

# Permanence pharmaceutique sécurisation du circuit médicament responsabilité personnelle comment résoudre l'équation

Pascale AVOT

HOPHARM 2010 *Vitel*



## Dhos étude impact circuit med 2007/2008

### C - Informatisation du circuit du médicament

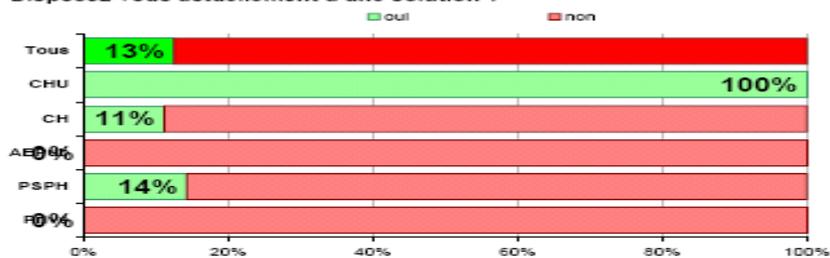
Votre établissement dispose t-il d'une solution  
d'informatisation du circuit du médicament ?

	Tous	CHU	CH	AEPub	PSPH	Privé
Nb d'établissements	30	1	13	3	8	5
dont nb éts exprimés	24	1	9	3	7	4
oui	3	1	1	0	1	0
non	21	0	8	3	6	4
oui	13%	100%	11%	0%	14%	0%
non	88%	0%	89%	100%	86%	100%

PICARDIE

### Informatisation du circuit du médicament

Disposez-vous actuellement d'une solution ?



## Dhos étude impact circuit med 2007/2008(2)

FRANCE

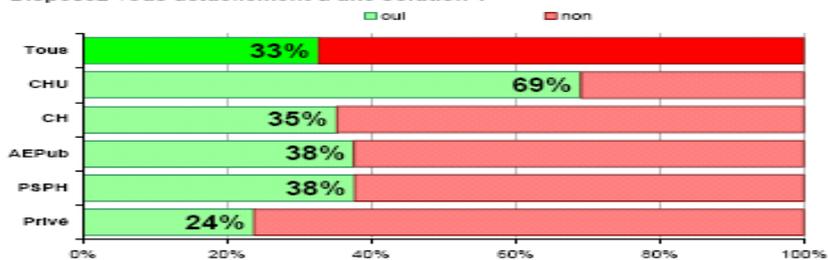
### C - Informatisation du circuit du médicament

Votre établissement dispose-t-il d'une solution d'informatisation du circuit du médicament ?

	Tous	CHU	CH	AEPub	PSPH	Privé
Nb d'établissements	1 528	57	377	208	239	647
dont nb éta exprimés	1 292	55	338	186	191	522
oui	423	38	119	70	72	124
non	869	17	219	116	119	398
oui	33%	69%	35%	38%	38%	24%
non	67%	31%	65%	62%	62%	76%

### Informatisation du circuit du médicament

Disposez-vous actuellement d'une solution ?



## Dhos étude impact circuit med 2007/2008(3)

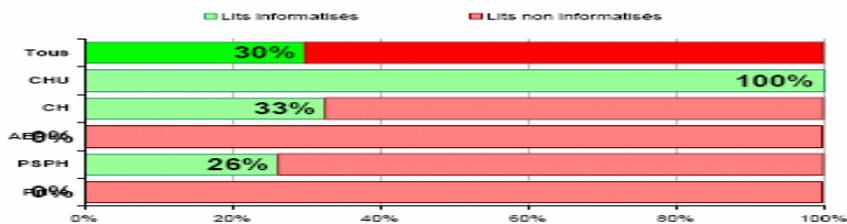
### C - Informatisation du circuit du médicament

Quel est le niveau actuel d'informatisation des lits pour au moins une étape du circuit du médicament ?

	Tous	CHU	CH	AEPub	PSPH	Privé
Nb d'établissements	30	1	13	3	8	6
dont nb éta en cours	8	1	4	0	3	0
dont nb éta à 100%	4	1	0	0	3	0
Nb éta avec nb lits	27	1	11	3	8	4
dont nb éta en cours	8	1	4	0	3	0
Nb total lits déclarés	6 649	247	4 440	627	1 107	228
dont nb lits informatisés	1 984	247	1 447	0	290	0
Lits informatisés	30%	100%	33%	0%	26%	0%
Lits non informatisés	70%	0%	67%	100%	74%	100%

PICARDIE

### Niveau d'informatisation des lits



## Dhos étude impact circuit med 2007/2008(4)

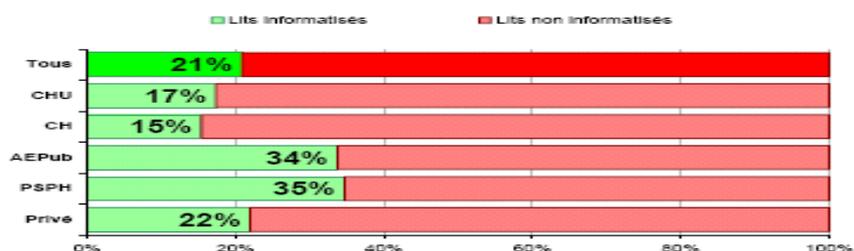
FRANCE

### C - Informatisation du circuit du médicament

Quel est le niveau actuel d'informatisation des lits pour au moins une étape du circuit du médicament ?

	Tous	CHU	CH	AEPub	PSPH	Privé
Nb d'établissements	1 528	57	377	208	239	647
dont nb éta en cours	502	33	117	82	93	177
dont nb éta à 100%	288	6	18	51	74	139
Nb éta avec nb lits	1 399	46	350	101	221	581
dont nb éta en cours	472	31	111	76	87	187
Nb total lits déclarés	367 326	58 021	166 724	41 540	36 412	64 629
dont nb lits informatisés	76 626	10 079	25 700	14 004	12 625	14 218
Lits informatisés	21%	17%	15%	34%	35%	22%
Lits non informatisés	79%	83%	85%	66%	65%	78%

#### Niveau d'informatisation des lits



## Dhos étude impact circuit med 2007/2008(5)

### E1 - Analyses pharmaceutiques

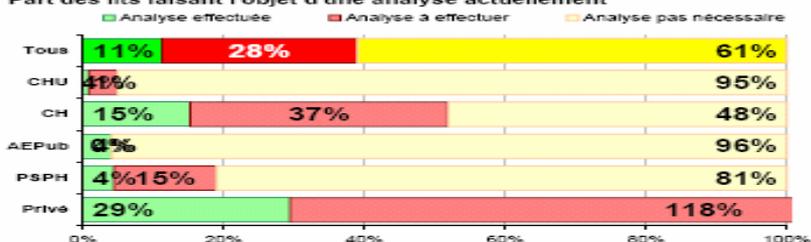
Combien de prescriptions du traitement complet du patient analysez-vous par jour ? Combien faudrait-il analyser ?

	Tous	CHU	CH	AEPub	PSPH	Privé
Nb d'établissements	30	1	13	3	8	5
dont nb éta exprimés	15	1	5	2	6	1
Nb d'analyses effectuées	387	2	308	18	29	30
Nb d'analyses à effectuer	1 355	12	1 050	18	125	150
Nb de lits	3 476	247	2 024	443	660	102
Analyse effectuée	11%	1%	15%	4%	4%	29%
Analyse à effectuer	28%	4%	37%	0%	15%	118%
Analyse pas nécessaire	61%	95%	48%	96%	81%	-47%

PICARDIE

#### Analyses pharmaceutiques

Part des lits faisant l'objet d'une analyse actuellement



## Dhos étude impact circuit med 2007/2008(6)

FRANCE

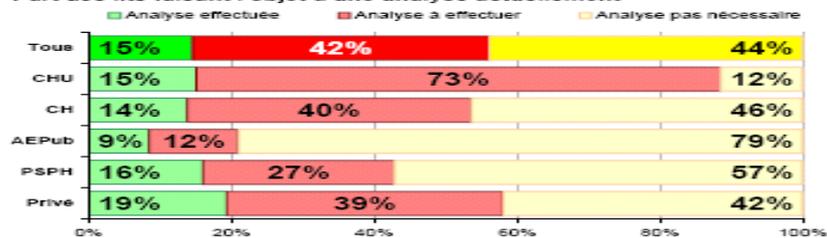
### E1 - Analyses pharmaceutiques

Combien de prescriptions du traitement complet du patient analysez-vous par jour ? Combien faudrait-il analyser ?

	Tous	CHU	CH	AEPub	PSPH	Privé
Nb d'établissements	1 528	57	377	208	239	647
dont nb éts exprimés	714	32	174	104	118	286
Nb d'analyses effectuées	28 000	5 585	10 859	1 954	3 246	6 356
Nb d'analyses à effectuer	107 736	32 881	42 276	4 811	8 680	19 108
Nb de lits	192 113	37 148	78 833	22 962	20 274	32 898
Analyse effectuée	15%	15%	14%	9%	16%	19%
Analyse à effectuer	42%	73%	40%	12%	27%	39%
Analyse pas nécessaire	44%	12%	46%	79%	57%	42%

### Analyses pharmaceutiques

Part des lits faisant l'objet d'une analyse actuellement



## Etablissements Hospitaliers Publics de l'Oise

	MCO	Psy	MS	LS	Hébergement	HAD	Total
Nb lits	1819	1013	338	947	1337	81	5335
Nb de lits sans astreinte Phcie	226	0	177	591	516	0	1510
% lits sans astreinte Phcie	12,4	0	52,4	62,4	38,6	0	27,3

Source FHF hors PSPH, Privé, Médicosociaux

**HOPHARM 2010**



## Le fonctionnement sur le terrain

- ◆ 14 structures publiques
  - ♣ 2 établissements avec lits MCO (urgences, chirurgie, maternité) sans astreinte dont une ouverte le samedi matin sans pharmacien
  - ♣ 5 établissements avec peu ou pas de MCO mais MS et LS sans astreinte ni convention de dépannage avec les autres établissements
  - ♣ PSPH pas d'astreinte en semaine
  - ♣ Privé rien
- ◆ Des pharmaciens non remplacés pour une courte période

## Pharmacien et exercice personnel

- ◆ Article L5126-5
  - ♣ Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des personnes autorisées au sens du titre IV du livre II de la partie IV ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à usage intérieur à raison de leurs compétences, pour remplir les missions décrites au présent chapitre. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

## Pharmacien et exercice personnel (2)

### ◆ Article R4235-13

- ♣ L'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même

## Affaire de Gordes

### ◆ Pharmacien condamné en 1ère instance

- ♣ Omission d'exercice personnel de la pharmacie
- ♣ Préparation, importation ou distribution des médicaments sans se conformer aux bonnes pratiques
- ♣ Omission respect des conditions de délivrance aux services cliniques des médicaments soumis au régime des substances vénéneuses

### ◆ Relaxé en appel

### ◆ Mais d'autres affaires reviendront...



## Formes de coopérations

### Prévues dans le CSP

- ◆ Conventions entre établissements + + +
  - ♣ Sous-traitances
- ◆ Groupement d'intérêt public (GIP)
- ◆ Groupement d'intérêt économique (GIE)
- ◆ *Syndicat inter hospitalier (SIH)*
- ◆ mais surtout **Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)**
- ◆ et depuis HPST **les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT)**

HOPIPHARM 2010



## GCS

- ◆ **Coopération**
  - ♣ instituée en 1996
  - ♣ privilégiée par ordonnance en 2003
  - ♣ repris dans HPST
- ◆ **Création à l'initiative**
  - ♣ de ses membres
  - ♣ du directeur de l'ARS
- ◆ **Signe CPOM avec ARS**
- ◆ **Comprend au moins 2 membres dont un ES (public ou privé)**
- ◆ **Doté personnalité morale**
- ◆ **Rédaction d'une convention constitutive**

HOPIPHARM 2010



## GCS

### ◆ Différents GCS

- GCS de mise en commun de moyens
- GCS autorisé à exercer des activités de soins est un ES (si GCS de droit public = EPS)

### ▪ Nature juridique

- Droit public
- Droit privé

### ▪ Personnel médical ou non

- embauché par le GCS relève:
  - du droit administratif (GCS public)
  - du droit du travail (GCS privé)
- mis à disposition par un EPS :

HOIPHARM 2010 *MA* conserve son statut



## GCS

### ◆ Nouveauté / ancien code : nouvelle modalité d'organisation

- ♣ GCS de mise en commun de moyens
  - ♥ Art L 6133-1 à L 6133-6
  - ♥ Organisation, réalisation ou gestion des moyens au nom et pour le compte des membres
- ♣ GCS support juridique d'un réseau de santé
- ♣ GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins qualification d'établissement de santé
  - ♥ Art L 6133-7 à L 6133-8

### ◆ Fixation d'un régime de financement des GCS

HOIPHARM 2010 *Vital*



## GCS un outil polyvalent

### Missions du GCS de moyens

#### ◆ Art L 6133-1 :

- ♣ Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, d'enseignement ou de recherche
- ♣ Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun
  - ♥ peut être titulaire de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds
- ♣ Permettre les interventions communes:
  - ♥ de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres
  - ♥ de professionnels libéraux membres du groupement.

#### ◆ Le GCS de moyens poursuit un but non lucratif

HOIPHARM 2010 



## Le GCS un outil polyvalent

### Membres du GCS de moyens

#### ◆ Art L 6133-2

- ♣ doit comprendre au moins un ES
- ♣ il peut comprendre
  - ♥ des établissements de santé publics ou privés
  - ♥ des établissements médico-sociaux
  - ♥ des centres de santé et pôles de santé
  - ♥ des médecins libéraux exerçant à titre individuel ou en société
  - ♥ d'autres professionnels de santé concourant aux soins

HOIPHARM 2010 



## Le GCS un outil polyvalent Membres du GCS de moyens

### ◆ Art L 6133-2

- ♣ Lorsqu'un réseau de santé est constitué en GCS de moyens, ce groupement peut être composé des personnes mentionnées à l'article L 6121-1 :

- ♥ professionnels de santé libéraux
- ♥ médecins du travail
- ♥ établissements de santé
- ♥ centres de santé
- ♥ institutions sociales ou médico-sociales
- ♥ organisations à vocation sanitaire ou sociale
- ♥ représentants des usagers.

## Organisation des soins GCS de moyens

### ◆ Art L 6133-6 les professionnels médicaux

- ♣ des ES membres
- ♣ des centres de santé membres
- ♣ ou libéraux membres
  - ♥ peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des ES membres du groupement et participer à la permanence des soins

### ◆ Cette disposition règle les problèmes de responsabilité qui se posaient précédemment et nécessitaient

- ♣ double statut des médecins , gardes distinctes (public et privé)

## Organisation des soins GCS de moyens

- ◆ Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les EPS ou par les ES privés à but non lucratif
  - ♣ au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés
  - ♣ sont facturés par l'ES employeur à l'ES dont relève le patient
  - ♣ ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse AM

## Organisation des soins GCS de moyens

- ◆ La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux
  - ♣ peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire
- ◆ Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des EPS et E Privés à but non lucratif sont supportées par l'établissement de santé concerné

## GCS ES titulaire d'une ou plusieurs autorisations

### ◆ Art L 6133-7

- ♣ lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le GCS est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents
- ♣ Le GCS de droit privé est érigé en ES privé
- ♣ Le GCS de droit public en ES public

## Règles de gouvernance GCS ES titulaire d'une ou plusieurs autorisations

### ◆ Les règles de la gouvernance des EPS s'appliquent avec les réserves :

- ♣ Les fonctions de l'administrateur sont exercées en plus de celles de directeur
- ♣ Le conseil de surveillance est composé de
  - ♥ 5 représentants des collectivités territoriales
  - ♥ 5 représentants du personnel médical et non médical du GCS dont 3 désignés par le CTE et 2 par la CME.
  - ♥ 5 personnalités qualifiées (2 désignées par l'ARS et 2 par les représentants des usagers)

## Financement du GCS Etablissement de santé

- ◆ Art L 6133-8
- ◆ financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé
- ◆ lorsque l'activité exercée est une activité de MCO, y compris les activités d'alternatives à la dialyse en centre et HAD
  - ♣ l'article 33 de la loi de financement de la SS n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 (T2A) n'est pas applicable au financement du groupement

## Financement du GCS Etablissement de santé

- ◆ Lorsque le groupement est composé
  - ♣ d'ES mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS
  - ♣ d'ES mentionnés au *d* du même article, il peut opter
    - ♥ soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des ES mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article
    - ♥ soit pour celle des tarifs applicables aux ES mentionnés au *d* du même article
      - ♣ selon des modalités définies par voie réglementaire
      - ♣ le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable

## Financement du GCS Etablissement de santé

- ◆ Par dérogation à l'article L 162-2 du même code
  - ♣ la rémunération des médecins libéraux est versée par le GCS lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L 162-22-6 du même code
  - ♣ Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin est réduit d'une redevance représentative des moyens mis à sa disposition par le GCS

## Financement du GCS Etablissement de santé

- ◆ Lorsque le GCS est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au *d* du même article L 162-22-6
  - ♣ la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires
  - ♣ ces honoraires sont versés directement par l'AM
    - ♥ au médecin lorsque celui-ci est libéral
    - ♥ au GCS lorsque le médecin est salarié

## Financement du GCS Etablissement de santé et MIGAC

- ◆ Article L 162-22-13 CSS
- ◆ Lorsque des ES ont constitué un GCS pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
  - ♣ la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au GCS par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L 174-2 ou de l'article L 174-18, selon le cas

## Communauté hospitalière de territoire

- ◆ Définition de la forme de droit commun des coopérations hospitalières publiques
- ◆ Sur la base du volontariat :
  - ♣ établissement siège et établissements membres
  - ♣ qui se délèguent des compétences et des activités de soins conformes à la stratégie commune sur la base d'une convention constitutive
- ◆ Chaque établissement conserve son budget et sa personnalité morale

## Communauté hospitalière de territoire

### ◆ Pour le patient :

- ✦ la possibilité de disposer d'un ensemble de structures publiques de **tailles optimales**, résultant du cadre du projet médical commun

### ◆ Pour les établissements :

- ✦ la possibilité d'un **partage d'expériences et de compétences** afin d'améliorer les soins rendus

HOIPHARM 2010



## Communauté hospitalière de territoire

### ◆ Convention de CHT:

- Pour adopter une stratégie commune
- gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations, transferts de compétences

### ◆ Un établissement public de santé = **une seule convention** de CHT.

### ◆ La convention prend en compte la notion d'**exception géographique**, que constituent certains territoires.

### ◆ Etablissements publics **médico-sociaux** peuvent participer aux actions dans le cadre d'une convention de CHT

HOIPHARM 2010



## Communauté hospitalière de territoire

- ◆ Conseil de surveillance, directoire et organes représentatifs du personnel de l'ETS siège
  - ♣ comprennent chacun des **représentants des établissements membres.**
- ◆ Désignation de l'établissement siège
  - ♣ **approuvée** par les 2/3 au moins des conseils de surveillance représentant au moins les 3/4 des produits versés par l'AM au titre de l'activité MCO
- ◆ Si désaccord, le directeur général de l'ARS **désigne** l'établissement siège.

## Communauté hospitalière de territoire

- ◆ Résiliation de convention de CHT:
  - ♣ par décision concordante des conseils de surveillance des ETS
  - ♣ sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des ETS
  - ♣ sur décision prise après avis du préfet de région
  - ♣ par le DGARS
    - ♥ si non-application de la convention

## Communauté hospitalière de territoire

- ◆ Jusqu'au 31/12/2012, une partie
  - ♣ des crédits d'aide à la contractualisation
  - ♣ des crédits du FMESSP
  - ♣ sont **prioritairement affectés** au soutien des ETS s'engageant dans des projets de coopération
    - ♥ CHT ou GCS
- ◆ Les ARS s'assurent que les établissements participant à un projet de CHT et aux GCS bénéficient d'un **financement majoré de 15%**



## Les Agences Régionales de Santé

### Une nouvelle gouvernance du système de santé

## Loi HPST : création des ARS

- ❑ Établissement public de l'État à caractère administratif
- ❑ 3 objectifs:
  - ✓ Améliorer l'efficacité du système de santé sur un champ large : santé publique, ambulatoire, hospitalier et médico social
  - ✓ Renforcer l'ancrage des politiques territoriales
  - ✓ Simplifier le système de santé avec une seule entité au lieu de 7 : ARH, URCAM, MRS, GRSP, pôles sanitaires des DRASS & DDASS, CRAM

## Les Agences Régionales de Santé Deux missions

- ❑ Mettre en œuvre la politique de santé publique au niveau régional
- ❑ Réguler, orienter et organiser l'offre de service de santé

## Les Agences Régionales de Santé

- ❑ Un projet stratégique de santé
- ❑ Une démocratie sanitaire
  - ✓ Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) : consultative
  - ✓ Conseil de surveillance
  - ✓ Commissions spécifiques
- ❑ Un lien organique : le contrat

## Grands défis

- ❑ Qualité et sécurité sur tout le champ
  - ↪ Établissements de santé : coopérations...
  - ↪ Établissements médico sociaux : sécurisation
  - ↪ Gestion des risques
- ❑ Efficience : bonne utilisation de la ressource
  - ↪ « Juste prescription »
  - ↪ Gestion du risque assurantiel

# Agence régionale de santé de Lorraine

- ❑ Une politique régionale
- ❑ Une animation territoriale
- ❑ Un fonctionnement décloisonné et en mode projet
- ❑ Une contractualisation sur des éléments concrets de qualité, de sécurité et d'efficience



## Le contrat

- ❑ Dispositions liées à qualité
  - ✓ Stérilisation : coopérations
  - ✓ Prise en charge thérapeutique
  - ✓ Gestion des risques
  - ✓ Accès à personnels qualifiés
  - ✓ Continuité et permanence des soins & pharma.
- ❑ Dispositions liées à efficience
  - ✓ Organisation des processus de soins
  - ✓ « Juste prescription »
  - ✓ Gestion du risque assurantiel

## conclusions

- ❑ Les ARS une opportunité
- ❑ Les ARS acteur de qualité, d'accès à la santé
- ❑ Les ARS mise en œuvre outils Loi HPST

# « Gouvernance hospitalière »

Jean-Louis Vaillau

HOIPHARM 2010 



## Avant Loi HPST Du partage des pouvoirs

### EPS « Pouvoir délibératif »

- ◆ *Conseil d'administration*
- ◆ **Organes consultatifs pour avis**
  - Comité Technique d'Etablissement (CTE)
  - Commission Médicale d'Etablissement (CME)
    - ❖ et sous-commissions
  - Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSI RMT)

### EPS

#### « Pouvoir exécutif »

- ◆ Directeur de l'EPS
- ◆ *Conseil Exécutif (CE)*

HOIPHARM 2010 



**Après Loi HPST**  
**« au code du commerce »**

**EPS « organe de contrôle »**

- ◆ ***Conseil de surveillance***
- ◆ Organes maintenus mais évolution de leur champ
  - Comité Technique d'Établissement (CTE)
  - Commission Médicale d'Établissement (CME)
    - ◆ et sous-commissions ???
  - Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

**EPS**

**« un seul responsable »**

- ◆ **Directeur**  
*conduit la politique générale de l'établissement*
- ◆ **Directoire**

HOIPHARM 2010 *Vital*



**Le conseil d'administration**

→ **Le conseil de surveillance**



HOIPHARM 2010 *Vital*



## Du Conseil d'Administration au Conseil de Surveillance

### Avant HPST

Le Conseil d'administration  
**Arrête** la politique générale  
de l'établissement,  
sa politique d'évaluation et  
de contrôle,  
et **délibère, après**  
**avis de la CME et du CTE**

### HPST

Le Conseil de surveillance  
se prononce sur la  
stratégie  
et exerce le contrôle  
permanent de la gestion  
de l'établissement

## Conseil de surveillance : Attributions (1)

délibère sur :

- ◆ Le Projet d'Etablissement
- ◆ Les conventions dont la convention HU des CHU
- ◆ le compte financier et l'affectation des résultats
- ◆ toute mesure relative à la participation de l'EPS à une communauté hospitalière de territoire
- ◆ tout projet de fusion
- ◆ le rapport annuel d'activité

## Conseil de surveillance : Attributions (2)

donne un avis sur :

- ◆ la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques
- ◆ les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- ◆ les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles
- ◆ les contrats de partenariat
- ◆ le règlement intérieur de l'EPS

HOPHARM 2010 *Vital*



## Conseil de surveillance : Attributions (3)

- ◆ Communique au directeur de l'ARS ses observations sur le rapport annuel et la gestion
- ◆ Opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents nécessaires à sa mission
- ◆ entend le directeur sur l'EPRD et sur le programme d'investissement



HOPHARM 2010 *Vital*



## Conseil de surveillance des EPS : Composition

### ◆ Composition

- 9 membres (établissement communal)
- 15 (autres)

### ◆ 3 collèges

- Collectivités territoriales
- Représentants du personnel
- Personnalités qualifiées

### ◆ Président élu pour 5 ans dans collège 1 ou 3

## Conseil de surveillance des EPS : Composition

### ◆ Représentants du personnel

- membres CSIRMT (1/3 ou 1/5)
- membres désignés par CME (1/3 ou 2/5)
- membre désignés par organisation syndicale la plus représentative (1/3 ou 2/5)

### ◆ Personnalités qualifiées (3 ou 5)

- désignées par le directeur de l'ARS  
→ 1 ou 2 personnalités qualifiées
- désignées par le représentant de l'Etat dans le département  
→ 2 ou 3 représentants des usagers

## Conseil de surveillance : Composition

Par rapport à la composition du CA

- diminution du nombre de représentants du corps médical
- le président de CME et le doyen dans les CHU, ne peuvent pas être membres du Conseil de Surveillance car ils sont membres du Directoire  
*(auparavant, ils étaient membres de droit du CA et membres du Conseil Exécutif)*

**Ils participent aux séances avec voix consultative**

## Le conseil exécutif



→ Le Directoire

## Le directoire

- ◆ Approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- ◆ Conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.
- ◆ Est composé de membres du personnel de l'établissement, dont **une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique**

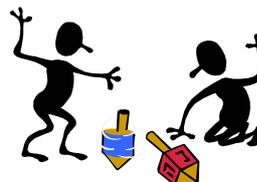


HOPHARM 2010 *Vital*



## Le directoire

- ◆ **Le président de la CME est le vice-président du directoire.** Il élabore, avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement; Il coordonne la politique médicale de l'établissement
- ◆ **Le directoire compte 7 membres et 9 dans les CHU**  
→ nombre global inférieur au conseil exécutif



HOPHARM 2010 *Vital*



## Directoire : membres de droit

- ◆ le directeur, président du directoire
- ◆ le président de la CME, vice-président.
  - ♣ Dans les CHU, sont en outre vice-présidents
    - ♥ un vice-président doyen,
    - ♥ un vice-président chargé de la recherche
- ◆ le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

## Directoire : membres nommés

- ◆ Les autres membres sont nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du CS
- ◆ Les membres des professions médicales, sont nommés par le directeur sur présentation d'une liste établie par le président de CME et, dans les CHU, par le président de la CME et le doyen

## Décret sur la CME

### ◆ Il décrit

- ♣ les attributions générales de la CME
- ♣ les attributions dans la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins
- ♣ la composition de la CME
- ♣ la désignation de ses membres
- ♣ la Présidence
- ♣ le fonctionnement

### La CME est consultée sur : « *organisation* »

- ◆ Le projet médical de l'établissement ;
- ◆ Le projet d'établissement ;
- ◆ Les missions de service public définies à l'article L.6112-1 ;
- ◆ La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires ;
- ◆ Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ◆ Le plan de développement professionnel continu ;
- ◆ La politique sociale et les modalités de la politique d'intéressement définie par le directeur ainsi que le bilan social ;
- ◆ Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- ◆ Le règlement intérieur de l'établissement ;
- ◆ Les programmes d'investissement.

## La CME est informée de : « moyens »

- ◆ 1° L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation du résultat ;
- ◆ 2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;
- ◆ 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- ◆ 4° Les contrats de pôles ;
- ◆ 5° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- ◆ 6° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- ◆ 7° L'organisation de la formation des étudiants et internes, lorsqu'ils existent, et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir.

## Rôle CME dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

- ◆ Contribue à cette politique, notamment pour :
  - ♣ La gestion globale et coordonnée des risques visant à prévenir et traiter l'iatrogénie et les événements indésirables liés à leurs activités ;
  - ♣ Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
  - ♣ La lutte contre les infections associées aux soins ;
  - ♣ La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
  - ♣ La prise en charge de la douleur ;
  - ♣ Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

## Décret Politique du médicament et DMS

### ◆ Sont élaborés par la CME :

- ♣ Programme d'action assorti d'indicateurs de suivi BU médicament et DMS, contribuant au management de la qualité
- ♣ Bilan actions amélioration politique du médicament et DMS
- ♣ Liste médicaments et DMS préconisés dans ES (livret thérapeutique)
- ♣ Préconisations en matière de:
  - ♥ Prescription des DMS et médicaments
  - ♥ Développement professionnel continu dans domaine médicament et DMS
- ♣ Mise en œuvre CBU
- ♣ Information suivi et analyse des pratiques

## Composition CME (1)

- ◆ L'ensemble des chefs de pôle cliniques et médico-techniques de l'établissement ; (*CHU 11maxi ou élection*)
- ◆ Des représentants des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles;
- ◆ Des représentants des praticiens de l'établissement
- ◆ Des représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement
  - ♣ élus par et parmi ceux-ci ;
- ◆ Un représentant des sages-femmes ;
- ◆ Des représentants des internes dont un interne en pharmacie

## Composition CME voix consultative (2)

- ◆ Le président du directoire ou son représentant ;
- ◆ Le vice-président du directoire doyen dans les centres hospitaliers universitaires ;
- ◆ Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ◆ Le praticien responsable de l'information médicale ;
- ◆ Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- ◆ Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.



# Gouvernance hospitalière et loi HPST

**Dominique Peljak**

Directeur général adjoint du CHR Metz-Thionville



## Un objectif :

→ Apporter de la souplesse et de la réactivité dans le management hospitalier (Cf. liberté d'organisation interne, diminution du nombre de commissions obligatoires)

## Les grands principes de l'escalade

### L'équilibre :

- Renforcement du rôle stratégique du conseil de surveillance
- Mission de pilotage médico-économique au sein du directoire
- Orientation de la CME vers l'organisation médicale (projet médical, programme qualité, ...)

### **Un bon équipement :**

- Un contrôle de gestion solide
- Un bon système d'information et de communication



### **Un entraînement :**

- Une avancée pragmatique
- Un repositionnement progressif des acteurs

### **La météo :**

- Climat social ?
- Maturité de l'ensemble de l'établissement ?

### **Un esprit d'équipe et une cordée solide :**

- Le partenariat Directeur Président du Directoire / Président de CME (Vice-président du Directoire)
- Le renforcement du rôle de chef de pôle (cf. proposition de recrutement médical, délégation)



### **Un moral à toute épreuve :**

- Le maintien du cap
- Une politique de communication interne et externe

## Les écueils à éviter

→ L'absence d'objectif clair et de sens donné au pilotage de l'établissement  
(Cf. risque de coquille vide du pôle)



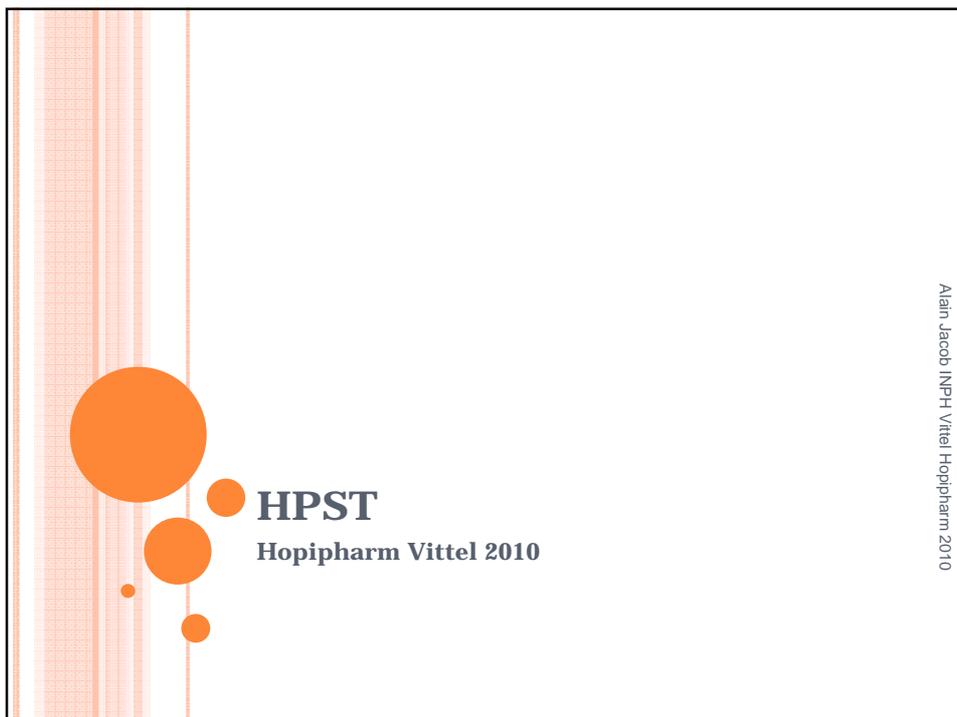
→ L'exacerbation de la logique de micro-hôpitaux au sein de l'établissement  
(Cf. principe d'une gestion par pôle poussé à l'extrême)

## Conclusion

Loi HPST = un cadre juridique indispensable à l'efficacité de l'hôpital public français



Maître-mot = pragmatisme



Alain Jacob INPH Vittel Hopipharm 2010

## HPST

Un très long marathon :

- 2008 : la Mission Larcher: la sauvegarde d'un statut, les valences...
- 2009 : la préparation de la Loi  
la Ministre, le cabinet, les députés, les sénateurs, le premier ministre et l'Elysée
- 23 juillet 2009 la Loi parait au J.O.
- Mai 2010 :les décrets ne sont pas tous sortis

Alain Jacob INPH Vittel Hopipharm 2010



HPST

Vous avez dit concertation !



HPST

ET POURTANT...

Dans un souci de construction nous avons voulu participer activement à la réalisation d'une réforme...

Et nous sommes tombés dans le leurre de la gouvernance... sans voir arriver la réalité



## HPST

- Qu'aurions nous pu soutenir:
  - le décloisonnement
  - la régionalisation
  - prévention, fin de la séparation sanitaire / médico-social / social
- Défendre la poursuite de la mise en place de la Gouvernance Hôpital 2007
- Défendre que réformer l'hôpital prend du temps



## HPST

- L'inadmissible:
- le saccage de la CME
  - la FMC / DPC



## HPST

La vraie question: l'attractivité de la carrière hospitalière

- le statut et ses évolutions : les valences, le temps de travail, la mobilité
- la considération
- une GEPEC médicale et des projets clairs
- la rémunération ?



## HPST

Au total :

- un gâchis pour le dialogue social
- Une loi difficile à appliquer , probablement inapplicable
- Une inquiétude pour les recrutements hospitaliers donc pour l'offre de soins publique et l'équité de l'accès aux soins
- UN espoir : le consensus des hospitaliers !

