

Les départements médico-universitaires

Directoire AP-HP - 18 septembre 2018
Directoire AP-HP - 2 octobre 2018

1 -

Les DMU - Retour aux origines

Pourquoi évoluer des pôles vers les DMU?

■ Malgré une grande variété de réalités à l'AP-HP (et au-delà)...

- ▶ une critique lancinante des pôles comme répondant mal aux enjeux de proximité et d'animation des équipes, aux enjeux stratégiques (lien avec les territoires, recherche), aux enjeux managériaux (gestion des PNM, PM, investissements), aux enjeux de gestion.

■ La nouvelle AP-HP, constituée de GH plus importants, proches des périmètres universitaire, associés à une déconcentration forte du siège,

- ▶ obligeait à modifier les pôles qui ne pourraient pas avoir le même objet et la même organisation que dans la configuration actuelle

■ L'évolution de la carte hospitalière francilienne modifie l'articulation entre les stratégies hospitalières et universitaires.

■ L'AP-HP est confrontée à des défis complexes

- ▶ relations avec les territoires, la médecine de ville et les GHT - évolution des besoins des patients et de l'organisation des parcours; stratégie de recherche dans un environnement mondialisé et dans le contexte de la réflexion sur les CHU.

Point d'étape sur les principes adoptés lors du séminaire Oïkeïosis des 9 et 10 juillet

■ Nouvelle organisation des structures médicales, reposant sur :

- ▶ Les services: niveau du travail d'équipe, proximité avec le patient, organisation de la clinique.
- ▶ Les DMU: réunissent des services unis par une logique de soins (filières) et une logique de recherche. Ils se substituent aux pôles actuels ;

■ Les DMU comportent plusieurs caractéristiques communes :

- ▶ Ils ont une gouvernance hospitalo-universitaire collégiale, autour d'un responsable ;
- ▶ Il /elle est nommé(e) selon une procédure associant les gouvernances de l'AP-HP, du GH et de – ou des- université(s) concernée(s) ;
- ▶ Le « jury » peut associer des personnalités extérieures, éventuellement étrangères ;
- ▶ La nomination se fait sur la base d'un projet incluant les 3 dimensions (soins, recherche, enseignement) ainsi qu'une qualité managériale ;
- ▶ La gouvernance du DMU associe une valence paramédicale, qui vise notamment à impliquer les personnels paramédicaux dans la recherche, les pratiques avancées ;
- ▶ Il peut être expérimenté une association de représentants de patients à la gouvernance ou au fonctionnement du DMU ou la désignation d'un « représentant référent patient » pour chaque DMU;

- ▶ Chaque DMU se voit désigner, dans l'équipe de direction du GH, un directeur comme référent, associé à la gouvernance du DMU ;
- ▶ La gouvernance du DMU se voit déléguer des compétences de gestion, dans le cadre d'un contrat ;
- ▶ Un DMU inclut dans son périmètre l'association avec les unités de recherche avec lesquelles il collabore ;
- ▶ Les responsables de DMU ne peuvent cumuler cette responsabilité avec celle de chef de service (sauf exception temporaire ou liée à un contexte particulier le justifiant). Les autres situations de cumul feront l'objet de précisions ultérieures ;
- ▶ La gouvernance du DMU, constituée autour d'un conseil de DMU, sera précisée ultérieurement ; elle veille à associer et créer des espaces d'échanges avec les services et avec les personnels et leurs représentants.

■ **Les DMU sont organisés selon des principes auxquels il peut être dérogé pour des raisons légitimes, qui doivent être communiquées au directoire de l'AP-HP.**

- ▶ Leur taille doit être telle que le nombre de DMU par GH ne devrait pas excéder 20 ;
- ▶ Des services d'une même discipline doivent être dans le même DMU, les disciplines pédiatriques pouvant justifier une exception, de même que la recherche d'une cohérence particulière au sein d'un site ;

2-

Les DMU, dans les nouveaux GH : enjeux juridiques et organisationnels

Enjeux juridiques et organisationnels

- **Dans l'attente d'éventuelles évolutions législatives et réglementaires envisagées pour l'AP-HP, les questions et paramètres suivants sont à prendre en compte :**
 - ▶ Quelle est la date de création des nouveaux GH ? *A priori 2 vagues sont envisageables*
 - ▶ Peut-on créer les GH en cours d'année ou faut-il absolument les créer au 1^{er} janvier ?
 - ▶ La date de création des GH a un impact sur les élections CME et CTE. Objectif de limiter le plus possible de multiples élections successives
 - ▶ → *Des scénarios et des calendriers répondant à ces questions seront proposés prochainement au directoire*

1) Quelle valeur ajoutée du DMU par rapport à l'organisation actuelle ?

- Des organisations répondant davantage à des logiques d'organisation médicale par rapport aux pôles actuels ;
- Meilleure articulation entre logique des soins et de recherche ;
- Des ensembles plus « stratégiques » que les pôles actuels ;
- Amélioration et meilleure lisibilité des parcours patient ;
- Renforcement de la collégialité : meilleure cohérence entre les services qui composent le DMU / meilleure cohésion entre les équipes.

2) Quels sont les écueils à éviter ?

- **Constitution d'ensemble trop grands, ne faisant pas « sens » aux yeux des personnes qui travaillent en leur sein ;**
- **Allongement et complexification des circuits de décision ;**
- **Gouvernance du DMU trop éloignée du terrain ;**
- **Perte des synergies existant actuellement au sein de certains pôles ;**
- **Difficultés à gérer l'organisation multi-sites et à concilier organisation médicale cohérente à l'échelle du GH et fonctionnement de proximité.**

3) Quels choix à opérer autour de la conception des DMU ?

- **DMU uniquement axé sur le projet médical ou devant intégrer des logiques de gestion ? Où et comment mettre le curseur ?**
- **Les DMU doivent-ils être conçus autour d'organes, de filières ou en recherchant une homogénéité de spécialités : exemples :**
 - ▶ DMU d'oncologie ou services d'oncologie intégrés à des DMU répondant à une logique d'organes (maladies du foie et de l'appareil digestif , etc.) ?
 - ▶ Services de SSR spécialisés rassemblés au sein d'un même DMU ou rattachés à des DMU dans une logique de filières (SSR neuro, pneumo, etc.) ;
 - ▶ Question de la pédiatrie ;
 - ▶ Question de la biologie : DMU de biologie ou rattachement des services de biologie aux DMU cliniques ?
- **Les DMU peuvent-ils appartenir à des fédérations supra-GH ?**

4) Quelle méthode pour réussir la mise en place des DMU ?

- Définir ce qui doit être commun à tous et ce qui doit relever de l'autonomie de décision des acteurs des nouveaux GH ;
- Veiller à associer aux réflexions les universités et les EPST ;
- Développer une réflexion commune mais laisser une place importante aux idées spontanées émergeant des GH ;
- Organiser la réflexion commune dans un cadre représentatif et inclusif (*cf. proposition de groupe de travail - diapositive suivante*)

Méthode de travail

- **Composition d'un groupe de travail chargé de proposer des réponses aux questions exposées ci-dessous, préalables à la constitution des DMU. Ce groupe, représentatif des différentes catégories professionnelles de l'AP-HP, pourrait être composée de la façon suivante :**
 - ▶ Un directeur général adjoint
 - ▶ Le président de la commission des structures
 - ▶ Le président de la commission temps et effectifs médicaux
 - ▶ Un chef de pôle
 - ▶ Un chef de service
 - ▶ Un doyen
 - ▶ 1 à 2 directeurs de GH
 - ▶ 1 à 2 directeurs de soins
 - ▶ 1 à 2 cadres paramédicaux de pôle.
- **Ce groupe présentera ses orientations au directoire qui proposera les arbitrages au directeur général et au président de CME.**

Ajout lors du
débat :
Représentatio
n PH et IDE

Les départements médico-universitaires

Directoire AP-HP - 2 octobre 2018

1-

Composition du groupe de travail DMU

2

DMU

Quelle réflexion
collective?

Quels enjeux de
communication?

Questionnaire nouvelle AP-HP

■ Anne Gervais

QUESTIONS

RÉPONSES **913**

913 réponses



Questionnaire nouvelle AP-HP

Ce questionnaire est anonyme et dure moins de 5 minutes. Il s'adresse aux médecins seniors.
Nous vous demandons de ne pas le remplir plus d'une fois afin que les résultats soient fiables.

Réponse 1 : 18/09, 07h46

Réponse 913 : 28/09, 17h26

JC Carel – Quelques enjeux

■ Le changement de nom Pôle / DMU est diversement apprécié entre

- ▶ ceux qui pensent que c'est un changement de nom cosmétique mais que la réalité est inchangée
- ▶ ceux qui pensent que c'est un piège et que finalement les Pôles n'étaient pas si mal
- ▶ ceux qui pensent que les DMU sont vraiment quelque chose de différent

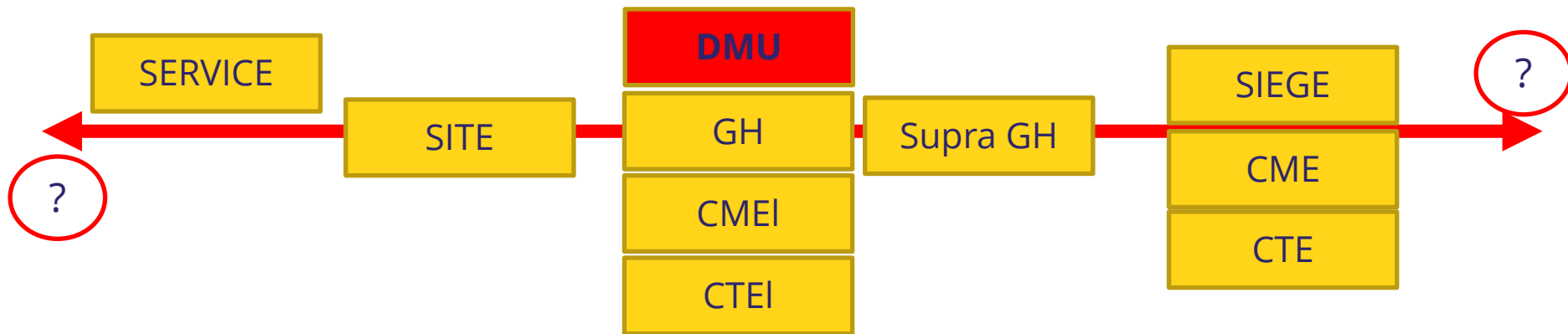
■ -- >Mettre en avant que Pôles et DMU c'est ni tout à fait pareil ni tout à fait différent

■ Guidelines sur la structurations et l'organisation des DMU ne doivent être ni trop rigides ni trop vagues mais poser des principes qui doivent ensuite être utilisés par les communautés en sachant que :

- ▶ Une recette ne marchera pas partout (bio, médecine, chirurgie, mono-organe, mono-parcours, ...)
- ▶ La création d'ensembles plus larges (quel que soit le découpage final) amène forcément à revoir les contours des Pôles actuels et permet la création d'ensembles potentiellement plus cohérents.
- ▶ Il faut mettre des lignes rouges sur la création de structures parallèles et concurrentes basées sur des mésententes historiques (ex rhumato A / rhumato B, radio A / radio B, ...).
- ▶ Au-delà de quelques principes de ce type, le mode de composition doit être assez libre.
- ▶ Un DMU n'est pas une forteresse et sera forcément en interaction avec de nombreux DMU intra-big-GH et supra-big-GH. (Exemple, notre fédération d'anesthésie supra-GH avec Necker)

■ Il y a quelques points essentiels à aborder de front dès maintenant :

- ▶ vie de site vs vie de DMU
- ▶ qui fait la gestion (PM, dépense) – le DMU, le site, autre ? le terme de matriciel n'est pas assez clair et véhicule beaucoup d'inquiétude
- ▶ quid de l'appel d'offre DHU – Si DMU = DHU avec une sélection par l'appel d'offres DHU de certains DMU, cela va beaucoup orienter la composition des DMU. Si au contraire, les DHU peuvent se recomposer à partir de plusieurs DMU, ça change la donne.



- Pilotage / prévention de l'absentéisme et arbitrage entre recrutement, intérim et heures supplémentaires
 - Organisation d'un pool de remplacement PNM
- Priorisation de postes pour la révision de praticiens hospitaliers
 - Priorités d'investissement en équipement (arbitrage entre les respirateurs de 3 réanimation ou entre respirateurs et échographes)
- Préparation & signature d'une convention pour un poste partagé entre un service de l'AP et un CH ou un centre de santé
 - Animation du réseau des médecins partenaires
- Consolidation des EIG, certification, plans d'actions et prévention dans les secteurs à risque

Le groupe de travail DMU

Jeudi 11 octobre 2018

1

Composition du groupe de travail

Groupe DMU

Pr JC Carel / F. Crémieux
Pr N. Charnaux (doyen)
Pr P Legmann
Pr T. Begué

Recherche

Pr F. Goffinet
Pr S. Lyonnet

Chefs de pôles

Pr C. Poyart
Dr P. Rufat
Pr F. Menegaux
Pr C. Paugam
Pr. E. Martinod
Pr P. Wolkenstein

Chefs de services

Pr J Pouchot
Pr R. Levy
Dr N. Pons-Kerjean
Dr C. Beyler
Pr A. Benachi
Pr A. Mekontso
Dr S. Beaune

PH

Dr MI Bornes
Dr S. Choquet
Dr C. Rioux
Dr N. de Castro
Dr B. Parier
Dr JP David
Dr A Frazier

Directeurs, cadres,

P. de Wilde
VN Delpech
G. Gans
M. Bertrand-Mapateau
F. Bousquié
D. Pellasy
C. Guenot
G. Hoarau
N. Benarab
M. Lajoux

PUPH

Pr T. Similowski
Pr C. Thieblemont
Pr A. Luciani
Pr JL Gaillard
Pr C. Delacourt

Représentante patients

M. Citrini

Composition du groupe DMU

■ Une pluri-disciplinarité:

- ▶ Biologie: microbiologie, biochimie, pharmacie, génétique
- ▶ Chirurgie: orthopédie, thoracique, urologie
- ▶ Obstétrique: chirurgie, PMA
- ▶ Médecine: med. Intern, dermatologie, cardio, réa-med, urgence, pneumo, hémato, maladie inf., gériatrie, anesthésie-réa, pédiatrie, rhumatologie
- ▶ Radiologie,

■ Une représentation mixte H & U : HU (19), PH (12), CGS & cadres (4), adm. (6)

■ Deux représentants des enjeux de la recherche (DHU & IHU)

■ Une représentante des patients

■ Un groupe de 40 personnes, 17 Femmes

Calendrier de travail

- **11 octobre - mail à tous les membres du groupe DMU**
- **13 octobre: réunion téléphonique - informations générales, cadre des travaux, attendus et calendrier**
- **Samedi 20 octobre: réunion présentielle**
- **7-8 novembre - réunion téléphonique**
- **Samedi 17 novembre : réunion présentielle**
 - ▶ Directoire 27 novembre
- **3 décembre - réunion téléphonique**
 - ▶ CME 4 décembre
 - ▶ Séminaire Oikeiosis le 10 décembre
 - ▶ Directoire le 11 décembre