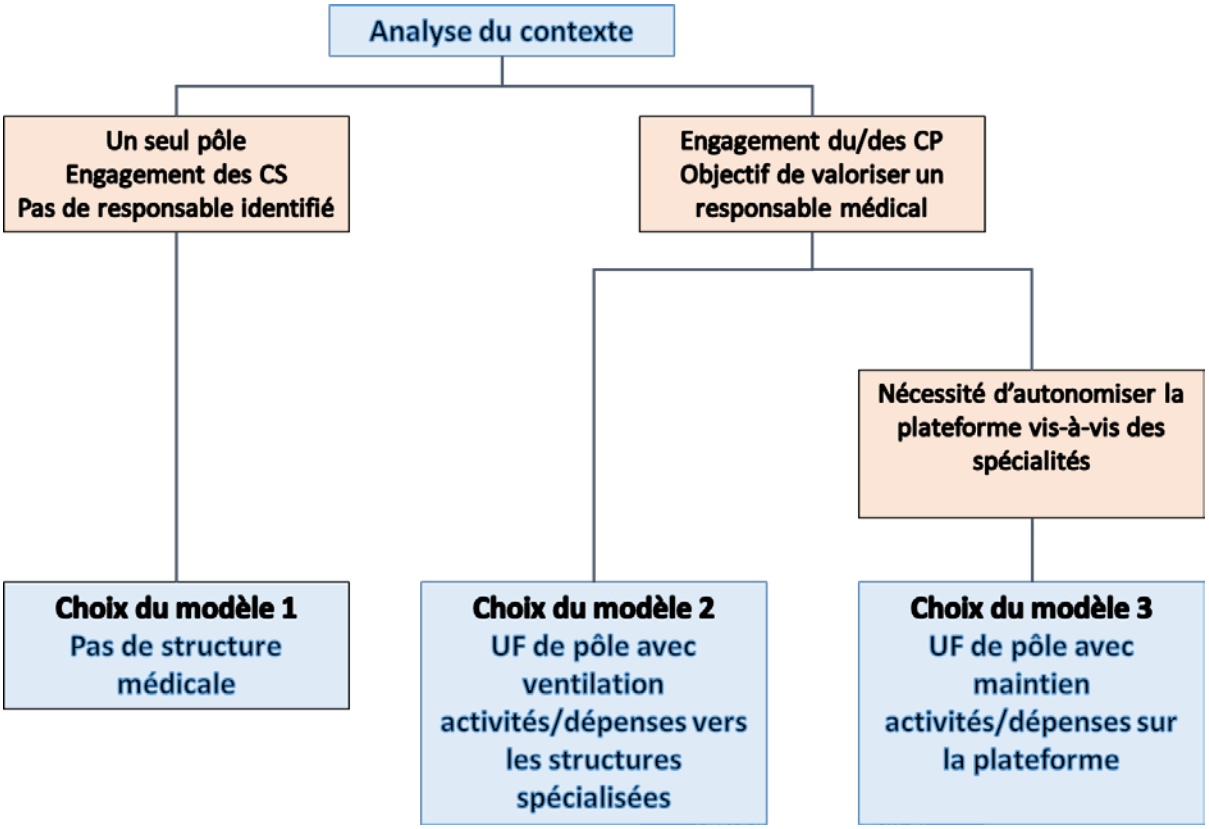
Ainsi, au-delà des choix initiaux faits par les responsables des structures de spécialité, par les chefs de pôle et les GH, une « adaptation » des acteurs se fait sur le terrain pour faire fonctionner la structure malgré les difficultés rencontrées. Le choix judicieux du modèle initial le plus adapté en fonction du contexte ne semble donc pas déterminant sur la durée. On peut supposer toutefois que ce choix, le plus consensuel possible, permettra de faciliter la mise en place en réduisant les tensions et en motivant les acteurs.

Propositions

Il apparait que, en fonction du contexte initial, les trois modèles d'organisation retrouvés sont susceptibles d'être pertinents et adaptés. Toutefois, dans le but de guider les discussions, notamment au niveau de la commission des structures (GH et centrale), quelques propositions peuvent être faites.

Choix du modèle de structure

En partant de l'analyse du contexte faite en interne (pôle(s) impliqués), l'algorithme simple suivant peut être proposé.



Définition des structures porteuses et dénomination de la plateforme

Dans un but de lisibilité vis-à-vis des patients et de respect des spécialités universitaires, il est recommandé d'utiliser pour une plateforme une structure de type « Unité fonctionnelle de pôle » qui permet d'éviter des confusions avec la notion de « service » de spécialité, dont le concept est largement ancré dans l'esprit des patients et des personnels hospitaliers. De même, pour les dénominations de plateformes multidisciplinaires, il est souhaitable de choisir un terme explicite sur la nature de l'activité réalisée. A titre d'exemple, les termes « Unité de chirurgie ambulatoire » ou « Hôpital de jour pédiatrique » sont pertinents et lisibles. En biologie, dans le but d'afficher un partage de techniques entre plusieurs spécialités, il est préférable de préciser dans la dénomination la nature de l'activité technique réalisée (Biologie moléculaire = outil) plutôt que la spécialité universitaire majoritaire (par exemple génétique moléculaire).

Répartition des responsabilités

Quel que soit le modèle choisi, la responsabilité vis-à-vis du patient ou celle prise sur la validation d'un résultat d'examen ne se partage pas. Cette notion a été retrouvée au cours de l'ensemble des entretiens réalisés. Il est donc fortement recommandé de maintenir cette responsabilité médicale au

plus près des spécialistes impliqués dans l'activité de la plateforme, quels que soient le mode de gouvernance et le système de ventilation de l'activité retenus.

Mode de gouvernance

Une gouvernance informelle (modèle 1) peut être adaptée si le contexte le permet : bonne entente entre les spécialistes, volonté forte de travailler ensemble, mutualisation limitée à un partage de locaux ou de matériels.

Une gouvernance plus formalisée (modèles 2 et 3) apporte un management plus efficace de la structure lorsque cela est nécessaire (gestion d'équipe mutualisée, partage de compétences médicales).

Dans tous les cas, des modalités de décision opérationnelles et stratégiques doivent être définies (instances, fonctionnement, périodicité), ainsi que les moyens choisis pour la communication interne (réunions d'unités, participation des personnels). Une formalisation claire de ces modalités est souhaitable (charte, règlement intérieur).

Aspects médico-économiques

Trois types de répartition de l'activité de la plateforme coexistent aujourd'hui : au sein de la plateforme, dans les spécialités et un système mixte.

Si l'AP-HP donne la priorité aux structures médicales de spécialité, plus lisibles et cohérentes dans un CHU avec les aspects universitaires, il est logique de s'orienter le plus possible vers une ventilation complète des activités et des dépenses vers les structures de spécialités. Ceci permet en outre d'obtenir une meilleure adhésion au projet des chefs de service/département.

Toutefois, il serait important de progresser sur certains points engendrant des difficultés d'analyse médico-économique rencontrées dans cette approche. En effet, les structures actuelles de gestion AP-HP (UF, UG, UH, CC9 par exemple) et la complexité du système d'information (Sirius, Gilda, Opale par exemple) rendent les remontées d'activité parfois difficiles, les comparaisons (« benchmarking ») entre spécialités peu pertinentes. Une meilleure connexion d'une part entre les structures médicales (CME) et les structures de gestion (DEFIP) est à rechercher pour rétablir la cohérence nécessaire. De plus, la transmission des informations lors d'une restructuration (création d'une plateforme par exemple) depuis la validation de la structure médicale (CME, direction GH) jusqu'à l'adaptation des structures de gestion est aujourd'hui incomplète et fait rarement l'objet d'une formalisation précise du processus. Pourtant, compte-tenu de la faible interconnexion des applications au sein du système d'information, il est nécessaire d'informer de nombreux acteurs des modifications à réaliser dans les différents systèmes : structures dans Sirius, Gilda, Opal, affectations des personnels dans Gestime (PNM), Gestime médical ou équivalent (PM), HR access (gestion des rémunérations), etc.

Un autre point concerne l'homogénéisation des « benchmarking » soit au niveau des spécialités, soit au niveau des plateformes, soit idéalement pour les deux. Aujourd'hui, le caractère rigide de la comptabilité analytique (CAE) permet difficilement de prendre en compte de façon simple ces problèmes. A titre d'exemple, les structures multisites ou multipôles ne sont ni prévues ni gérables en tant que telles.

Ces sujets débordent toutefois du cadre de la mission présente. La mise en place d'un groupe de travail associant *a minima* des représentants de la CSR, de la DEFIP, de la DOMU et de la DSI serait pertinente pour progresser sur ces points essentiels.

Conclusions – Perspectives

Les données recueillies au cours de ce travail, objectives et subjectives, m'ont permis de constater que de nombreuses expérience de plateformes multidisciplinaires ont été menées dans les deux domaines étudiés, alternatives à l'hospitalisation et biologie médicale, à l'AP-HP et dans les CHU français (données recueillies hors AP-HP dans le seul domaine de la Biologie Médicale).

Sur les principales problématiques engendrées par ce type de structure partagée, des tendances lourdes se font jour :

- Une priorité sur la réalisation d'un projet médical utile pour la prise en charge du patient ou de l'activité est clairement affichée
- Un maintien de la responsabilité individuelle du praticien vis-à-vis de son patient ou du résultat d'examen de sa compétence est affirmé
- Un respect des périmètres des spécialités universitaires et du rôle des chefs de service est nécessaire dans la plupart des cas pour une bonne adhésion des responsables médicaux au projet

Nous avons décrit les trois modèles aujourd'hui utilisés et proposé des critères de choix en fonction du contexte et des enjeux locaux.

Ce travail n'a pas pour objectif d'imposer un modèle plutôt qu'un autre mais plutôt d'aider les décideurs, les porteurs de projet et les commissions à faire leur choix ou à donner des avis en ayant connaissance des difficultés pouvant résulter des options prises.

Une prolongation de ce travail avec les directions fonctionnelles serait utile pour progresser, consécutivement à la création d'une structure médicale innovante, dans l'adaptation des structures de gestion, dans la simplification des processus entre les différentes directions et dans la fiabilisation du système d'information.

Annexes

Annexe 1 – Lettre de mission

Annexe 2 – Comptes rendus d'entretiens « Alternatives à l'hospitalisation »

Annexe 3 - Comptes rendus d'entretiens « Biologie »

Annexe 4 – Questionnaire « Alternatives à l'hospitalisation »

Annexe 5 – Questionnaire « Biologie »

Annexe 6 – Résultats du sondage « Alternatives à l'hospitalisation »

Annexe 7 - Résultats du sondage « Biologie »

Annexe 8 – Avis de la collégiale de Biochimie sur les plateformes « haut débit »

Annexe 1 – Lettre de mission

D-2015-288
FL-JdR-001-15

Paris le

DIRECTION de l'ORGANISATION MEDICALE et des RELATIONS avec les UNIVERSITES (DOMU)
3, avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04

Standard : (33) 01 40 27 30 00
Ligne directe : (33) 01 40 27 31 19
Secrétariat (33) 01 40 27 31 20
Télécopie : (33) 01 40 27 38 53

LA DIRECTRICE

SERVICE URGENCES
Hôpital Necker-Enfants Malades
Standard : (33) 01 44 49 40 00

CHEF DE SERVICE

Monsieur le Professeur VAUBOURDOLLE
Service Biochimie A
Hôpital Saint Antoine

Objet : animation d'un groupe de travail pour le compte de la CSR chargé de faire des recommandations sur le mode d'organisation de plateformes multidisciplinaires

La commission des structures et des restructurations souhaite qu'une réflexion soit menée afin d'identifier les modes d'organisation susceptibles de favoriser le partage de moyens entre des équipes représentant des disciplines ou des spécialités différentes, les équipes conservant la responsabilité de la prise en charge de leurs patients ou de leurs activités propres.

Elle constate en effet au travers de plusieurs projets ou démarches de GH la nécessité d'éclairer les décideurs et les responsables d'activités médicales et médico-techniques sur les conditions et les modalités de ces nouveaux modes d'organisation.

- Les travaux menés par la CSR sur les alternatives à l'hospitalisation ont démontré l'interêt de pousser plus loin la création de plateformes partagées d'hospitalisation de jour tant en médecine, en chirurgie ou en cancérologie dans un objectif de développement de l'activité et d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'efficience des moyens qui y sont affectés. Cet objectif figure parmi les priorités du plan stratégique de l'APHP pour la période 2015-2018.
- Des organisations nouvelles se sont développées dans le domaine de la biologie reposant là aussi pour des raisons de mutualisation des équipements et de performance des organisations sur la mise en place de plateformes partagées entre plusieurs spécialités dont le fonctionnement doit être lisible pour tous les acteurs concernés sur le plan du suivi d'activité, efficient sur un plan médico-économique, et compatible avec le manuel d'accréditation des laboratoires.

Ces structures justifient d'être mieux identifiées dans les organisations médicales et de gestion de l'AP-HP et des GH. Fondées sur un mode de fonctionnement nouveau qui dépasse le strict cadre du service ou de la spécialité, elles nécessitent que soient plus précisemment définis dans ce cadre l'exercice des responsabilités, les modalités de recensement de l'activité ou encore le mode de gouvernance.

A cet effet, la CSR vous demande d'animer un goupe de travail. Vous veillerez notamment à vous entourer d'un référent pour la chirurgie ambulatoire, la médecine et la cancérologie. Les activités adultes et pédiatriques devront également être représentées. Un représentant d'une direction des finances de GH sera également associé de même que la DAJ.

Les travaux du groupe de travail devront reposer sur :

- un état des lieux, le cas échéant sous forme d'auditions, des organisations déjà mutualisées sous forme de plate formes : description des modalités, analyse des difficultés rencontrées par les acteurs concernés, points forts/points faibles
- une analyse des organisations possibles au regard des thématiques suivantes
    - nature de la structure et adéquation avec le fichier de structures de l'APHP
    - lisibilité des responsabilités
    - mode de recensement et traçabilité de l'activité
    - charte de fonctionnement
    - mode de gouvernance
- des propositions concernant
    - la définition des structures porteuses de plate formes (contenu, nature juridique, identification au regard des UF et des UG)
    - leur dénomination
    - la répartition des responsabilités
    - le mode de gouvernance

Leur déclinaison par grand domaine d'activité est souhaitable.

Les membres de la CSR et tout particulièrement les professeurs Gérard CHERON et Jean-Claude ALVAREZ pourront vous apporter toutes précisions supplémentaires et répondre aux questions qui seraient soulevées lors de l'avancement de votre mission.

Les propositions d'organisation que vous ferez doivent être davantage perçues comme un guide d'organisation de ces plateformes proposé à l'Institution que comme un cadre réglementaire unique qui aurait vocation à s'imposer aux GH.

Un retour de votre travail sous forme d'un document écrit adressé –à la CSR serait souhaitable pour le 31 mai 2015. Une présentation devant la CSR pourra être envisagée – celle-ci sera chargée en lien avec la la DOMU et les directions du siège concernées (DEFIP et DAJ notamment) de donner la suite qu'elle estimera pertinente aux orientations préconisées y compris en matière de communications vis-à-vis des GH .

Nous vous remercions de votre implication dans l'animation de ce groupe de travail.

Christine Welty Pr Gérard Cheron

Annexe 2 – Comptes rendus d'entretiens « Alternatives à l'hospitalisation »

	Entretien du 02/06/2015 – Pr Franck Ruemmele – NCK – HUNCK - Pôle Pédiatrie
Fonction de la personne rencontrée	**Responsable médical actuel de la plateforme**
Dénomination	**Hôpital de jour ambulatoire multidisciplinaire pédiatrique – site NCK** **Bâtiment Robert Debré**
Caractéristiques	**Structure monosite – bipôle**
Structures concernées	**Services du pôle 1 : Pédiatrie générale — Pneumologie – Dermatologie – Néphrologie – Neurologie – Endocrinologie métabolisme – Allergologie** **Services du pôle 2 : Hépato gastroentérologie**
Structure médicale	**Oui – modèle 3 – UF rattachée au pôle 1 (Pédiatrie)**
Activité Dépenses	**Activités et dépenses recensées au sein de la plateforme**
Mutualisation	**Encadrement, PNM, Locaux, Services, Matériels, Budget (pôle 1)**
Gouvernance	**Coordonnateur médical (pôle 2) en appui sur la gouvernance du pôle 1** **Réunions informelles avec les services concernés (1-3/trimestre)**
Organisation	**PM : Responsable d'UF = chef du pôle 1 - Coordonnateur médical opérationnel rattaché au pôle 2 (médico-chirurgical)** **PNM dédié multicompétent (pool IDE dont certaines tournent avec les services participants)**
Objectifs initiaux	**Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients** **Optimisation des moyens affectés**
Difficultés rencontrées	**Espace insuffisant au début : extension rendue possible dans le bâtiment Laennec** **Moyens insuffisants : 1 coordonnateur médical à plein temps s'avère important pour poursuivre le développement de cette activité en plein essor**
Bénéfices observés	**Amélioration de la qualité de prise en charge des patients : très net pour les patients** **Optimisation des moyens sur le site** **Augmentation d'activité (encore à poursuivre)**
Perspectives	**Augmentation de l'activité ambulatoire en fonction des moyens alloués**
Sentiment global du porteur de projet	**Opération réussie et efficace pour la prise en charge des patients** **Bonne entente entre les spécialistes** **Structure aujourd'hui opérationnelle – Développements possibles** **Ressenti positif du personnel (IDE) sur les conditions de travail**

	Entretien du 05/06/2015 – Pr Philippe Rougier – EGP – HUPO
Fonction de la personne rencontrée	**Porteur de projet initial de la plateforme**
Dénomination	**Hôpital de jour multidisciplinaire d'oncologie – site EGP – projet 2016**
Caractéristiques	**Structure monosite – monopôle**
Structures concernées	**Oncologie médicale – Gastroentérologie – Radiothérapie - Oncogériatrie**
Structure médicale	**Oui – modèle 2 – UF de pôle**
Activité Dépenses	**Activités totalement réparties au sein des structures de spécialités** **Ventilation annuelle des dépenses**
Mutualisation	**Encadrement, PNM, Locaux, Services, Matériels, Budget**
Gouvernance	**Responsable médical d'UF : 3 ans – alternance entre les services participant** **Charte (collaboration FHF)** **Conseil de plateforme**
Organisation	**PM : chaque praticien est responsable de ses patients**
Objectifs initiaux	**Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients** **Optimisation des moyens affectés**
Difficultés rencontrées	**Pas de difficultés avec les chefs de service des spécialités** **Avec la direction : projet revu à la baisse (lits, surfaces, personnel), inquiétude sur cette contraction du projet** **PNM : inquiétudes importantes, rôle de l'encadrement, besoin logistique**
Bénéfices observés	**N/A Projet**
Perspectives	**Démarrage en 2016** **Association avec MIS Maison d'information santé**
Sentiment global du porteur de projet	**Opération prometteuse pour la prise en charge des patients** **Bonne entente entre les spécialistes** **Structure bientôt opérationnelle – Développements possibles**

	Entretien du 10/06/2015 – Pr Xavier Girerd – PSL – HUPSL
Fonction de la personne rencontrée	**Coordonnateur médical actuel de la plateforme**
Dénomination	**Hôpital de jour multidisciplinaire – site PSL – projet 2016**
Caractéristiques	**Structure monosite – monopôle**
Structures concernées	**Endocrinologie de la reproduction – Endocrinologie – Nutrition – Prévention des maladies cardiovasculaires – Diabétologie – Médecine interne**
Structure médicale	**Non – modèle 1**
Activité Dépenses	**Activités et dépenses totalement réparties au sein des structures de spécialités**
Mutualisation	**Encadrement, PNM, Locaux, Services (logistique, accueil), Matériels**
Gouvernance	**Coordonnateur médical** **Collège des chefs de service participants : structure informelle n'incluant pas le coordonnateur médical**
Organisation	**PM : chaque praticien est responsable de ses patients et de l'activité de son service d'appartenance** **PNM : devenu progressivement dédié et multi compétent** **Encadrement dédié** **Equipe logistique (3 AS) essentielle pour cette activité**
Objectifs initiaux	**Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients** **Adaptation à une médecine moderne pour les malades atteints de maladies chroniques – alternative à l'hospitalisation classique requise rapidement** **Association proche avec un plateau technique indispensable**
Difficultés rencontrées	**Pas de difficultés avec les chefs de service des spécialités** **IDE : inquiétudes initiales importantes, rôle de l'encadrement, progression vers la multi compétence** **Logistique : besoin critique d'augmenter le niveau de qualification**
Bénéfices observés	***Apres 18 mois*** **Réussite pour les patients et pour les services qui ne réalisaient pas précédemment ce type d'activité** **Multi compétence IDE**
Perspectives	**Consolidation de la structure**
Sentiment global du porteur de projet	**Structure remarquable et fonctionnelle** **Points d'amélioration : gouvernance plus claire, qualification améliorée des logisticiens, disponibilité des plateaux techniques, maintien d'un effectif IDE suffisant pour assurer la qualité actuelle**

	Entretien du 11/06/2015 – Dr Véronique Molina – BCT - HUPS
Fonction de la personne rencontrée	**Coordonnateur médical actuel de la plateforme**
Dénomination	**Unité de Chirurgie ambulatoire – UCA – site BCT**
Caractéristiques	**Structure monosite – multipôles**
Structures concernées	**7 Services – 8 activités chirurgicales – 4 pôles** **ORL-Stomatologie, Chirurgie digestive, Chirurgie pédiatrique, Urologie, Orthopédie, Ophtalmologie, IVG**
Structure médicale	**Non – modèle 1**
Activité Dépenses	**Activités et dépenses totalement réparties au sein des structures de spécialités**
Mutualisation	**Encadrement, PNM, Locaux, Services (secrétariat, accueil), Matériels (équipement blocs)**
Gouvernance	**Coordonnateur médical + cadre** **Staffs chirurgicaux :** - **1/semaine avec cadre+PM : programmation semaine suivante** - **4/an avec PNM : information** **Groupe de référents (chirurgiens, anesthésistes) 1/service** **Participation au conseil de bloc de BCT** **Charte UCA réactualisée**
Organisation	**PM : chaque praticien est responsable de ses patients et de l'activité de son service d'appartenance** **PNM : partiellement dédié et multi compétent pour accueil secrétariat, IDE bloc, IDE accueil, IDE réveil, AS** **Encadrement dédié** **Créneaux journaliers par spécialité selon besoins jugés par coordonnateur médical**
Objectifs initiaux	***Expérience de 15 ans de fonctionnement*** **Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients** **Adaptation à une chirurgie moderne – alternative à l'hospitalisation classique requise rapidement** **Augmentation d'activité**
Difficultés rencontrées	**Pas de difficultés avec les chefs de service des spécialités** **Expérience ancienne (15 ans) : assimilé dans les pratiques**
Bénéfices observés	**Réussite pour les patients**
Perspectives	**Augmentation d'activité possible si élargissement des plages horaires : nécessité d'augmenter les effectifs en PNM et anesthésistes** **Projet d'extension (MN 2015) reporté**
Sentiment global du porteur de projet	**Structure fonctionnelle** **Points d'amélioration : développement possible à locaux constants**

Annexe 3 - Comptes rendus d'entretiens « Biologie »

	Entretien du 4/05/2015 – Pr Philippe Beaune – EGP – HUPO – Pôle BMP
Fonction de la personne rencontrée	**Chef de pôle lors de la création de la plateforme**
Dénomination	**Plateforme de séquençage – site EGP**
Caractéristiques	**Biologie et Génétique moléculaires** **Structure monosite – monopôle**
Structures concernées	**Génétique, Biochimie, Virologie, Immunologie, Hématologie**
Structure médicale	**Non – modèle 1**
Activité Dépenses	**Activités totalement réparties au sein des structures de spécialités** **Ventilation mensuelle des dépenses par le CAP**
Mutualisation	**PM, PNM, Encadrement, 1 ingénieur commun, Locaux, Matériels (niveau pôle), Budget (niveau UG de génétique avec reventilation sur les services)**
Gouvernance	**Pas de responsable médical de plateforme** **Jugé non nécessaire en raison de la bonne entente entre les services** **Bureau (CP, CPP, CAP)** **Comité de pilotage (bureau + CS/cadres services – 1/mois)** **Charte en réflexion + conseil de plateforme en cours de formalisation (dirigé par la génétique – utilisateur principal)**
Organisation	**PNM non dédié provenant des services de spécialité, gestion par CAP et cadre biochimie/immuno/génétique** **Matériel partagé sur créneaux autogérés**
Objectifs initiaux	**Amélioration de la qualité de prise en charge des examens pour les patients** **Optimisation des moyens affectés (effet d'échelle, locaux adaptés)** **Simplification du processus d'accréditation (attractivité pour les études cliniques)**
Difficultés rencontrées	**Culture du partage difficile à installer au niveau de certains chefs de service** **Pas de difficulté avec le PNM (communication importante en amont)**
Bénéfices observés	**Amélioration de la qualité (séquençage accessible pour tous)** **Optimisation des moyens (irréalisable sans la plateforme)** **Augmentation d'activité** **Réduction des coûts (investissement faible, locaux existants, limitation du nombre d'équipements)**
Perspectives	**Evolution vers modèle 2** **Reproduire l'opération pour d'autres activités (spectrométrie de masse, cytométrie de flux, biologie générale et d'urgence, préanalytique)**
Sentiment global du porteur de projet	**Opération réussie** **Satisfaction générale des participants**

	Entretien du 12/05/2015 – Pr Hervé Puy – BCH – HUPNVS - Pôle BMP
Fonction de la personne rencontrée	**Chef de pôle lors de la création de la plateforme**
Dénomination	**Plateforme de sérologies infectieuses – site BCH**
Caractéristiques	**Sérologies** **Structure multisites – monopôle**
Structures concernées	**Parasitologie BCH, Virologie BCH, Bactériologie BCH, Hygiène BCH, Microbiologie LMR, Hygiène LMR, Microbiologie BJN, Hygiène BJN** **Fusion dans un Département tri-sites de Microbiologie avec 6 UFs de département de spécialité et de site**
Structure médicale	**Non – modèle 1**
Activité Dépenses	**Activités totalement réparties au sein des UFs de spécialités** **Ventilation des dépenses**
Mutualisation	**Encadrement (1CSup), Locaux, Services, Matériels,**
Gouvernance	**Pas de responsable médical de plateforme** **Jugé non nécessaire en raison de la bonne entente entre les services**
Organisation	**PNM non dédié provenant des UFs de spécialité** **Matériel commun pour le GH sur le site de BCH**
Objectifs initiaux	**Amélioration de la qualité de prise en charge des examens pour les patients** **Optimisation des moyens affectés (effet d'échelle, locaux adaptés)** **Simplification du processus d'accréditation (attractivité pour les études cliniques)**
Difficultés rencontrées	**Culture du partage difficile à installer au niveau de certains chefs de service et des collégiales de spécialités** **Gestion de la mobilité inter-sites pour le PNM et le PM (communication importante en amont, volontariat, attractivité de la plateforme vs. activité LRR sur site satellite)**
Bénéfices observés	**Amélioration de la qualité (diminution des délais de rendu)** **Optimisation des moyens (pour redéploiement vers innovation)** **Augmentation d'activité (réinternalisation consultants)** **Réduction des coûts (investissement faible, locaux existants, limitation du nombre d'équipements)** **Facilitation du processus d'accréditation**
Perspectives	**Extension de l'opération pour d'autres examens (immunoanalyse)** **Projet global de Biologie Médicale dans l'Hôpital Nord**
Sentiment global du porteur de projet	**Opération réussie** **Satisfaction générale des participants**

	Entretien du 13/05/2015 – Pr Marc Delpech – CCH – HUPC - Pôle BMP
Fonction de la personne rencontrée	**Chef de pôle lors de la création de la plateforme**
Dénomination	**Service de Diagnostic Biologique Automatisé – site CCH**
Caractéristiques	**Biologie Générale et d'Urgence – Biologie spécialisée automatisée** **Structure multisites (CCH, Broca, HTD) – monopôle**
Structures concernées	**Biochimie, Hématologie, Immunologie, Bactériologie, Virologie, Parasitologie, Pharmacochimie, Pharmacologie, Hormonologie**
Structure médicale	**Oui – modèle 2 - Service**
Activité Dépenses	**Activités réparties au sein des services de spécialités fondateurs sauf certaines activités spécialisées (suite avis DAJ d'éviter une UF de pôle sans activité)** **Ventilation annuelle des dépenses (1 UG par service participant, calcul des journées travaillées par spécialité)**
Mutualisation	**PM, Encadrement, PNM, Locaux, Services (préanalytique), Matériels, Budget**
Gouvernance	**Gouvernance classique de type « service »** **Chef de service, règlement intérieur (non utilisé), conseil de plateforme prévu mais non installé, lien avec bureau de pôle**
Organisation	**PM : responsable médical HU, 2 PH, 1 PA affectés sur la plateforme. Les praticiens de chaque spécialité valident la plupart des examens de leur compétence (responsabilité prise par spécialité).** **PNM dédié multicompétent (1/3 CDD)**
Objectifs initiaux	**Optimisation des moyens affectés (investissement important, ROI)** **Spécialisation et multicompétence du PNM**
Difficultés rencontrées	**Culture du partage difficile à installer au niveau de certains chefs de service et des collégiales de spécialités** **Adhésion difficile des CS de spécialité (répartition des activités, du PNM, choix du responsable)** **Gestion de la mobilité inter-sites pour le PNM et le PM** **Gestion globale du ROI de l'opération Biologie de CCH (recherche d'équité entre les spécialités)**
Bénéfices observés	**Amélioration de la qualité (maintien des délais moyens)** **Optimisation des moyens (évaluation en cours)** **Augmentation d'activité (en attente de regroupements plus étendus)** **Facilitation du processus d'accréditation**
Perspectives	**Reproduction de l'opération pour d'autres activités (dosages de médicaments, séquençage haut débit) mais plutôt sur le modèle 1 (informel) en raison des activités plus réduites de ces projets**
Sentiment global du porteur de projet	**Opération réussie et structurante** **Points à reconsidérer dans l'avenir : structure de service, libellé de la plateforme, statut HU obligatoire du responsable médical**

	Entretien du 01/06/2015 – Dr Dominique Vitoux – SLS – HUSLF - Pôle BMP
Fonction de la personne rencontrée	**Responsable médical de la plateforme depuis sa création**
Dénomination	**Plateforme DBA (Diagnostic Biologique Automatisé) – site SLS**
Caractéristiques	**Biologie Générale – Biologie spécialisée automatisée (Biologie d'urgence/garde dans une autre structure médicale)** **Structure monosite – monopôle**
Structures concernées	**Biochimie-Hormonologie, Hématologie, Immunologie, Biologie Cellulaire (marqueurs tumoraux et thyroïdiens), Parasitologie**
Structure médicale	**Oui – modèle 2 – UF de pôle**
Activité Dépenses	**Activités réparties au sein des services de spécialités fondateurs** **Ventilation annuelle des dépenses (1 UG par service participant, calcul des journées travaillées par spécialité)**
Mutualisation	**PM, Encadrement (partagé avec services), PNM dédié, Locaux, Services (préanalytique), Matériels, Budget**
Gouvernance	**Responsable médical de l'unité fonctionnelle (PH plein temps)** **Comité de coordination (responsable, biologistes et cadres, 2/mois, décisions par consensus)** **Réunion technique (responsable, TLM jour, représentant TLM nuit, 1/semaine, concertation)** **Revue de contrôles de qualité (qualité, 2/mois)**
Organisation	**PM : responsable médical PH, 1 Ass, 1 PA affectés sur la plateforme. Les praticiens de chaque spécialité valident la plupart des examens de leur compétence (responsabilité prise par spécialité).** **PNM dédié multicompétent**
Objectifs initiaux	**Homogénéiser les pratiques et les processus** **Optimisation des moyens affectés** **Réduction des coûts (regroupement des réceptions)** **Spécialisation et multicompétence du PNM** **Facilitation du processus d'accréditation**
Difficultés rencontrées	**Culture du partage difficile à installer au niveau de certains chefs de service et des collégiales de spécialités – Amélioration progressive** **Pas de conversion du projet de site en projet de GH** **Difficultés limitées grâce à une préparation importante en amont (logistique, informatique, homogénéisation du préanalytique)**
Bénéfices observés	**Amélioration de la qualité (délais, procédures homogènes)** **Optimisation des moyens sur le site** **Augmentation d'activité (en attente de regroupements plus étendus)** **Facilitation du processus d'accréditation (extension en cours)**
Perspectives	**Extension de l'opération pour d'autres activités (bactériologie – virologie, biologie moléculaire PMA)** **Extension au GH** **Développements de partenariat publics et privés dans le territoire**
Sentiment global du porteur de projet	**Opération réussie et structurante** **Structure aujourd'hui opérationnelle – Développements possibles** **Points à reconsidérer dans l'avenir : limitation au site SLS**

	Entretien du 03/06/2015 – Dr Olivier Lascols – SAT – HUEP - Pôle BMP
Fonction de la personne rencontrée	**Responsable médical de la plateforme depuis sa création**
Dénomination	**Laboratoire Commun de Biologie et Génétique Moléculaires (LCBGM) – site SAT**
Caractéristiques	**Biologie et Génétique Moléculaire** **Structure monosite – monopôle** **Création en 1996**
Structures concernées	**Hématologie, Immunologie, Génétique, Bactériologie, Virologie, Parasitologie, Anatomie et Cytologie Pathologiques**
Structure médicale	**Oui – modèle 3 – UF de pôle**
Activité Dépenses	**Activités et dépenses recueillies au sein de la plateforme**
Mutualisation	**PM, Encadrement, PNM dédié, Locaux, Services, Matériels, Budget**
Gouvernance	**Responsable médical de l'unité fonctionnelle (PH plein temps)** **Bureau (responsable médical, adjoints par spécialités, cadre, 2/mois)** **Règlement intérieur : non finalisé car jugé inutile en raison du bon fonctionnement** **Staffs d'unité = conseil scientifique et médical (responsable, cadre, biologistes, 1/3 mois)** **Staff technique (responsable, cadre, TLM, 1/mois)**
Organisation	**PM : responsable médical MCU-PH affecté sur la plateforme. Les praticiens de chaque spécialité valident la plupart des examens de leur compétence (responsabilité prise par spécialité).** **PNM dédié multicompétent**
Objectifs initiaux	**Amélioration de la qualité** **Homogénéiser les pratiques et les processus** **Optimisation des moyens affectés** **Spécialisation et multicompétence du PNM** **Regroupement des compétences médicales** **Facilitation du processus d'accréditation**
Difficultés rencontrées	**Culture du partage difficile à installer au niveau du PM et du PNM** **Mutualisation de l'équipe technique (fusion à partir d'équipes de services) difficile au début** **Acquisition progressive de la polycompétence des TLM lente et difficile**
Bénéfices observés	**Amélioration de la qualité (accessibilité rapide aux tests innovants, délais)** **Optimisation des moyens sur le site** **Augmentation d'activité (constante depuis 15 ans, limites de capacité atteintes)** **Facilitation du processus d'accréditation (extension en cours)** **Amélioration de l'efficience (investissements faibles, augmentation de l'activité et des effectifs avec amélioration du ratio activité/dépenses)**
Perspectives	**Nécessaire augmentation de capacité pour suivre les besoins cliniques croissants (hématologie moléculaire, microbiologie moléculaire, oncogénétique)** **Extension au GH (intégration dans projet Bio-EST)** **Développements de partenariat publics et privés dans le territoire (Ville de Paris)**
Sentiment global du porteur de projet	**Opération réussie et structurante** **Structure aujourd'hui opérationnelle – Développements possibles**

Annexe 4 – Questionnaire « Alternatives à l'hospitalisation »

Modifier ce formulaire

Plateformes multidisciplinaires - Alternatives à l'hospitalisation

Les travaux menés par la Commission des Structures et des restructurations de la CME-APHP sur les alternatives à l'hospitalisation ont démontré l'intérêt de pousser plus loin la création de plateformes partagées d'hospitalisation de jour tant en médecine, en chirurgie ambulatoire ou en cancérologie dans un objectif de développement de l'activité et d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'efficience des moyens qui y sont affectés. Cet objectif figure parmi les priorités du plan stratégique de l'APHP pour la période 2015-2018. Ce questionnaire a pour objectif de faire un état des lieux dans le domaine. Nous souhaitons notamment recueillir l'avis des Présidents des commissions des structures des GH de l'AP-HP.

*Obligatoire

Quel GH représentez-vous ? *

HUPNVS, HUPS, HUEP, etc.

Quelle est la dénomination affichée de la plateforme multidisciplinaire objet de cette réponse ? *

Quelle est le domaine d'activité de cette plateforme ? *

- ○ Médecine
- ○ Chirurgie ambulatoire
- ○ Cancérologie

Quelle est la nature de la patientèle , *

- ○ Adulte
- ○ Pédiatrique

Quelles ont les structures de spécialités impliquées dans cette plateforme ? *

Noms des structures médicales ou chirurgicales concernées par l'activité de la plateforme

Les structures impliquées appartiennent -elles à plusieurs pôles ?

○ Oui
○ Non

La plateforme est-elle érigée en tant que structure médicale ? *
UF, service ou département

○ Oui
○ Non

Si oui, quelle est la structure retenue comme support de la plateforme ?

○ Unité Fonctionnelle de pôle
○ Unité Fonctionnelle de service ou de département
○ Service
○ Département

Quel est le périmètre de mutualisation ou de partage ? *

☐ Personnel médical
☐ Encadrement non médical
☐ Personnel non médical
☐ Services (secrétariat - accueil par exemple)
☐ Locaux (boxes par exemple)
☐ Matériels (blocs par exemple)
☐ Budget de fonctionnement
☐ Autre : _____

Quel est le mode de gouvernance retenu ? *
Décrivez succinctement celui-ci : direction ou coordination par un responsable médical, organisation de l'encadrement non médical, nature de l'instance de coordination (ex : conseil de bloc, bureau, réunion d'unité)

Quel est le mode de recensement de l'activité retenu ? *

○ Activité recensée au sein de la plateforme
○ Activité répartie au sein des structures de spécialités concernées
○ Système mixte

Les dépenses associées au fonctionnement de la plateforme sont elles ventilées de façon cohérente avec l'activité réalisée ? *

○ Oui

○ Non

Quels étaient les objectifs/avantages attendus par votre GH à propos de la mise en place de cette plateforme ? *

Il s'agit d'objectifs attendus lors de la discussion sur la structure au sein de la commission

☐ Amélioration de la qualité de prise en charge des patients

☐ Optimisation des moyens affectés

☐ Autre :

Quelles ont été les principales difficultés à surmonter lors de la préparation et/ou de la mise en route de la plateforme ?

ex : résistance au changement, fusion d'équipes, réticences des services de spécialités,etc.

Quelles ont été les réels bénéfices de cette opération après un an de fonctionnement ?

☐ Amélioration de la qualité de prise en charge

☐ Optimisation des moyens

☐ Augmentation d'activité

☐ Autre :

Envoyer

100 % : vous avez réussi.

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Signaler un cas d'utilisation abusive - Conditions d'utilisation - Clauses additionnelles

Annexe 5 – Questionnaire « Biologie »

Modifier ce formulaire

Plateformes multidisciplinaires - Biologie Médicale et Pathologie

Les innovations technologiques en biologie, alliées avec les contraintes nouvelles en matière de qualité et d'efficience, ont démontré l'intérêt de pousser plus loin la création de plateformes partagées en Biologie-Pathologie.

Des organisations nouvelles se sont développées, surtout dans le domaine de la biologie, et reposant là aussi pour des raisons de mutualisation des équipements et de performance des organisations sur la mise en place de plateformes partagées entre plusieurs spécialités dont le fonctionnement doit être lisible pour tous les acteurs concernés sur le plan du suivi d'activité, efficient sur un plan médico-économique, et compatible avec le projet d'accréditation des laboratoires.

Ce questionnaire a pour objectif de faire un état des lieux dans le domaine. Nous souhaitons notamment recueillir l'avis des chefs de pôles de Biologie-Pathologie des CHU de France. Les résultats de ce sondage seront restitués auprès du Président de la Conférence des chefs de pôles de Biologie-Pathologie des CHU.

Si vous avez l'expérience de plusieurs types de plateformes multidisciplinaires : biologie générale et urgences, génétique et biologie moléculaires, spectrométrie de masse, sérologies infectieuses, etc., avec des modes d'organisations différents et adaptés, nous vous remercions de bien vouloir répondre à un questionnaire par structure.

*Obligatoire

Quel CHU ou GH représentez-vous ? *

ex: nom de la ville ou nom du groupe hsopitalier pour AP-HP, HCL, AP-HM

Quelle est la dénomination affichée de la plateforme multidisciplinaire objet de cette réponse ? *

Quelle est le domaine d'activité de cette plateforme ? *

- ○ Biologie générale et urgences
- ○ Biologie et génétique moléculaires
- ○ Spectrométrie de masse
- ○ Sérologies infectieuses
- ○ Autre :

S'agit 'il d'une plateforme : *

- ○ Monosite ?
- ○ Multisites ?
- ○ Régionale ?

Quelles ont les structures de spécialités impliquées dans cette plateforme ? *

Noms des structures de biologie-pathologie concernées par l'activité de la plateforme

Les structures impliquées appartiennent -elles à plusieurs pôles ?

- ○ Oui
- ○ Non

La plateforme est-elle érigée en tant que structure médicale ? *

UF, service ou département

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, quelle est la structure retenue comme support de la plateforme ?

- ○ Unité Fonctionnelle de pôle
- ○ Unité Fonctionnelle de service ou de département
- ○ Service
- ○ Département

Quel est le périmètre de mutualisation ou de partage ? *

- ☐ Personnel médical
- ☐ Encadrement non médical
- ☐ Personnel non médical
- ☐ Services (secrétariat - accueil par exemple)
- ☐ Locaux
- ☐ Matériels et automates
- ☐ Budget de fonctionnement
- ☐ Autre : _____

Quel est le mode de gouvernance retenu ? *

Décrivez succinctement celui-ci : direction ou coordination par un responsable médical, organisation de l'encadrement non médical, nature de l'instance de coordination (ex : conseil scientifique, bureau, réunion d'unité)

Quel est le mode de recensement de l'activité retenu ? *

- ○ Activité recensée au sein de la plateforme
- ○ Activité répartie au sein des structures de spécialités concernées
- ○ Système mixte

Les dépenses associées au fonctionnement de la plateforme sont elles ventilées de façon cohérente avec l'activité réalisée ? *

- ○ Oui
- ○ Non

Quels étaient les objectifs/avantages attendus par votre GH à propos de la mise en place de cette plateforme ? *

Il s'agit d'objectifs attendus lors de la discussion sur la structure au sein de la commission

- ☐ Amélioration de la qualité de prise en charge des examens pour les patients
- ☐ Optimisation des moyens affectés
- ☐ Simplification du processus d'accréditation
- ☐ Regroupement des compétences médicales
- ☐ Spécialisation des personnels non médicaux
- ☐ Autre :

Quelles ont été les principales difficultés à surmonter lors de la préparation et/ou de la mise en route de la plateforme ?

ex : résistance au changement, fusion d'équipes, réticences des services de spécialités,etc.

Quelles ont été les réels bénéfices de cette opération après un an de fonctionnement ?

- ☐ Amélioration de la qualité (délais)
- ☐ Optimisation des moyens
- ☐ Augmentation d'activité
- ☐ Réduction des coûts (ROI)

☐ Autre :

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

100 % : vous avez réussi.

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Signaler un cas d'utilisation abusive - Conditions d'utilisation - Clauses additionnelles

Annexe 6 – Résultats du sondage « Alternatives à l'hospitalisation »

	Questionnaire en ligne « Alternatives à l'hospitalisation » - Mai-Juin 2015
Personnes sondées	Présidents des Commissions des Structures des GH de l'AP-HP
Résultats	7 réponses provenant de 4 GH, 1-3 réponses par GH
Dénominations	HDJ (médecine, pédopsychiatrie, endocrino-diabétologie) Chirurgie ambulatoire
Caractéristiques	Médecine 5/7, Chirurgie 1/7, Cancérologie 1/7 Multi pôles 4/7
Structures concernées	2 – 11 services concernés
Structure médicale	Oui dans 6 cas sur 7, UF de pôle (5/6), UF de service (1/6)
Activité Dépenses	Activité : plateforme 1/7, Services 3/7, Mixte (3/7) Dépenses : associées aux activités 6/7
Mutualisation	PM (6/7), Encadrement (6/7), PNM (7/7), Services (7/7), Locaux (7/7), Matériels (7/7), Budget (6/7)
Gouvernance	Coordonnateur – porteur de projet 6/7 Cadre 3/7 Réunions d'unité 2/7 Référents par discipline 1/7
Objectifs initiaux	Qualité prise en charge 5/7 Optimisation des moyens 7/7
Difficultés rencontrées	Réticences de la direction 1/7 Résistance au changement 1/7 Capacité des PNM à prendre en charge des spécialités différentes 2/7 Inquiétudes des équipes 1/7 Problèmes de locaux 1/7
Bénéfices observés	Amélioration de la qualité 3/7 Optimisation des moyens 2/7 Non évalué à ce jour 2/7

Annexe 7 - Résultats du sondage « Biologie »

Questionnaire en ligne « Biologie Médicale » - Mai-Juin 2015	
Personnes sondées	Chefs de pôles de Biologie Pathologie des CHU de France (avec l'aide du Pr Marc Maynadié – Dijon – Président de la Conférence des Chefs de pôle des CHU)
Résultats	17 réponses provenant de 10 CHU, 1-3 réponses par CHU 2 réponses de l'AP-HP
Dénominations	Biologie générale et urgence 8/17 Biologie moléculaire 3/17 Spectrométrie de masse 1/17 Sérologies 2/17 Génomique microbiologique 1/17 Hématologie Virologie 1/17 Cytométrie de flux 1/17
Caractéristiques	Monosite 15/17 Multisites 1/17 Régionale 1/17 Multipoles 2/17
Structures concernées	2-6 services de biologie Biochimie 13/17 Hématologie 11/17 PharmacoToxicologie 9/17 Microbiologie 10/17 Génétique 5/17 Immunologie 5/17 ACP 1/17
Structure médicale	Structure médicale 12/17 UF de pole 7/12 UF de service 5/12
Activité Dépenses	Activité : Plateforme 2/17, Services 13/17, Mixte 2/17 Cohérence activité/dépenses 15/17
Mutualisation	PM 4/17 PNM 10/17 Encadrement 10/17 Locaux 17/17 Matériel 13/17 Services 8/17 Budget 6/17
Gouvernance	Responsable médical 8/17 Conseil ou bureau 2/17 Par spécialités 6/17
Objectifs initiaux	Qualité 9/17 Optimisation moyens 16/17 Optimisation locaux 1/17 Simplification accréditation 2/17 Harmonisation des pratiques entre spécialités 1/17
Difficultés rencontrées	Informatique 1/17 Harmonisation 3/17 Personnel technique 4/17 Secrétariat 1/17 Aucune difficulté 3/17 Logistique 1/17 Locaux 1/17 Résistance au changement 5/17 Fusion d'équipes 2/17 Respect des disciplines 1/17
Bénéfices observés	Optimisation des moyens 12/17 Simplification des circuits 1/17 Augmentation d'activité 3/17 Réduction des couts 6/17 Qualité 3/17

Annexe 8 – Avis de la collégiale de Biochimie sur les plateformes « haut débit »

Paris le 30 septembre 2013

A propos de la gouvernance des plateformes de réalisation des examens de Biologie médicale à haut débit (PFHD)

Pr. B. Baudin, *Président du SBPHU*, Dr. MJ Cals, *Secrétaire Générale FNSBPHU*, Dr. R. Couderc, *Membre CME APHP*, Pr. L. Cynober, *Vice-président Collégiale de Biochimie SDP, APHP*, Pr. P. Gaussem, *Membre CME APHP*, Pr. B. Hainque, *Président Collégiale de Biochimie SDP, APHP*, Dr. L. Musset, *Membre CME APHP*

1. De quoi parle-t-on ?

Une PFHD a pour vocation de réaliser des examens biologiques

i) Prescrits en quantité importante ou dans un contexte d'urgence.
ii) Dans les meilleures conditions de temps de restitution des résultats.
iii) Dans les meilleures conditions analytiques possibles et conformes à l'accréditation du LBM concerné.

Une PFHD est…une plate-forme :

- Que l'on appelle aussi plateau technique automatisé.
  La PFHD est l'aboutissement d'une démarche globale de réorganisation transdisciplinaire autour de modules robotisés et consiste à la mise en commun des systèmes pré-analytiques et analytiques ainsi que de la logistique afférente.
  La mutualisation des activités de garde et du personnel de plusieurs services a été mise en place par les biologistes responsables afin de permettre une garde de biologie polyvalente et de gagner ainsi en efficience.
  La PFHD concerne les trois phases de l'examen : préanalytique (centrifugation, triage et aliquotage), analytique et post-analytique (retour des résultats et leur interprétation, conservation des échantillons après analyse).
  Les examens de biologie traités par la PFHD peuvent être :
  - Des examens usuels prescrits en très grande quantité et ne nécessitant pas de préparation particulière de l'échantillon.
  - Des examens spécialisés mais fréquemment prescrits et/ou demandés en urgence (ex : marqueurs cardiaques tels que troponine).
  - Des examens très spécialisés mais adaptés à un dosage sur une chaîne automatisée (ex : marqueurs tumoraux).

  A l'inverse, certains examens usuels, spécialisés ou très spécialisés ne sont pas éligibles à la PFHD soit parce qu'il n'existe pas de solution analytique simple, soit parce que le flux de prescription ne le justifie pas.
  Soulignons que certains examens (comme les gaz du sang, certains examens de microbiologie) ne sont sur la PFHD qu'à des fins organisationnelles, notamment pour leur participation à la garde.

La PFHD peut-elle être un service ou une UF rattachée au pôle ?

A l'évidence non, car :

- Un service de Biologie Médicale est une structure médicale qui, outre des activités de soins peu ou pas automatisées et une activité de soin très automatisée, décline une activité de recherche d'amont (surtout si la structure fait partie d'un CHU), une recherche translationnelle et une recherche bioclinique. Ainsi, l'activité du service (ou de l'UF) est sous le contrôle direct des biologistes médicaux responsables qui exercent leur expertise médicale.

F:\Documents\Docs Boulot\GOUVERNANCE PFHD exam biol Haut débit CCH 13-152 220913.doc

1/4

- Le service répond à une stratégie médicale au service du patient, tandis que la PFHD doit rester une option technique ou purement logistique. Par conséquent, faire d'une PFHD un service est une confusion entre la fin (i.e. le diagnostic biomédical) et les moyens (i.e. la méthodologie utilisée pour effectuer les examens). Par ailleurs, sur de gros automates, on fait uniquement de la formation technique et pas de recherche digne de ce nom (si ce n'est peut-être dans le domaine de l'épidémiologie mais la collecte des données résulte d'avantage de la mise en commun de l'informatique que de celle des appareils). Prétendre faire de la recherche, même translationnelle, sur une PFHD est en contradiction avec l'objectif même des PFHD, qui tournent 24/24. Les mises au point de dosage, seront effectuées sur de petits appareils, plus souples et programmables.
- Une PFHD est par définition une organisation partagée et non cloisonnée de sorte qu'il ne faut surtout pas reconstituer une structure hermétique en lui donnant un statut de niveau « service » : la mise en commun des consultations ne débouche pas sur la création d'un nouveau service de médecine ; la mise en commun des blocs opératoires ne débouche pas sur la création d'un nouveau service de chirurgie.
- Il doit exister un continuum dans nos activités (cf. supra). La ligne de front n'est donc pas statique, mais dynamique (par exemple, il peut être pertinent d'implanter de nouveaux paramètres et d'en retirer d'autres, en fonction des avancées scientifiques, médicales et technologiques).
- En raison de ce continuum et de la nécessité pour le Biologiste d'exercer sa responsabilité médicale, sur l'ensemble du dossier du patient - bilan de base et examens spécialisés -, il n'est pas possible de séparer le PHFD du service support.
- En conclusion, donner une dimension médicale à une structure technique rend impossible une définition claire des responsabilités médicales, quel que soit le niveau où le curseur est mis.

2 – Le cas de la PFHD des Hôpitaux Universitaires Paris centre (site Cochin).

Elle devra réaliser des examens de Biochimie, d'Hématologie, d'Hormonologie, de Pharmaco-Toxicologie et d'Immunologie.

Le projet est d'en faire un Service dont la fiche de structure présente de nombreuses incohérences et n'est pas conforme avec la loi du 30 mai 2013 portant réforme de la Biologie Médicale. Ainsi, l'ensemble de cette fiche la rend, impossible à accréditer selon la norme ISO EN 15189 :

- La PFHD aura les dépenses à sa charge mais l'activité sera ventilée aux services supports ;

- La liste des examens réalisés sur la PFHD est établie par le Directeur de l'hôpital, mais la mise en place ou le retrait d'une analyse de la PFHD relève du Biologiste médical de la spécialité sauf pour les analyses relevant exclusivement de l'autorité des Biologistes médicaux de la PFHD ;

- La validation médicale est partagée entre les Biologistes de la PFHD et ceux des services supports. Par exemple, le Biologiste de la PFHD valide le calcium mais celui du service de Biochimie valide la protidémie et l'ionogramme. En conséquence, on peut penser que les cliniciens seront complètement perdus pour récupérer un résultat urgent. Par ailleurs, la prise en charge de l'urgence n'est pas clairement définie dans la Fiche de Structure. Ce partage des tâches irrationnel conduire fatalement à des errances diagnostiques dans certaines situations pathologiques.

- La liste des examens « réservés » aux Biologistes de la PFHD est un catalogue hétérogène dans lequel figurent des analyses aussi peu à haut débit et peu urgents que l'interleukine-6, la catalase, la glutathion réductase, la superoxyde dismutase etc.
  Il s'agit donc là d'un détournement de moyens qui aboutit à la mainmise d'un service sur l'activité spécialisée d'un autre service.
  Au total, cette Fiche de Structure entraîne un dédoublement des taches de validation biologique, la segmentation des responsabilités, ce qui est contreproductif et dangereux pour les Biologistes médicaux (aspect juridique en cas de problème ou d'erreur).
  Tout cela finalement correspond à la création d'un deuxième service de Biochimie à direction pharmaceutique sur le même site, ce qui est contraire à nos démarches de regroupement et nous décrédibilise.

3 – Proposition pour une gouvernance efficiente

- Une PFHD doit être un outil partagé, au service d'une collectivité, le Laboratoire de Biologie Médicale du GH.
- Il y a urgence à définir une gouvernance type à l'AP-HP, qui respecte les spécialités de Biologie Médicale, faute de quoi, dans le futur, bien peu de collègues seront prêts à s'impliquer dans ce type de structure.

- Proposition pour aboutir à ce que la PFHD soit un outil partagé :
  - Chaque service représenté dans la PFHD a une UF plate-forme avec, à sa tête, un Biologiste médical responsable ;
  - Les responsables d'UF Plate-forme forment un conseil de PF et élisent en leur sein un responsable. Cette responsabilité pourrait être tournante (tous les 2 ans par exemple).

Le schéma ci-dessous résume cette proposition d'organisation.

F:\Documents\Docs Boulot\GOUVERNANCE PFHD exam biol Haut débit CCH 13-152 220913.doc
3/4

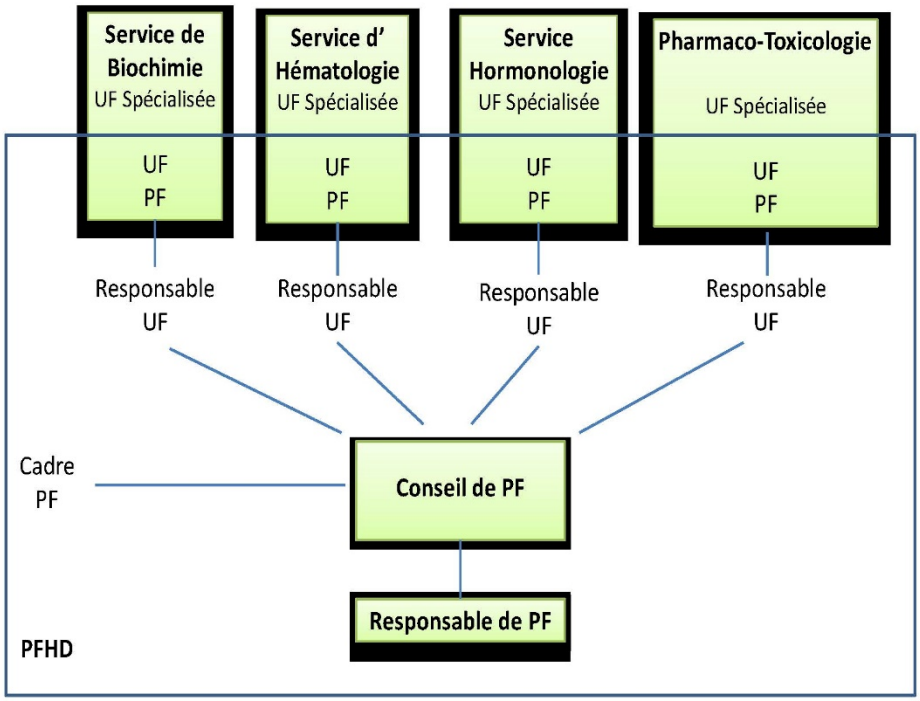


Schéma de gouvernance partagée d'un PFHD ou plateau technique automatisé

UF : unité fonctionnelle
PF : plate-forme

F:\Documents\Docs Boulot\GOUVERNANCE PFHD exam biol Haut débit CCH 13-152 220913.doc
4/4