

La pharmacie hospitalière dans les pôles

Promouvoir la pharmacie hospitalière au travers des pôles

Pierre-Hugues Gardon,

Sous direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins à la DGOS

Assemblée professionnelle, HOIPHARM

Nantes, le 26 mai 2011



Mai 2011

Direction générale de l'offre de soins



Rappel historique sur les pôles

- **De création** relativement « récente » (ordonnance du 2 mai 2005), mais de plus en plus ancrés
- De 2005 à 2009 une certaine concurrence entre services et pôles :
 - ➔ Des services plus anciens (créés par la loi du 21 décembre 1941) + réforme HU
 - ➔ Temps de maturation des pôles
- **Les tentatives précédentes avaient échoué**
 - ➔ Les **départements** (loi du 3 janvier 1984)
 - ➔ Les **fédérations** (loi du 31 juillet 1991) : fondées sur le volontariat des chefs de service
 - ➔ Les **centres de responsabilité** (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996) : « ensemble coordonné de moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en œuvre sous une autorité unique, au bénéfice d'une mission ou d'une fonction »





Un contexte favorable aux pôles

- L'accroissement des **Poly-pathologies** liées au vieillissement de la population VS services / spécialisation : raisonner + en termes de filières et de parcours du patient.
- Accroissement des **exigences de la population** vis-à-vis du système de santé
- Renforcement du niveau régional (**ARS**) et **approches territoriales** plus intégrées
- Difficulté de continuer à faire croître les ressources consacrées à la santé : le maintien de la qualité passe par des démarches de rationalisation et d'**optimisation des ressources** : création de la notion de **performance, comme efficience en tenant compte de la qualité**. La performance est un levier de la réforme : gouvernance performante + performance de gestion + qualité ; accompagnement des EPS / création de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)
- HPST = la V2 de la gouvernance en **contexte T2A** : améliorer la fluidité et la gouvernabilité de l'hôpital)



Faire évoluer la gouvernance des établissements publics de santé

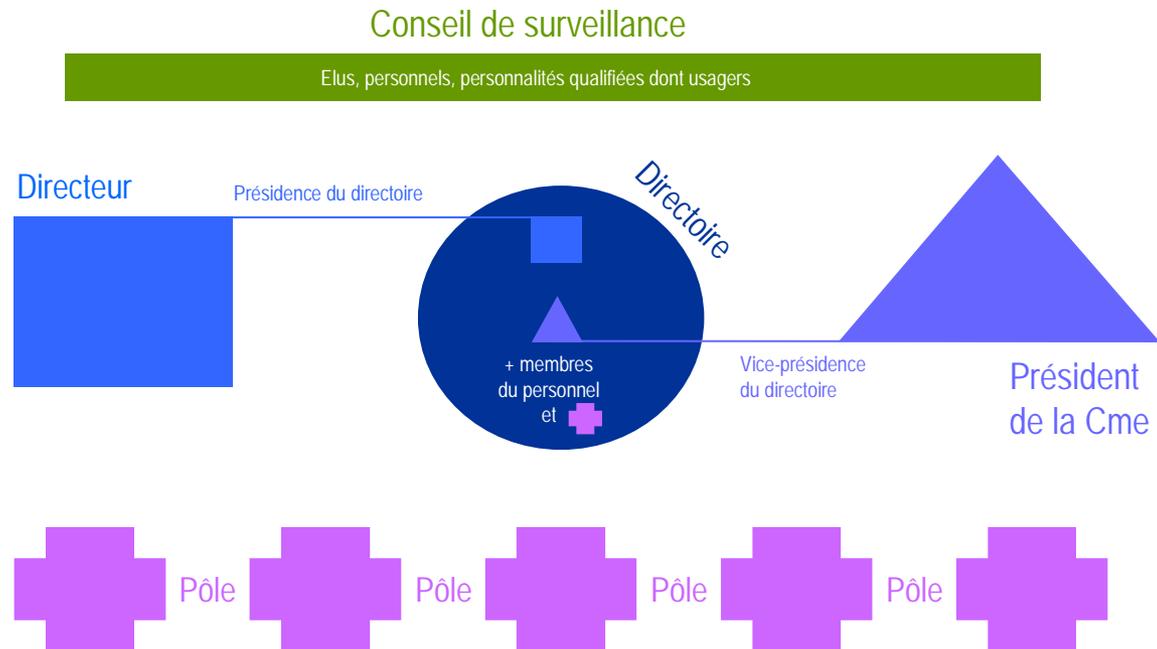
- **Simplifier** le pilotage le fonctionnement et la gestion des EPS
- **Responsabiliser** les acteurs et clarifier leurs responsabilités (en particulier le directeur, le président de la CME et les chefs de pôles)
 - ➔ diffusion de la culture médico- économique
 - ➔ appropriation des outils de pilotage
- **Décloisonner** les acteurs et les fonctions
- Permettre aux EPS de faire le meilleur usage de leur **autonomie de gestion** et leur **liberté d'organisation**
- Donner les moyens aux établissements de **s'adapter** à leur environnement



Clarifier le pilotage d'établissement

Le conseil d'administration confondait dans ses missions les rôles de décision et de contrôle de l'établissement. HPST répartit plus clairement les rôles :

- un **directeur** pleinement responsable de sa gestion, pour mettre en œuvre le projet d'établissement et fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses, conseillé par un **directoire** qui l'assiste dans la mise en œuvre opérationnelle de ses décisions.
- des **pôles**, seules structures internes obligatoires, positionnés en termes de **pilotage opérationnel**.
- un **conseil de surveillance** (qui se substitue au conseil d'administration) recentré sur un rôle de contrôle et de garant des grands équilibres (y compris les équilibres financiers)





La simplification du statut des EPS et l'assouplissement des règles de gestion

- **L'autonomie de gestion**

« *Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière* » (art. L. 6141-1 CSP)

- **La liberté d'organisation**

Les EPS déterminent librement leur organisation interne sous réserve des dispositions législatives et réglementaires. (CF art. L. 6146-1 CSP sous réserve des dispositions relatives aux pôles d'activité)

→ **L'organisation en pôles :**

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement (et, dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale).

NB : Le DG de l'ARS peut **autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité** quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

→ Découper l'établissement pour permettre la mise en œuvre des stratégies médicales : différentes logiques de découpage (affinités entre médecins, géographie, logiques d'organes, filières de prise en charge...)



Responsabiliser les EPS dans leur gestion

Refonder l'organisation interne et en faire un vecteur du changement

- ↪ **Renforcement du pôle, seule structure obligatoire** éventuellement composé de structures internes (services, unités fonctionnelles, etc.)
 - > Faciliter la décision, faire de la gestion, éviter les cloisonnements et les jeux de pouvoirs
 - > dispense d'un établissement par le directeur général de l'ARS lorsque l'effectif médical le justifie
- ↪ **renforcement du rôle des chefs de pôle** (délégation accrue sur l'organisation interne et les moyens)
 - > autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du pôle (médecins et non médecins)
 - > enjeu de la **délégation de gestion** pour lui conférer des compétences
 - > leadership dans la négociation du contrat de pôle
 - > légitime / projet de pôle

↪ Les structures internes des pôles :

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les CHU, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés «*pôles hospitalo-universitaires*».





Contractualiser pour obtenir des résultats

- Le contrat de pôle d'activité = le lien entre pilotage d'établissement et pilotage de pôles.
- Etabli pour chaque pôle, **signé** par le directeur et par le chef de pôle, après avis du président de la CME et, pour le CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.
- Décrit les **objectifs** et les **moyens** du pôle, et est assorti d'indicateurs de résultat. En ce sens, il y a un réel parallélisme entre contrat de pôle et CPOM conclu entre l'établissement et l'ARS.
- ➔ Il est conclu pour **quatre ans**.
- ➔ Primauté du contrat de pôle sur le projet de pôle / « **délégations de gestion** ».
- Précise la nature et la portée des **délégations** de signature accordées par le directeur au chef de pôle.
- Procède d'une **démarche itérative** entre le pôle et la direction de l'établissement de la phase de préparation du contrat jusqu'à son évaluation, notamment à travers les réunions de **dialogue de gestion**.



Les 3 niveaux de contractualisation

Nécessité de prendre en compte la cohérence des démarches

Niveau - Lien	Contrat
ETAT – REGION	CPOM ARS
REGION – ETABLISSEMENT	CPOM de l'établissement
ETABLISSEMENT	contrat de pôle (contractualisation interne)





Spécificités de la pharmacie hospitalière

- Une réglementation spécifique sur la pharmacie et les PUI. CF article R. 5126-24 du CSP :
«La gérance d'une pharmacie à usage intérieur d'un établissement public de santé est assurée par un pharmacien exerçant l'une des fonctions suivantes :
1° **Responsable de pôle**, dans les pôles d'activité exclusivement pharmaceutique qui ne comportent pas de structures internes ou qui ne comportent que des unités fonctionnelles ;
2° **Responsable d'une structure interne** de pharmacie autre qu'une unité fonctionnelle, dans les autres pôles d'activité clinique ou médico-technique. »
- ➔ La pharmacie pôle ou structure interne ? NB : les structures internes sont définies dans le projet de pôle établi sur la base du contrat de pôle.
- Pôle **mono disciplinaire** ou pôle **mixte** ? Faire entendre sa voix.
- Dans les pôles mixtes pôle **prestataire de service** ou pôle clinique et médico-technique ?
- ➔ Pharmacie – biologie +/- imagerie, santé publique, EOH
- ➔ A l'AP-HP impossible de mélanger (/GH) des pôles cliniques et médico-techniques : 10 GH pharmacie-biologie.





Spécificités de la pharmacie hospitalière

- Rechercher la **taille critique** :+ on est gros, plus on résiste à la crise : se servir des possibilités de mutualisation (plans d'équipement, locaux, secrétariats...) : exemple de Saint-Louis : 480 ETP : 2 PUI, EOH, radioprotection, blocs, unités de chirurgie ambulatoire, thérapie cellulaire, banques de tissus (optique produits de santé).
- Travailler sur les **interfaces** avec les services cliniques (bonnes pratiques, maîtrise des consommations : l'exemple des molécules onéreuses : relier les molécules onéreuses aux GHS)
- Etre **consensuel** pour favoriser le mixage d'activités variées et le brassage des cadres (les faire circuler dans le pôle et leur permettre de se spécialiser (qualité, RH, interpôle...)).





Le management des pôles est-il performant ?

- Le découpage de l'établissement en pôles correspond-il à la stratégie médicale ?
- Les chefs de pôles sont-ils de véritables leaders au sein des pôles ?
- Quelle est la nature et l'ampleur des délégations de gestion accordées par le directeur aux chefs de pôles ? Le chef de pôle engage-t-il véritablement les dépenses ?
- Les contrats de pôles reposent-ils sur des projets et des objectifs mesurables faisant l'objet d'une évaluation régulière ? Ont-ils été revus dans les 6 mois suivant la publication du décret pôles ?
- Les volets qualité médical et soins infirmiers des contrats de pôle existent-ils ? Sont-ils de qualité ?
- Des mécanismes incitatifs ou dés-incitatifs sont-ils en place ?
- Existe-il une véritable GRH de pôle ?





ANNEXE 1 : les « délégations de gestion » (1/2) : RH

Gestion des ressources humaines du pôle : Le chef de pôle :

- 1° gère le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle
- 2° gère les tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux
- 3° définit des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologique ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière
- 4° propose au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle
- 5° affecte les personnels au sein du pôle
- 6° organise la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique
- 7° participe à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologique.

Gestion des personnels médicaux du pôle : par ailleurs, le chef de pôle (avis du PCME) :

- propose au directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers.
- peut proposer au directeur l'admission sur contrats de médecins, sages-femmes, odontologistes exerçant à titre libéral.





ANNEXE 1 : les « délégations de gestion » (2/2) : dépenses

Délégation du directeur au chef de pôle pour engager des dépenses du pôle :

Le directeur peut mettre en place une délégation de signature dans le cadre du contrat de pôle au bénéfice du chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique, afin d'engager des dépenses dans des domaines listés par le décret du 11 juin 2010, à savoir :

- 1° dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents
- 2° dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux
- 3° dépenses de caractère hôtelier ;
- 4° dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5° dépenses de formation de personnel.

NB : la formulation choisie, qui n'est plus, dans les nouveaux textes, celle de « délégation de gestion », permet de clarifier la délégation, qui est en droit hospitalier seulement une délégation de signature (pas de délégation de pouvoir en droit hospitalier)





ANNEXE 2 : les collaborateurs du chef de pôle

Qui sont les collaborateurs du chef de pôle ?

- L'ordonnance du 2 mai 2005 avait créé la notion de « *trio de pôle* », composé du responsable de pôle et deux « assistants » (qui ont été intégrés aux nouveaux métiers lors de la refonte du répertoire des métiers) :
 - le cadre de santé de pôle ou une sage-femme cadre, selon les activités du pôle,
 - le cadre administratif de pôle, souvent adjoint des cadres ou attaché d'administration hospitalière.En outre, un temps de contrôleur de gestion était parfois (notamment dans les CHU) prévu
- La loi HPST (art. L. 6146-1 CSP) dispose que le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique peut être assisté par **un ou plusieurs collaborateurs** dont il propose la nomination au directeur d'établissement (Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme). Cette formulation permet de proportionner l'équipe placée directement auprès du chef de pôle en fonction de la taille du pôle ainsi que de ses enjeux de gestion. Au-delà de ces équipes, les responsables de structures internes sont étroitement associés à la gestion du pôle.





ANNEXE 3 : historique du contrat de pôle

- La politique de contractualisation interne a été initiée par l'**ordonnance du 24 avril 1996** qui offrait la possibilité aux EPS de contractualiser avec des centres de responsabilité.
- L'**ordonnance du 2 mai 2005** a créé les pôles d'activité et donc la notion de contrat de pôle assorti d'une délégation de gestion. Une centaine d'établissements avait anticipé cette réforme vers 2004.
- La **loi HPST** politique de contractualisation interne, essentiellement à travers le renforcement du rôle du chef de pôle, qui signe le contrat avec le directeur de l'établissement, le directeur. En particulier le décret du 11 juin 2010 définit le champ obligatoire dans lequel le chef de pôle va être compétent pour gérer les ressources humaines de son pôle et pour engager des dépenses.





ANNEXE 4 : les structures internes des pôles

- Les pôles, créés en 2005, ont dans un premier temps dû définir un mode relationnel avec des structures beaucoup plus anciennes : les services.
- La loi HSPT reprend la logique de 2005 en faisant des services des structures internes des pôles, mais va plus loin, en rendant le seul niveau polaire obligatoire, ce qui crée plus de souplesse dans l'organisation des pôles.
- Au titre de la liberté d'organisation interne (article L. 6146-1 CSP), les EPS demeurent **libres dans la dénomination, la taille et la composition des pôles** : les structures internes, sont le reflet de la stratégie médicale et/ou médico-technique adoptée pour chaque pôle.
- Les services (unités fonctionnelles, centres, instituts...) demeurent bien évidemment **l'échelon de prise en charge des patients**.
- Les structures internes sont **définies dans le projet de pôle établi sur la base du contrat de pôle**.
- Le chef de pôle possède évidemment un rôle essentiel dans l'articulation des structures internes entre elles du fait de ses décisions d'organisation et d'affectation des ressources.





ANNEXE 5 : les responsables de structures internes

- Il revient au directeur de **nommer** les responsables des structures internes, services, ou unités fonctionnelles sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME (*art. R. 6146-4 CSP*).

Le règlement intérieur de l'établissement précise les modalités de cette nomination.

- Il peut être **mis fin**, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée (*art. R. 6146-5 CSP*).





ANNEXE 5 : les responsables de structures internes

- Il revient au directeur de **nommer** les responsables des structures internes, services, ou unités fonctionnelles sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME (*art. R. 6146-4 CSP*).

Le règlement intérieur de l'établissement précise les modalités de cette nomination.

- Il peut être **mis fin**, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée (*art. R. 6146-5 CSP*).

