



Marie-Ange DESAILLY-CHANSON¹

Nouvelle gouvernance : Quelle place pour la biologie ?

RÉSUMÉ

A l'heure où les hôpitaux doivent s'organiser en pôles, se pose la question de savoir avec quels services ceux de biologie doivent se réunir. Ces regroupements en pôles doivent permettre d'améliorer la prise en charge du patient en optimisant les moyens. Cette réflexion interne hospitalière ne doit pas être dissociée des actuelles évolutions sanitaires, libérales et européennes. L'avenir de la biologie se trouve lié à l'efficacité, la qualité et la performance. Penser à des pôles de territoire est probablement une des pistes qui permettra à la biologie hospitalière d'exister demain en démontrant sa plus-value.

MOTS-CLÉS

Pôle, biologie, gouvernance

New management : how laboratory medicine should be positioned ?

SUMMARY

Now that hospitals have to be organized around poles, we have to ask ourselves with which medical entity, laboratory medicine should be set together ? These poles reunifications should improve cares delivered to the patients with the best available techniques and tools. This hospital internal thought should not be dissociated from the current medical, liberal and European evolutions. The future of laboratory medicine is linked to efficiency, quality and performance

Thinking about territorial poles is certainly one of the few ways which will allow to laboratory medicine, to exist tomorrow and to demonstrate its necessity and benefits.

KEYWORDS

Poles, laboratory medicine, new management

I – Introduction

La réorganisation en pôles des hôpitaux est engagée. Les laboratoires de biologie réfléchissent avec quels autres services de l'hôpital ils peuvent envisager une association. Cette réflexion peut-elle être uniquement interne à l'établissement ? Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire III mettent en avant l'organisation territoriale. La biologie libérale se réforme. La biologie française de proximité constitue une exception au sein de l'Union Européenne. Enfin, l'efficacité est le maître mot actuel en santé.

II – La nouvelle gouvernance

L'ordonnance du 2 mai 2005 institue la création de pôles d'activité dans les établissements publics de santé. Les pôles cliniques et médico-techniques, définis conformément au projet médical sont installés

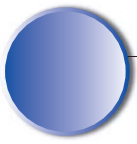
par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif.

Les établissements devront avoir défini cette organisation au plus tard le 31 décembre 2006.

Ces pôles doivent permettre à l'accomplissement des missions de l'établissement. Ils sont définis librement par chaque établissement que ce soit pour leur dénomination, leur nombre, leur taille ou leur composition. Concernant la taille des pôles, le texte précise que celle-ci doit permettre la contractualisation. La criticité de la taille est-elle en rapport avec le nombre de lits, le nombre de personnels, les recettes ou les dépenses ? Chacun est libre d'apprécier...

Un pôle est composé de structures internes, de services et d'unités fonctionnelles ayant des activités communes ou complémentaires. Par délégation du pôle, les services ou structures internes assurent la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, l'enseignement et la recherche le cas échéant. Le recours à une démarche de contractualisation interne accompagne l'installation des pôles. Elle doit permettre le «décloisonnement»

¹C.H.D. - 85925 La Roche sur Yon - Cedex 9 - Tél. : 02 51 44 62 93 - Fax : 02 51 44 64 78 - E-Mail : ma.desailly@chd-vendee.fr



des hôpitaux et ainsi améliorer la prise en charge des patients aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire.

Les hôpitaux mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégation de gestion de la part du directeur.

Le contrat est négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'une part, et chaque responsable de pôles d'activité d'autre part.

Le contrat définit pour le pôle : les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens, les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement aux résultats, les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Une évaluation annuelle du contrat est prévue entre les cosignataires selon les modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration, après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

III – Les pôles : principes généraux

L'organisation par pôles de l'ensemble des activités hospitalières se traduit par le regroupement des disciplines médicales, chirurgicales ou médico-techniques, répondant soit à une logique d'organes, soit à une logique de prise en charge et de complémentarité, soit à une logique de besoins spécifiques (personnes âgées), soit à une logique de plateau technique regroupé, soit à une synergie d'objectifs.

Cette réorganisation des activités répond à trois soucis majeurs :

- placer le patient au centre de l'organisation pour optimiser le recours à des compétences spécialisées et complémentaires en favorisant une prise en charge cohérente et globale de la personne malade ;
- mettre en commun des moyens (personnels, locaux, équipements, informations, etc..) ;
- permettre une logique de déconcentration de gestion et de contractualisation interne.

Cette organisation doit en premier répondre à une logique médicale. Dans le contexte actuel, il est évident qu'elle est sous tendue par une logique économique. Les pôles doivent permettre de conforter une approche médico-économique.

Il n'existe pas et il ne doit pas exister un modèle unique de découpage en pôles. Chaque établissement doit réfléchir à son organisation à partir de son histoire, de sa culture, de son type d'activités, de sa taille, de son architecture. N'oublions pas non plus les hommes. Ils sont au centre de ces regroupements qui ne se feront pas sans leur approbation et leur implication.

Il ne s'agit pas de faire un pôle pour un pôle en raison d'une contrainte légale. Un pôle doit être constitué sur la base d'une réflexion médicale pour lui permettre de vivre au quotidien au bénéfice du patient. Le regroupement de structures entraîne nécessairement une optimisation de la prise en charge du patient et/ou de moyens. La réflexion devient alors médico-économique.

IV – Les pôles et la biologie

Selon les principes énoncés ci-dessus, plusieurs associations sont envisageables. Pour les plus gros centres hospitaliers, le regroupement des services de biologie est une évidence. La réunion de ces différents services est une réalité dans les centres hospitaliers non universitaires sous forme de fédération ou de département de biologie.

L'association de la biologie et de l'anatomopathologie semble naturelle. Le personnel technique a la même formation, les modes de fonctionnement des secrétariats sont proches, la gestion des réactifs est identique et certaines techniques ne sont pas très éloignées (ex : biologie moléculaire, cytométrie en flux). Curieusement, ce pôle suscite de nombreuses réticences alors que ces deux spécialités ont une réelle possibilité de concourir à une réflexion diagnostique commune et de mutualiser leurs moyens.

La biologie avec les vigilances se comprend car les responsables des vigilances sont très fréquemment des biologistes. Un autre argument est que ce sont des données biologiques qui sont utilisées notamment en hygiène et en hémovigilance.

La biologie réunie avec le service des urgences se conçoit aisément. Les urgences sont un important prescripteur d'analyses de biologie. Le cœur du projet d'un tel pôle sera d'améliorer le circuit de la prescription ou retour du résultat.

La biologie dans un pôle médico-technique avec la pharmacie, l'imagerie voire le bloc opératoire paraît peu pertinente. Ce pôle ne répond ni à l'amélioration de la prise en charge du patient, ni à l'optimisation des moyens. Même sur le seul angle économique, ce pôle n'apporte rien. Les moyens humains ne peuvent être mutualisés. La seule fonction identique qu'est le secrétariat est organisée de façon différente dans chaque spécialité. Les investissements matériels et informatiques sont différents et sont même souvent en rivalité car leurs montants sont élevés.

On peut toutefois citer un argument en faveur de ce pôle. En effet, tous ces services sont des prestataires. Ils répondent à une prescription des services cliniques. Or ces spécialités médico-techniques sont bien souvent oubliées quand un projet clinique voit le jour. Les retombées en terme de charge de travail ne sont pas toujours mesurées. Auraient-ils ensemble plus de poids et pourraient-ils être mieux à même de se défendre ?

Un des objectifs de la gouvernance est la médicalisation du management avec l'espoir de mieux utiliser les ressources, voire de diminuer les dépenses médicales.

La création d'un pôle médico-technique ne permet pas d'améliorer l'efficacité d'un service de biologie, c'est à dire la meilleure prestation biologique au meilleur coût.

Un pôle se construit sur les bases d'une réflexion médicale, d'un projet commun. L'un des premiers bénéfices doit être en faveur de la prise en charge du patient dans l'établissement. Mais la réflexion ne peut s'arrêter aux portes de l'hôpital.

V – L'environnement change

Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire III ont été publiés en mars 2006. Ils mettent en avant une organisation territoriale graduée. Les prises en charge vont être déclinées sous forme de filières autour d'un plateau technique auquel la biologie appartient. Bien souvent oubliée des concertations, la biologie doit, elle aussi, s'organiser sur le territoire de santé.

Concernant la biologie privée, force est de constater que celle-ci s'est engagée dans un processus de réorganisation. La biologie de proximité évolue et se restructure. Ainsi on peut observer une forte augmentation des Sociétés d'Exercice Libéral (SEL). Ces regroupements, ce nouveau mode d'exercice de l'activité, peut constituer un outil efficace de restructuration en permettant une optimisation du fonctionnement et la création de plateaux techniques performants.

L'exercice lui-même se modifie. Confrontés à un âge moyen élevé des biologistes, à une féminisation de la profession, au souhait de voir vie professionnelle et vie privée mieux s'accorder et à une rationalisation économique, les laboratoires privés se regroupent et des difficultés à céder de petits laboratoires émergent.

Parallèlement, des groupes financiers disposant de moyens importants ont depuis quelques années fait la démonstration de leur intérêt pour le secteur de la biologie médicale.

De grands laboratoires de sous-traitance proposent déjà des rabais conséquents (jusqu'à plus de 40 %) aux hôpitaux. Ils sont également en passe de se libérer des contraintes imposées par la loi de 1975 réglementant les laboratoires d'analyses médicales.

Le rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale 2005 pointe la biologie dans un de ses chapitres. Il estime que la législation actuelle favorise la biologie de proximité par des normes très restrictives en matière de qualifications, d'effectifs, de locaux et de détention de capital. Il prône son assouplissement pour faciliter le regroupement des laboratoires et ainsi permettre des économies d'échelle.

Le seul indicateur existant actuellement et permettant de comparer les laboratoires entre eux est le coût du B. Certes c'est un très mauvais indicateur dénoncé par les professionnels mais il est utilisé aussi bien dans le rapport de la Cour des Comptes que dans l'échelle du coût d'Angers. Pour un B payé 0,27 €, le prix de revient moyen dans les hôpitaux sous dotation globale est de 0,23 € et varie de 0,106 à 0,27 dans l'échelle d'Angers.

Quelles explications pouvons-nous donner à de telles variations ? Sommes-nous certains de toujours être efficaces, performants ?

Autre point, la biologie française doit désormais raisonner en intégrant les réalités européennes. Des réalités parfois très éloignées des nôtres, ainsi l'Allemagne qui dénombre près de 20 millions d'habitants de plus que la France compte égale-

ment 10 fois moins de laboratoires. L'évolution récente de la législation qui découle de l'arrêt rendu en le 11 mars 2004 par la Cour de justice des communautés européennes fait que des laboratoires d'autres pays membres peuvent s'implanter en France et qu'un assuré français peut demander le remboursement d'analyses réalisées dans un autre état membre.

Cette ouverture européenne pose également problème lorsque l'on considère l'hétérogénéité des formations des biologistes européens. La question de l'harmonisation des qualifications est aujourd'hui cruciale et fait l'objet d'une intense réflexion relative à la mise en place d'une plateforme commune à la profession, une réflexion à laquelle participe activement le Comité français du registre EC4 (European Communities Confederation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, www.ec-4.org).

L'Europe va nous obliger à nous restructurer pour être compétitif quantitativement mais également qualitativement. L'enjeu de la qualité est majeur et nécessite des investissements financiers initiaux avant d'obtenir des retombées bénéfiques.

L'exercice même de la biologie évolue, l'automatisation gagne sur chaque étape. Elle a commencé par l'analytique et le post-analytique et elle se développe aujourd'hui au niveau du pré-analytique. L'activité elle-même se spécialise et l'on peut se demander si un biologiste peut encore être polyvalent.

Face aux demandes des services cliniques, le biologiste doit sortir de son laboratoire pour apporter sa plus value : la biologie clinique. Le renforcement de la coordination des actions des professionnels de santé et l'optimisation accrue du suivi des patients passent nécessairement par un renforcement au quotidien du dialogue entre biologistes et cliniciens. La mutualisation des compétences entre biologistes devient importante pour développer l'expertise de chacun.

Compte-tenu des évolutions des technologies de l'information et de la communication, la distance n'est plus un obstacle. Ces moyens modernes doivent être utilisés dans la réflexion et la réorganisation de la biologie hospitalière.

VI – Conclusion

La biologie hospitalière doit se réorganiser. Ce n'est pas en se mariant avec d'autres services médico-techniques qu'elle peut envisager d'anticiper les contraintes aussi bien démographiques qu'économiques.

L'avenir est probablement à des pôles biologiques inter-établissement ou de territoire. En regroupant certaines activités, en mutualisant les compétences, la biologie hospitalière pourra apporter aux cliniciens une prestation de biologie performante. Les biologistes hospitaliers doivent être incontournables en démontrant la plus value de la biologie clinique française.