

HOIPHARM 2007 ASSEMBLEE GENERALE

Mercredi 23 mai



Rapport d'activité du Bureau national



Rapport d'activité du BN

♥ Fonctionnement du Bureau national

- ✎ *7 réunions plénières du Bureau National et 7 réunions téléphoniques.*
- ✎ *2 assemblées syndicales*
- ✎ *2 réunions des délégués régionaux*
- ✎ *1 réunion du comité stratégique*
- ✎ *2 réunions sur le Livre blanc*
- ✎ *12 réunions régionales*



Rapport d'activité du BN

♥ INPH :

- ✎ *4 réunions du CA au siège du SYNPREFH ,*
- ✎ *2 réunions téléphoniques*
- ✎ *2 conférences de presse*
- ✎ *4 réunions au ministère à la DHOS*
- ✎ *1 colloque national*

♥ AEPH :

- ✎ *participation aux réunions de bureau et au congrès*



Rapport d'activité du BN

- ♥ Conseil Supérieur des Hôpitaux :
 - ✎ aucune réunion n'a été convoquée pendant l'année
- ♥ Conseil Supérieur de la Pharmacie :
 - ✎ 2 réunions
- ♥ Commission Statutaire Nationale :
 - ✎ commission et réunion de préparation,
 - ✎ conseils pour les candidats,
 - ✎ information après la réunion



Rapport d'activité du BN

- ♥ Ministère de la Santé
 - ✎ 1 rencontre avec le cabinet du ministre
- ♥ Plusieurs rencontres à la DHOS :
 - ✎ Réunion avec madame Podeur directrice de la DHOS et la sous direction E
 - ✎ Réunion téléphonique avec madame Toupillier chef de service du pôle professions de santé et affaires générales.



Rapport d'activité du BN

♥ Plusieurs rencontres à la DHOS :

- ✎ 1 réunion sur la saisie des produits TAA au séjour,
- ✎ 2 réunions sur les accords cadres,
- ✎ 3 réunions du groupe nomenclatures,
- ✎ 1 réunion sur les GCS, les PUI et les pôles,
- ✎ 1 réunion sur la part complémentaire variable,
- ✎ 1 réunion sur le concours de praticiens.



Rapport d'activité du BN

♥ Ordre des Pharmaciens

- ✎ 2 Réunions sur les bonnes pratiques de préparation
- ✎ 1 réunion sur la Chimiothérapie anticancéreuse à domicile
- ✎ participation aux XIXèmes journées de l'Ordre
- ✎ Participation aux 1ères Rencontres des pharmaciens de la distribution.



Rapport d'activité du BN

♥ CNAM

✎ *3 réunions sur l'avenir des bases de données pharmaceutiques*

♥ INCA

✎ *2 Réunions sur les chimiothérapies à domicile*

♥ GMSIH

✎ *2 réunions de travail*



Rapport d'activité du BN

♥ AFSSaPS

✎ *1 réunion avec Monsieur Marimbert directeur de l'AFSSaPS*

♥ 9 réunions :

✎ *1 sur les BPPHO*

✎ *2 avec le département de surveillance du risque, du bon usage et de l'information sur les médicaments,*

✎ *4 sur l'harmonisation des étiquetages d'ampoules injectables.*

✎ *2 sur le conditionnement unitaire*



Rapport d'activité du BN

- ♥ **Contacts syndicaux et associatifs :**
- ♥ **FNSIP :**
 - ✎ *participation à l'assemblée générale*
- ♥ **ANPPH :**
 - ✎ *participation aux journées de l'ANPPH à Dinan*
- ♥ **SFPC :**
 - ✎ *participation au CA*
- ♥ **SNITEM :**
 - ✎ *participation au groupe e-commerce*
- ♥ **CLADIMED :**
 - ✎ *participation au CA*
- ♥ **APPA :**
 - ✎ *participation au CA*



Rapport d'activité du BN

- ♥ **Synprefh-Net**
 - ✎ *2001 : 56*
 - ✎ *2002 : 74*
 - ✎ *2003 : 63*
 - ✎ *2004 : 100*
 - ✎ *2005 : 95*
 - ✎ *2006 : 113*
 - ✎ *2007 : 41 à ce jour*



Rapport d'activité du BN

♥ Adhérents

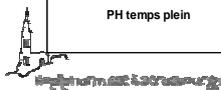
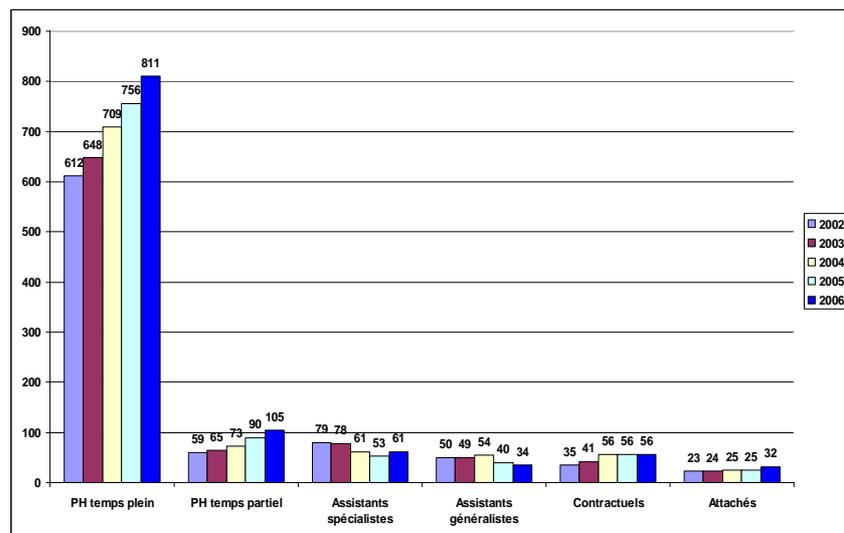
✂ **1127adhérents**

• Dont 1099 actifs

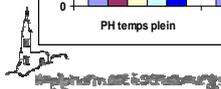
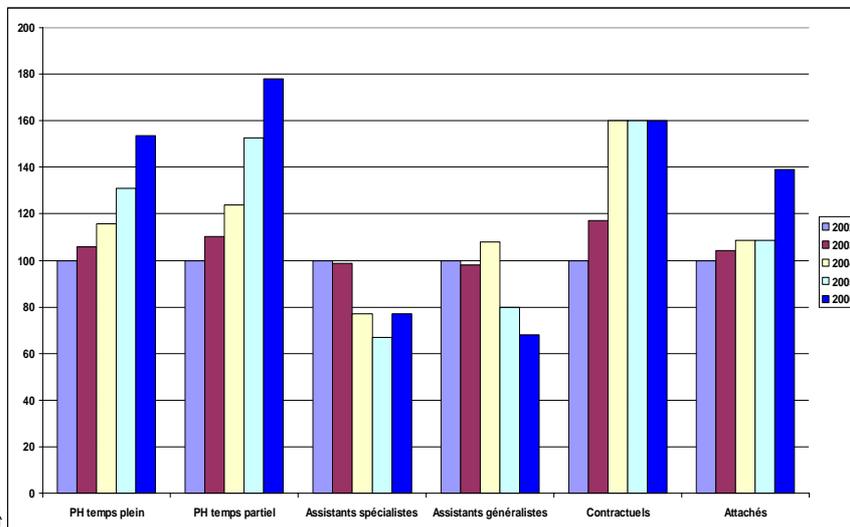
- Praticiens temps plein	811
- Praticiens temps partiel	105
- Assistants généralistes	34
- Assistants spécialistes	61
- Attachés	32
- Contractuels	45
- Intérimaires	11



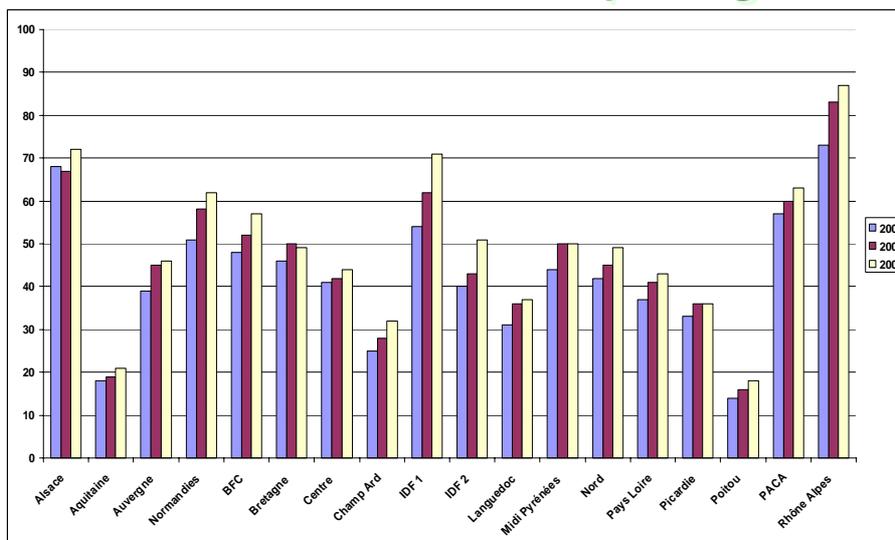
Evolution du nombre d'adhérents



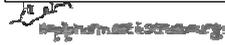
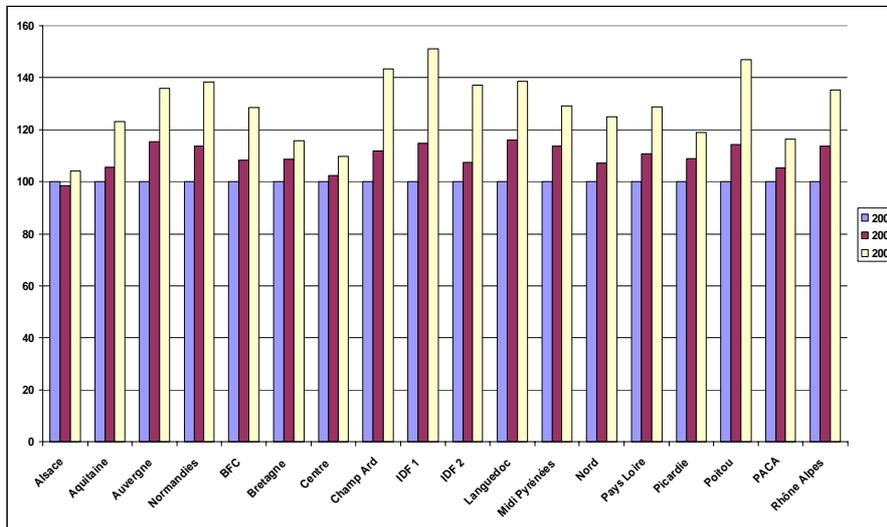
Evolution en % (2002 = base 100)



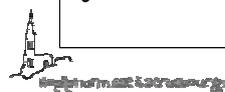
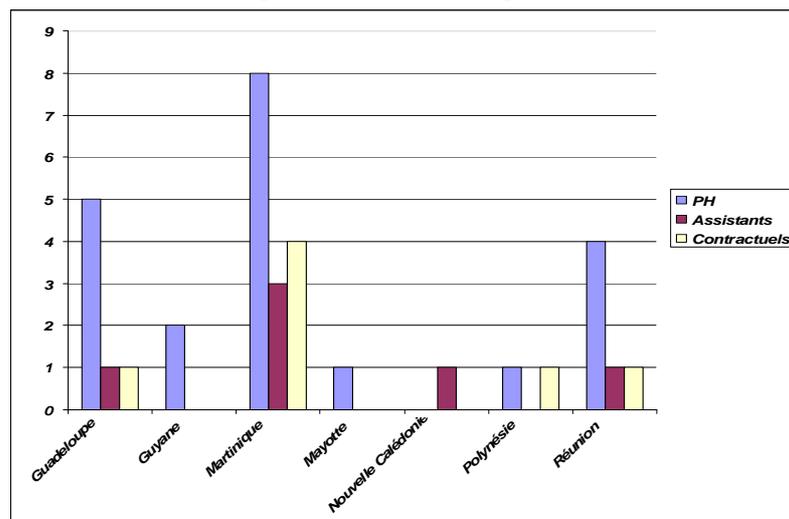
Evolution des adhérents par régions



Evolution par régions (base 100 en 2004)



Pas qu'en métropole . . .



HOIPHARM 2007 - ASSEMBLEE PROFESSIONNELLE

Mercredi 23 mai



Assemblée Syndicale 1

- ♥ Actualités réforme - CNG
 - ✎ *JL Vailleau Synprefh*
- ♥ Gouvernance - Enquête Pôles et coopérations
 - ✎ *Jean Louis Vailleau – Xavier Barbaut Synprefh*
- ♥ Nouveau dispositif pour l'accès à la formation de préparateur hospitalier
 - ✎ *Pascale Avot Synprefh*
- ♥ Bonnes pratiques de préparation
 - ✎ *Xavier Cornil Afssaps Direction de l'inspection et des établissements*
- ♥ Conditionnement unitaire
 - ✎ *Ariane Pochet - Afssaps Direction générale*
- ♥ DMP- DP
 - ✎ *Patrick Mazaud Président Phast*
- ♥ Présentation travaux préliminaires IHE Pharmacie
 - ✎ *F.Gener Phast*
- ♥ Présentation Livre blanc
 - ✎ *P.Rambourg*
- ♥ Intervention R.Bocher
 - ✎ *Présidente INPH*



Assemblée Syndicale 2

- ♥ Achats hospitaliers, actualités
 - ✦ *Marie-Hélène GUIGNARD – SYNPREFH*
- ♥ Actualités en Chimiothérapie à domicile
 - ✦ *Sylvie Burnel - Chargée mission médicaments INCA*
- ♥ Présentation Conseil scientifique GIE-SIPS
 - ✦ *Monique Weber - Présidente GIE-SIPS -*
- ♥ Conséquences de la gouvernance sur les responsabilités des acteurs
 - ✦ *Isabelle Lucas-Baloup*
- ♥ Questions diverses



Actualités statutaires



Concours

- ♥ Disciplines et spécialités ouvertes au concours
 - ✎ *Par arrêté ministériel, chaque année*
- ♥ Nombre de postes
 - ✎ *Liberté laissée au jury de fixer le nombre d'admissibilités*
- ♥ Nombre d'inscriptions
 - ✎ *Suppression des 4 passages*
- ♥ Validité de la liste
 - ✎ *4 ans au lieu de 5*
 - *Concerne le concours ouvert au titre de l'année 2007*



Concours

- ♥ 2 types de concours
 - ✎ *Suppression des épreuves écrites anonymes de connaissances pratiques*
- ♥ Type I
 - ✎ *Entretien avec le jury*
 - ✎ *Examen sur dossier, des titres, travaux et services rendus*
- ♥ Type II
 - ✎ *Entretien avec le jury*
 - ✎ *Examen sur dossier, des titres, travaux et services rendus*
 - ✎ *Epreuve orale de connaissances professionnelles*



Concours

♥ Type I

- ✎ *3ème cycle des études de pharmacie validé*
- ✎ *ET 2 ans d'exercice durant les 5 dernières années dans :*
 - Une administration, un établissement public ou un organisme à but non lucratif

♥ Type II

- ✎ *Toute personne ne pouvant accéder aux épreuves de type I*

♥ Mesures applicables en 2007

- ✎ *Sans condition d'ancienneté pour les attachés consultants et praticiens attachés consultants jusqu'en 2011 inclus*



Recours : chronologie

♥ Parution du décret n° 2006-1221

- ✎ *5 octobre 2006*

♥ Recours gracieux au premier ministre

- ✎ *Organisation du concours*
- ✎ *Composition de la commission régionale paritaire*
- ✎ *1 décembre 2006*

♥ Rejet du recours

- ✎ *Par courrier du 15 février 2007*

♥ Recours au Conseil d'Etat

- ✎ *16 avril 2007*



Recrutement

- ♥ Vacance de poste
 - ✎ *Dans un pôle d'activité de l'EPS*
- ♥ Pas de fréquence de parution
 - ✎ *Organisation CNG ?*
- ♥ Profil de poste
 - ✎ *Caractéristiques fixées par arrêté*
- ♥ Délai de candidature 15 jours
- ♥ Possibilité de mutation interne
 - ✎ *Publicité interne par le directeur avant publication au JO*
 - ✎ *Seule la procédure d'affectation est mise en oeuvre*



Avis de la CME et conseil exécutif

- ♥ Seules instances dont l'avis est requis
- ♥ En cas de divergence avis CSN est requis
- ♥ Tenue des instances locales :
 - ✎ *Scrutin secret*
 - ✎ *Hors la présence des praticiens concernés*
 - ✎ *Dans la composition prévue pour l'examen des situations individuelles*
- ♥ Importance des avis :
 - ✎ *Particulièrement et clairement motivés*
 - ✎ *Rendant clairement compte des débats et points de vue exprimés*
 - ✎ *L'absence de motivation constitue « un vice substantiel de nature à entraîner l'illégalité de la décision attaquée »*
 - *Jurisprudence TA Paris 1998 et Pau 1999 , cour d'appel administrative de Nancy 2003*



Affectation

- ♥ Est « prononcée » par le directeur sur le poste dans le pôle d'activité
 - ✎ *Sur proposition du responsable du pôle et du président de CME*
 - ✎ *Affectation enregistrée par CNG*
 - ✎ *CSN si avis divergents*
- ♥ 3 situations possibles
 - ✎ *Candidature externe et mutation interne :*
 - Affectation dans le pôle
 - ✎ *Transfert de poste dans même établissement :*
 - Réaffectation si profil de poste compatible
 - ✎ *Fusion d'établissements :*
 - Affectation sur poste dans pôle du nouvel établissement



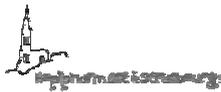
Position de recherche d'affectation

- ♥ Position d'activité
 - ✎ *Déclenchée compte –tenu des nécessités de service*
 - ✎ *A la demande du PH ou d'office*
- ♥ Pour une durée de 2 ans
- ♥ Sur décision du ministre
 - ✎ *Après avis CME , conseil exécutif et CSN*
- ♥ PH placé dans cette position auprès du Centre national de gestion



Position de recherche d'affectation : objectifs

- ♥ Permettre adaptation ou reconversion professionnelle
- ♥ Favoriser réorganisation ou restructuration des structures hospitalières
- ♥ Praticien
 - ✎ *rémunéré par CNG qui a toutes prérogatives à son égard*
 - ✎ *Peut démissionner durant cette période*



Position de recherche d'affectation : obligations

- ♥ Effectuer toutes les actions et démarches concertées avec lui et arrêtées par le CNG pour lui permettre de retrouver :
 - ✎ *une affectation dans un EPS*
 - ✎ *L'accès à un autre emploi (secteur public ou privé)*
- ♥ Exercer, à sa demande ou à celle du CNG, son activité dans un autre EPS que le sien
 - ✎ *Dans le cadre d'une convention entre EPS et CNG*
- ♥ Bénéficier d'un bilan professionnel et suivre des actions de formation



Centre national de gestion

♥ Centre national de gestion

✎ *Décret n°2007-704 du 4 mai 2007*

- Relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

♥ Etablissement public de l'Etat à caractère administratif

✎ *sous tutelle ministre, délégation de DHOS/DG*

♥ Pièce maîtresse du nouveau dispositif :

✎ *Exemple opérationnel et concret de la modernisation de l'Etat dans le mode de gestion des ressources humaines »*



CNG : fonctions

♥ Véritable gestion des ressources humaines

✎ *Conseillers carrière*

- Pour discuter d'évolutions possibles, voire d'éventuelles reconversions

✎ *Nouvelle procédure d'évaluation des PH*

- Qui reste à définir avec les intéressés et aura pour but de mieux répondre aux aspirations de chacun, ainsi qu'aux besoins des hôpitaux

♥ Meilleure information

✎ *Grâce à un système informatique plus accessible et plus convivial*



CNG : fonctions

- ♥ Organisation du concours national
- ♥ Publication des postes
- ♥ Suivi et gestion des carrières
- ♥ Information sur régime des retraites
- ♥ Gestion des praticiens en recherche d'affectation
- ♥ Gestion procédures statutaires
- ♥ Organisation des commissions nationales statutaires
- ♥ Garantie des actions de formation avec orientations par CNFMCH
 - ✎ *Suivi de formation*
 - Avec la possibilité de recourir à un gestionnaire spécialisé dans la formation



Liste nationale d'habilitation à diriger un service (projet de décret)

- ♥ Praticiens temps plein ou temps partiel
 - ✎ *En position d'activité*
 - ✎ *Ne pas être congé pour raison de santé depuis un an au moins ou en congé de fin d'exercice*
 - ✎ *Avoir exercé au moins 2 ans de fonctions depuis la nomination en qualité de PH*
 - ✎ *Ne pas avoir fait l'objet dans les 5 ans d'une sanction disciplinaire non amnistiée*
 - ✎ *Respect des obligations d'EPP (médecin)*
- ♥ Liste établie au 1 janvier pour une période d'un an
- ♥ Publicité pour chefferie au sein de l'établissement organisée par le directeur
 - ✎ *Inscrits sur la liste*
 - ✎ *ET en poste dans l'établissement*



Liste nationale d'habilitation à diriger un service (projet de décret)

- ♥ Les responsables des structures internes cliniques et médico-techniques autres que les services sont nommés dans les mêmes conditions
- ♥ Les PH titulaires qui exercent les fonctions de chef de service sont inscrits sur la liste.
- ♥ Ceux en poste lors de la publication poursuivent leur mandat jusqu'à son terme
- ♥ Validation de l'obligation d'EPP exigible 5 ans après date installation des conseils régionaux de la formation continue



Postes PH plein temps

	1996	2001	2002	2003	2004	2005
Biologie	1492	1 688	1 720	1 766	1 813	1 870
Chirurgie	3 172	4 152	4 335	4 679	4 916	5 180
Médecine	6 412	10 656	11 340	13 121	14 430	15 752
A-R	4 715	5 050	5 067	5 369	5 473	5 567
Pharmacie	910	1 176	1 229	1 310	1 384	1 484
Psychiatrie	3 618	4 661	4 785	5 069	5 285	5 439
Radiologie	1 258	1 526	1 612	1 728	1 821	1 901
Ensemble	21 577	28 909	30 088	33 042	35 122	37 193
		29.2%	4.5%	6.6%	5.6%	7.2%
		34%	4.1%	9.8%	6.3%	5.9%



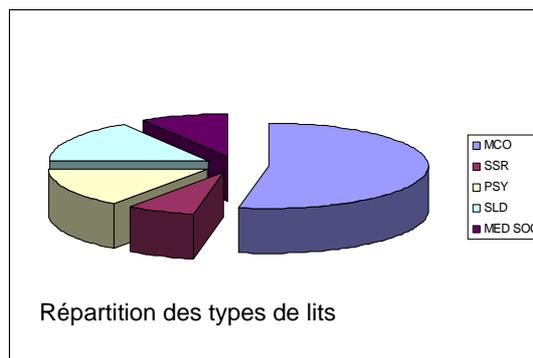
ENQUÊTE POLES - GOUVERNANCE

Jean-Louis Vaillau
Xavier Barbaut



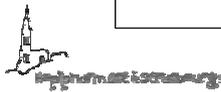
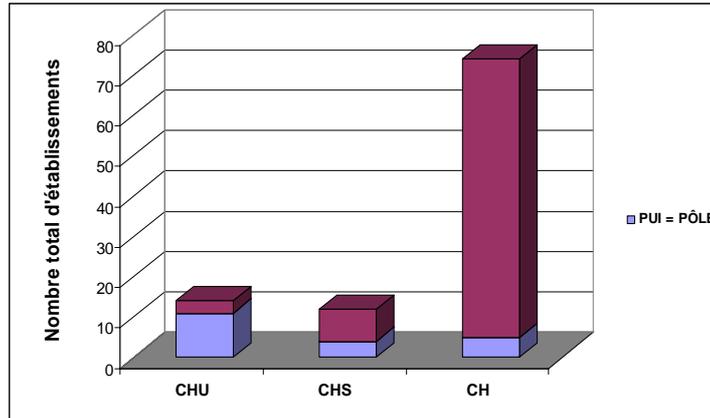
Les réponses

- ♥ 100 questionnaires ont été exploités, représentant 78000 lits
- ♥ Tous les établissements ayant répondu ont constitué leurs pôles



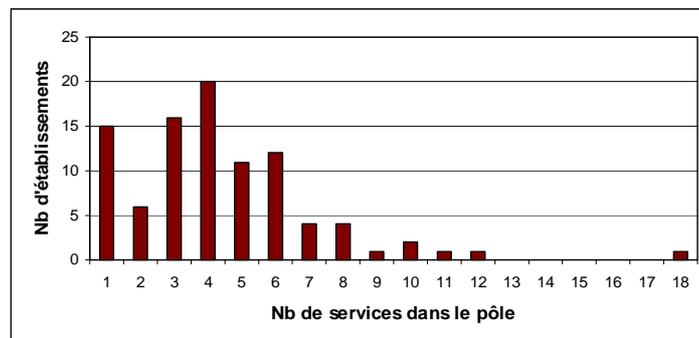
Pôle = PUI

- ♥ Les CH et CHS sont intégrés dans des pôles ne comprenant pas que la PUI :



Nombre de services dans le pôle « PUI »

- ♥ 3 à 6 services en moyenne dans le pôle où est inclus la PUI



Service d'origine du coordonnateur de pôle

- ♥ Dans 43 établissements c'est la PUI
- ♥ Pour les 57 autres établissements :
 - ✎ 9 : radiologie
 - ✎ 8 : biologie
 - ✎ 6 : DIM
 - ✎ 5 : urgences
- ♥ Puis autres services
- ♥ Cité une fois : administration, et triumvirat médical tournant

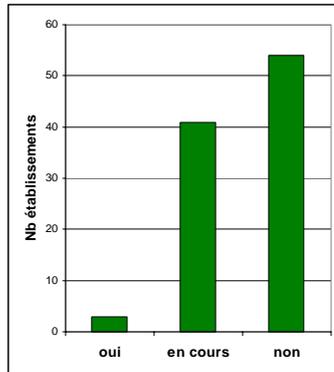


Service d'origine du coordonnateur de pôle (suite)

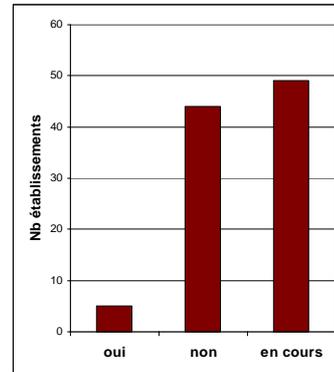
- ♥ Autre analyse : en enlevant les pôles constitués de la seule pui
- ♥ Dans 34 établissements sur 80 le pharmacien est coordonnateur du pôle
- ♥ Problème de conflit de prérogatives entre le gérant de la PUI et le coordonnateur de pôle.



Signature des contrats de pôle Délégation de gestion



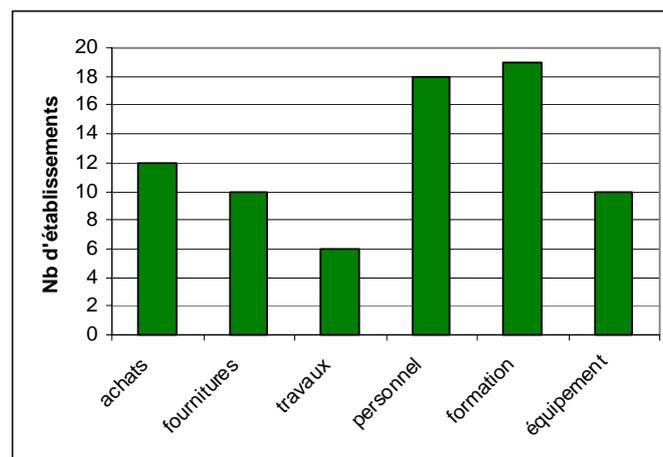
Contrat de pôle signé



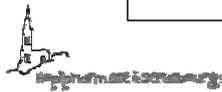
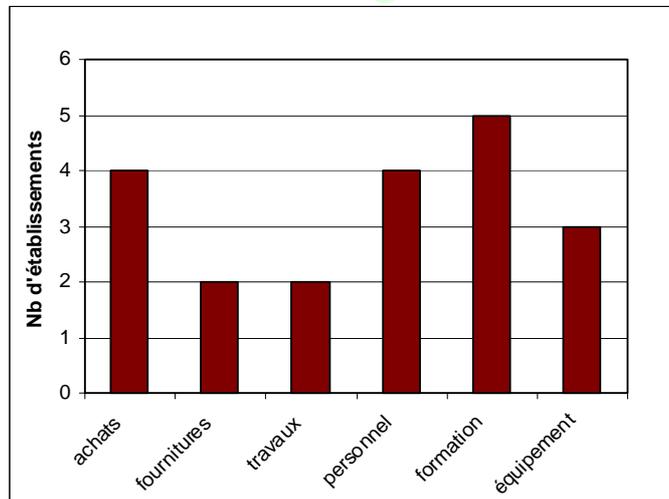
Délégation de gestion



Domaines de délégation effectives ou en projet



Domaines de délégation effectifs



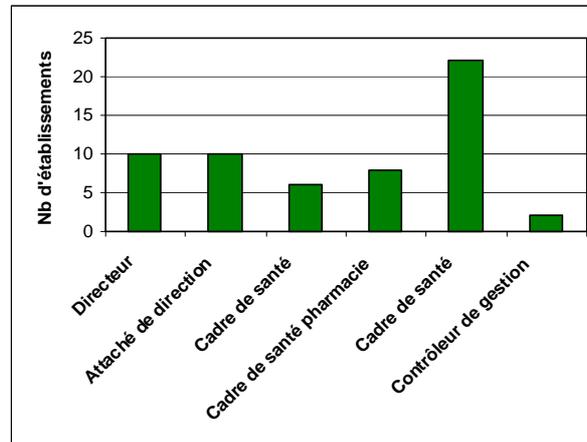
Contrats Interpôles Facturation

- ♥ 16 contrats interpôles étaient signés ou prévus
- ♥ Le mode de facturation interpôle n'est pas (encore) prévu
- ♥ *peu de réponse à cet item*

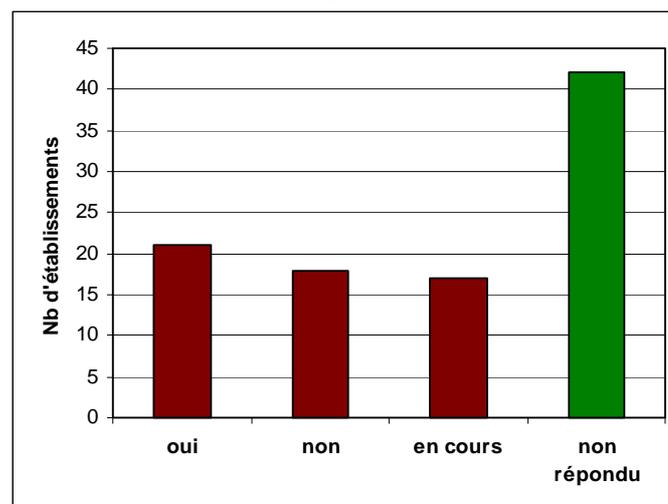


Cadre « mis à disposition » du pôle

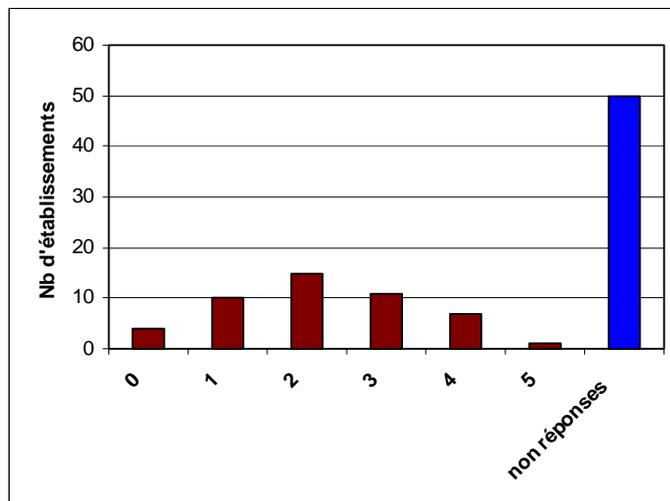
♥ Prévu dans plus d'un cas sur deux



Bureau de pôle constitué



Indice de satisfaction



ENQUÊTE COOPERATIONS

Jean-Louis Vaillau
Xavier Barbaut

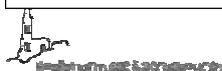
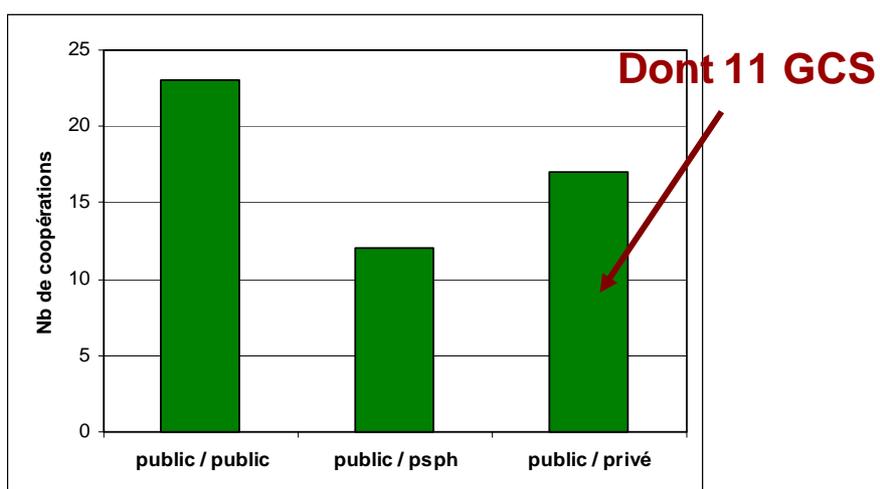


Coopérations réalisées ou en projet

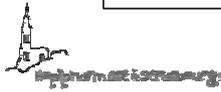
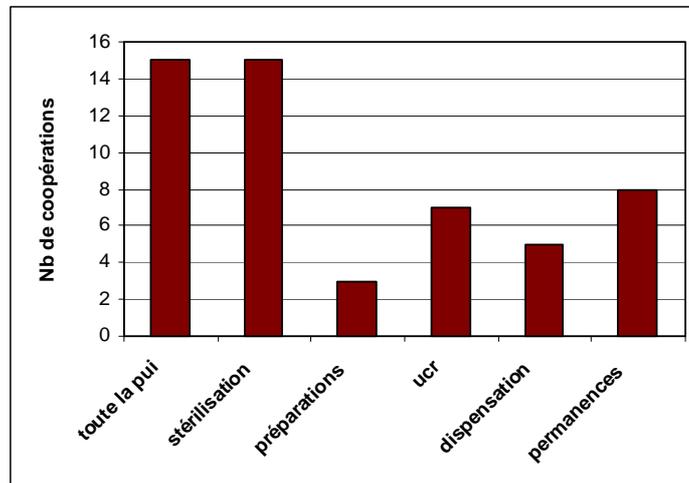
- ♥ 16 projets dont 14 ss/f de GCS et 2 ss/f de conventions
- ♥ 2 abandons : coopération public-privé dans le domaine de la stérilisation
- ♥ 25 coopérations effectives :
 - ✎ 13 conventions
 - ✎ 7 SIH
 - ✎ 4 GCS
 - ✎ 1 fusion



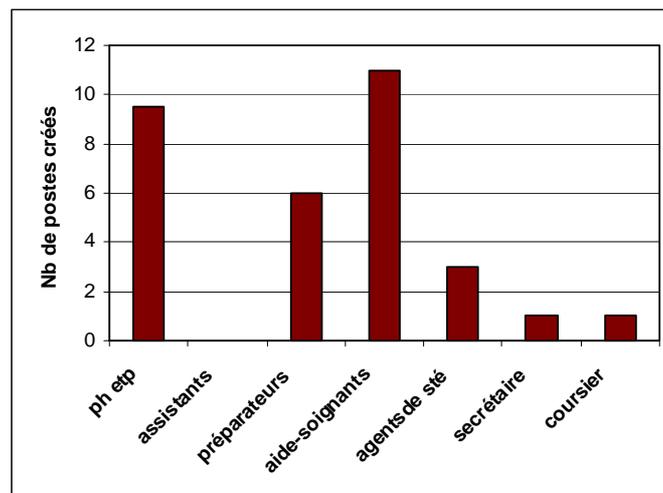
Partenaires



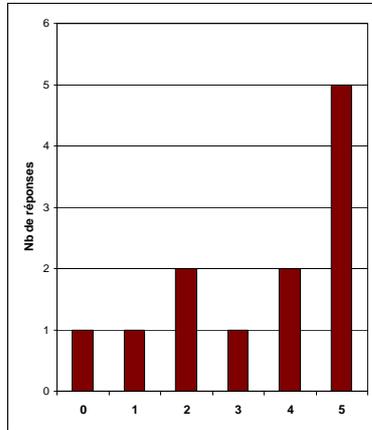
Domaines de coopération



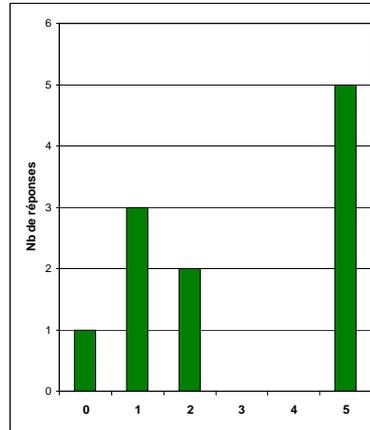
Créations de postes



Indices de satisfaction



i.s. objectif



i.s. mise en place



PREPARATEURS

Pascale AVOT



Préparateurs - les textes (1)

♥ Arrêté du 31 juillet 2006

- ✎ *Mise en place de la VAE pour l'obtention du diplôme de PPH*
- ✎ *Inscription du diplôme de PPH sur la liste des diplômes du secteur sanitaire acquis en fin d'études promotionnelles pour les agents relevant de la FPH*

♥ Arrêté du 2 août 2006

- ✎ *Modalités d'organisation de la formation menant au diplôme de PPH*
- ✎ *Ne remet pas en cause les textes liés au dispositif d'apprentissage qui reste applicable (Code du Travail)*



Préparateurs - les textes (2)

♥ Les annexes

- ✎ *Le référentiel de formation*
- ✎ *Le référentiel de compétences*
- ✎ *Le référentiel d'activités*
- ✎ *Les différents livrets liés à la VAE (recevabilité et dossier VAE)*
- ✎ *Le règlement intérieur, la répartition géographique, le livret d'apprentissage...*
 - Les textes et les annexes sont parus au BO de septembre 2006 et sont disponibles sur le site www.synprefh.org (rubrique documents professionnels/préparateurs)



- ✎ *Remarque : création d'un nouveau centre de formation à Montpellier en cours*

Voies de formation au métier de PPH

- ♥ Quatre voies possibles
 - ✎ *L'apprentissage (limite d'âge fixée à 26 ans, sauf dérogations prévues au Code du Travail et repoussant cet âge à 30 ans)*
 - ✎ *La Validation des Acquis de l'Expérience*
 - ✎ *La formation professionnelle continue*
 - ✎ *La formation initiale*
- ♥ Remarque : aucune limite d'âge pour les 3 dernières voies d'accès



La formation des PPH (1)

- ♥ Durée : 42 semaines (1360 h au total)
- ♥ 660 h théorie
- ♥ 700 h stages pratiques (20 semaines)
- ♥ Agrément des terrains de stage ou d'apprentissage auprès des tutelles (DRASS ou préfecture)
- ♥ Participation à l'ensemble des enseignements obligatoires
- ♥ Congés des élèves en dehors des périodes de formation



La formation des PPH (2)

- ♥ Huit modules au lieu de 13
 - ✎ 1/Médicament
 - ✎ 2/Dispositif médical
 - ✎ 3/Qualité des opérations pharmaceutiques
 - ✎ 4/Opérations de préparation pharmaceutique
 - ✎ 5/Radiopharmacie
 - ✎ 6/Hygiène et stérilisation
 - ✎ 7/Gestion des flux pharmaceutiques
 - ✎ 8/Transmission d'informations
- ♥ Pour chaque période théorique, une période pratique associée (de 2 à 3 semaines) à réaliser en PUI ou en secteurs associés à la PUI (DM, radiopharmacie, services de soins...)



La formation des PPH (3)

MODULE	NOMBRE D'HEURES THEORIQUES	STAGES (NOMBRE DE SEMAINES)	LOCALISATION
MÉDICAMENT	100 heures	3	PUI, secteur médicaments, unités de soins...
DM	90 heures	3	PUI, secteur DM, unités de soins, plateaux médicotéchniques...
QUALITE	70 heures	2	Industrie, cellule Qualité, gestion des risques...
PREPARATIONS	110 heures	3	dont 70 h en secteur anticancéreux, unités de soins
RADIOPHARMACIE	60 heures	2	Médecine nucléaire ou radiopharmacie
HYGIÈNE STÉRILISATION	110 heures	3	Stérilisation, blocs, endoscopie, CLIN, EOH...
GESTION DES FLUX	60 heures	2	PUI, services de soins...
COMMUNICATION	60 heures	2	PUI, services de soins...
TOTAL	660 heures	20	



Les stages des PPH

- ♥ Peuvent être réalisées en plusieurs fois
 - ✎ *L'élève devra identifier de façon claire ces périodes, afin de pouvoir retrouver l'ensemble du volume horaire*
- ♥ Peuvent être réalisés dans l'établissement, s'il possède l'activité
- ♥ Peuvent être réalisés dans d'autres établissements
 - ✎ *Conventions à prévoir*
- ♥ Les étudiants des autres filières se verront affecter sur des terrains de stages agréés par la DRASS



Maître d'apprentissage

- ♥ Le rôle du maître d'apprentissage ou tuteur de stage est renforcé
 - ✎ *Pour 6 modules sur 8, la "note de stage" est prise en compte dans la validation finale du module*
- ♥ Pour les activités hors PUI, la possibilité d'un tuteur opérationnel est possible et nécessaire mais ne remplace pas le maître d'apprentissage qui reste le notateur final



Evaluation de la formation

- ♥ Le contrôle continu des connaissances
✗ tout au long de l'année
- ♥ La note de situation
✗ présentation à l'oral
- ♥ Le compte rendu d'activités
- ♥ La notation du maître d'apprentissage ou de stage



Le compte-rendu d'activités

- ♥ Concerne les modules 1, 2, 4, 5, 6, 7
- ♥ Pas de présentation orale
- ♥ Décrire une activité ou un groupe d'activités en lien avec le module
- ♥ A pour but d'apprécier les capacités de synthèse du candidat, son objectivité, les connaissances de cette activité, le rôle du PPH ...
- ♥ Grilles d'évaluation établies au niveau national



La note de situation

- ♥ Pour 2 modules
 - ✎ *3 qualité*
 - ✎ *8 communication*
- ♥ C'est la confrontation entre la théorie et la pratique, l'analyse de cette situation et la proposition d'actions, de modifications ou d'améliorations
- ♥ Cette note de situation sera présentée à l'oral
- ♥ Grilles d'évaluations établies au plan national



Validation de la formation

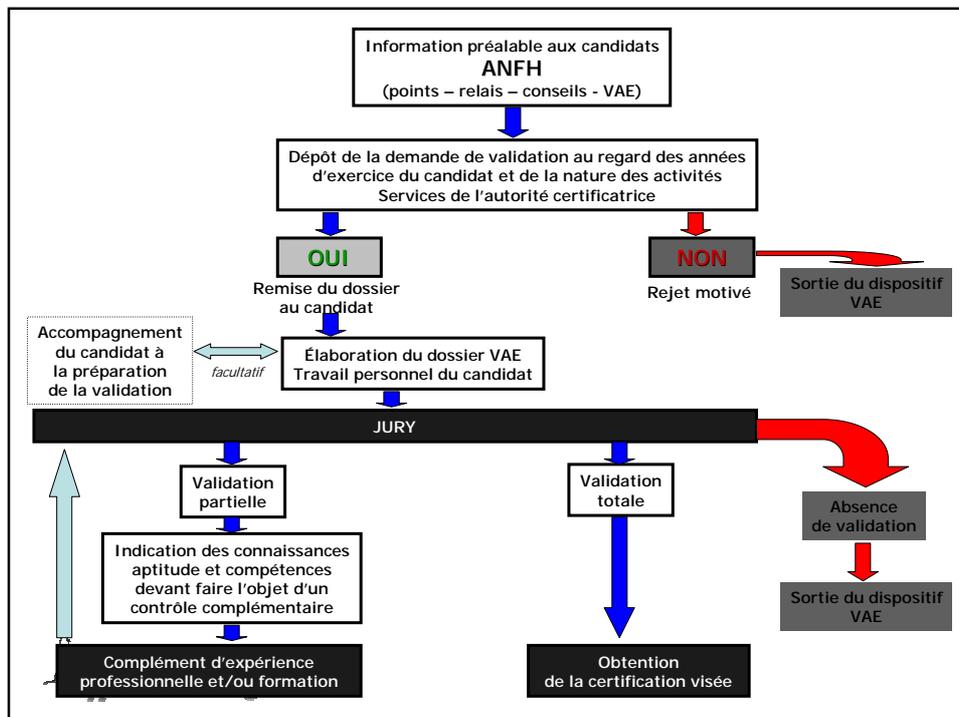
L'obtention du diplôme PPH est subordonnée à

- ✎ *La validation de chaque module*
 - *note \geq à 10*
- ✎ *Aucune note inférieure ou égale à 8/20 sur chaque méthode d'évaluation, sinon le module n'est pas validé*
- ✎ *En cas de non réussite, mise en place d'un rattrapage, et ceci pour chaque méthode d'évaluation*
- ✎ *A partir du 1^{er} janvier 2008, l'AFGSU (attestation à la formation aux gestes et soins d'urgence) de niveau 2 sera nécessaire*



VAE les pré-requis

- ♥ Pas de limite d'âge
- ♥ Etre titulaire du BP Préparateur en Pharmacie
- ♥ Avoir au mini 4200 heures d'activités professionnelles au cours des 12 dernières années (mesurées à la date de dépôt des dossiers de recevabilité) qui soient en lien avec le référentiel d'activités (travail effectif en PUI public ou privé)



Quelques informations VAE

- ♥ C'est une démarche volontaire du candidat
- ♥ Il ne peut déposer plusieurs dossiers VAE dans différents centres
- ♥ L'absence de réponse sur le dossier de recevabilité vaut rejet de celui-ci (délai de 2 mois)
- ♥ Renseignements
 - ✗ ANFH www.anfh.asso.fr rubrique VAE
 - ✗ CNASEA
Délégation VAE
Service de recevabilité
15 rue Léon Walras
87017 LIMOGES CEDEX
0 810 017 710



Validation des modules dans la VAE

- ♥ Le jury décide des modules validés, ou tous, ou certains, ou aucun
- ♥ Le candidat devra, dans un délai de 5 ans, faire l'objet d'une évaluation complémentaire en vue de l'obtention du diplôme
- ♥ L'obtention des modules non validés peut se faire selon la voie de la formation ou par une expérience professionnelle prolongée
- ♥ S'il opte pour la formation, il suit les modules correspondants ainsi que les modalités d'évaluation
- ♥ En pratique l'intégration de ces élèves dans les cursus des écoles n'est pas facile à réaliser !



Formation initiale et continue

♥ Conditions d'admission

- ✎ être titulaire du BP
- ✎ pas de limite d'âge
- ✎ pas de conditions d'ancienneté dans le diplôme PP
- ✎ satisfaire aux épreuves de sélection (écrit et oral)
 - remarque : 1 seule possibilité d'inscription dans le centre de formation de l'inter région de leur choix

♥ Épreuves

- ✎ écrit (admission)
 - sur un sujet d'ordre sanitaire en relation avec l'organisation pharmaceutique hospitalière
- ✎ oral (admissibilité)
 - basée sur les motivations du candidat, l'aptitude à suivre la formation, son projet professionnel



Conditions d'admission

- ♥ Vont à l'oral les candidats ayant obtenu au moins 10/20 à l'écrit
- ♥ Sont admis en formation les candidats ayant obtenu au moins 10/20 à l'oral, classés par ordre sur liste principale et en fonction du nombre de places offertes
 - ✎ liste complémentaire prévue
- ♥ Report d'admission possible
 - ✎ une fois, renouvelable une fois, selon certaines conditions
 - ✎ ou deux fois si rejet du bénéfice de la formation professionnelle



Financement formation PPH

CADRE FORMATION	DIFFERENTS MODES DE FINANCEMENT POSSIBLES
APPRENTISSAGE	A la charge de l'établissement (5529 € en 2007 versé par apprenti) * Certaines régions versent des aides aux apprentis
FORMATION CONTINUE	Plan formation établissement Congé formation professionnel
VAE	Plan formation établissement Autofinancement Congé individuel de formation
FORMATION INITIALE	Autofinancement Congé individuel de formation PARE (si chômage)

(1) Circulaire DHOS/F1/F2/F3/DSS/1A/2007-74 du 21 Février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007



En conclusion

- ♥ Beaucoup de travail, pour l'apprenti, le maître de stage, et les formateurs
- ♥ Documents écrits nombreux
- ♥ Formation plus centrée sur les activités des préparateurs hospitaliers
- ♥ Ne pas penser que la VAE sera une formalité pour régulariser les préparateurs déjà en poste



Bonnes Pratiques de Préparations (BPP)

Agence française
de sécurité sanitaire
des produits de santé



Xavier CORNIL et Stéphane DESPINIS
Direction de l'Inspection
et des Etablissements

-Congrès SYNPREFH – STRASBOURG - 23 mai 2007

Bonnes pratiques de Préparations



LES DOCUMENTS DE BASE :

- Projet de bonnes pratiques de préparation à l'hôpital (versions successives 2000 à fin 2004)
- Projet de bonnes pratiques de préparation à l'officine (version juillet 2005 - DGS) et recommandations ministérielles de 1988

OBJECTIFS

- Renforcement de la sécurité sanitaire des préparations (PUI et officines)
- Fusion des projets existants:
obtenir un seul référentiel opposable, quel que soit le lieu, pour tous types de préparations et propositions sur les préparations en série (rapport IGAS, janvier 2006)

CHAMP D'APPLICATION

- Toutes les préparations réalisées en PUI et officines
- Exclusions: autres produits de santé (article L. 5311-1 CSP); déconditionnement de spécialités pharmaceutiques en vue de leur répartition pour une aide à l'administration aux patients
- Pharmacovigilance des préparations
- Responsabilité pharmaceutique

ETAPES DÉJÀ REALISEES

- Première consultation des organisations professionnelles: octobre – novembre 2006
- Affinage rédactionnel (cohérence, redondances...) et technique
- Prise en compte juridique des situations de fait sur :
 - délimitation du champ de la préparation officinale
 - conditions d'organisation de la sous-traitance des préparations, des contrôles et du transport
 - approvisionnement et contrôle des matières premières
 - autorisations particulières pour les officines

PROCHAINES ETAPES

- * Nécessaires évolutions juridiques avec DGS/DHOS et Assemblées parlementaires (Loi DDAC – JO 27/02/07):
 - conditions de sous-traitance des préparations magistrales des PUI et des officines,
 - matières premières à usage pharmaceutique,
 - régime d'autorisation pour préparations des médicaments stériles et pour préparations dangereuses pour les officines
 - interdiction en officines pour radiopharmaceutiques
- * Mise en enquête publique du référentiel: mai 2007 (durée 1,5 mois)
- * Publication: courant 2nd semestre 2007

Sources (I.2.1.)	Contrôles requis (I.3.2.)
a) Etb pharma Fab = autorisé Afssaps même source que spécialité pharma	- Système inviolabilité - CA du lot → Vérif cohérence entre contenant et certif
b) Fournisseur MPUP France ou Europe Fab/ Distrib: recondt – Réétiqet = déclaré + certif Afssaps (déclaré ou autorisé + certif si Europe)	Idem
c) Autres Ets pharma et autres MPUP (distrib – import)	→ Prélèvement et contrôle complet (cf Ph.)
Autres avec MP à la Ph.	→ Prélèvement et contrôle complet (cf Ph.)
Autres avec MP hors Ph.	= en dernier recours (mal. graves/rares) avec exp. Ph-chim et Toxicologie → Prélvt + contrôle complet

= après contrôle de la qualité

= avec matériel adapté et propre
(ex. balances, mortiers...)

= avec double vérification: par système d'enregistrement automatique ou par 2° personne qualifiée (CSP)

- Enregistrement dans le dossier de lot de la préparation

- * **MP:**
 - échantillothèque pour toute MP provenant d'établissements hors Ets pharma Fab et fournisseurs MPUP France /Europe (fabricants/distributeurs: recondt – réétiquet)
 - Pendant au moins 1 an après DLU.
- * **Préparations terminées:**
 - échantillothèque pour toute préparation sauf préparation magistrale préparée pour un seul patient et sauf exception justifiée.
 - Pendant au moins 1 an après DLU.
- * **Médicaments expérimentaux (cas particulier)**
- * **Préparations radiopharma: non requis**

- = au vu des données enregistrées dans le dossier de lot de la préparation ET au vu d'un échantillon de la préparation
- = par le pharmacien ET décision formalisée par un compte-rendu
- En cas de sous-traitance: par pharmacien réalisant la dispensation (sauf dispositions précisées dans le contrat)
- Procédure écrite

Prép. Magistrales



Prép. hospitalières



*** Obligation d'un contrat écrit pour toute sous-traitance systématique**

*** Contenu du contrat avec annexe technique:**

- Pour les préparations (en totalité) :
délai de réalisation, identification de l'établissement effectuant la libération des lots...
- Pour les contrôles (partiels ou totaux) :
délai de réalisation, émission d'un CA daté et signé
- Pour les modalités de transport:
délai max. d'acheminement, conditions particulières et
délai de conservation, identification du prestataire de transport

STERILISATION TERMINALE :
Risque inhabituel microbiologique

	Zone préparation	Environnement
Préparation	Classe C	Classe C
Remplissage	Classe A	Classe C (sauf isolateur en surpression)

STERILISATION TERMINALE :
Absence de risque inhabituel microbiologique

	Zone préparation	Environnement
Préparation	Classe D	Classe D
Remplissage	Classe C	Classe D

**Préparation aseptique et Filtration stérilisante :
Risque microbiologique élevé**

	Zone préparation	Environnement
Isolateur en surpression (+ chap. VII)	Classe A	<i>Classe D</i>
Isolateur en dépression (+ chap. VII)	Classe A	Classe C
Hotte à flux laminaire	Classe A	Classe B

**Préparation aseptique et Filtration stérilisante :
Risque microbiologique faible**

	Zone préparation	Environnement
Isolateur en surpression (+ chap. VII)	Classe A	Classe D
Isolateur en dépression (chap. VII)	Classe A	Classe C
Hotte à flux laminaire	Classe A	Classe C

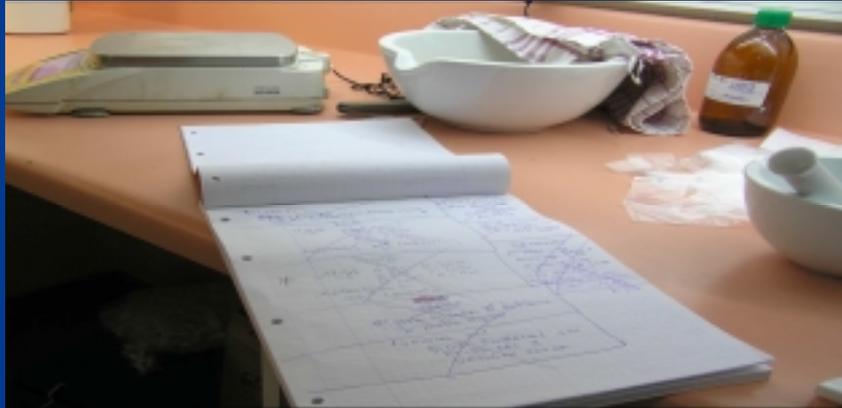
- * Cf chapitre VI pour les préparations stériles
- * Zone en dépression par rapport environnement extérieur,
sauf en cas de transfert en système clos
où la zone est en surpression
- * Intervalle de temps entre début de préparation et conditionnement le plus court possible

- * Préparation en conformité avec autorisation de recherche biomédicale
- * Bilan des quantités préparées (y compris pour contrôles) et des quantités utilisées
- * Soin particulier à toute opération de mise en insu
- * Etiquetage particulier
- * Conditions particulières de libération (pharmacien + promoteur)

- * Locaux et suivi des produits devant être conformes aux exigences de l'ASN
+ accès par sas et locaux en dépression
- * Radiopharmacien = responsable technique
- * Modalités particulières de contrôle

- * Enregistrements et contrôles à réception des matières premières
- * Dossier de lot de la préparation
- * Registre des préparations
- * Ordonnancier

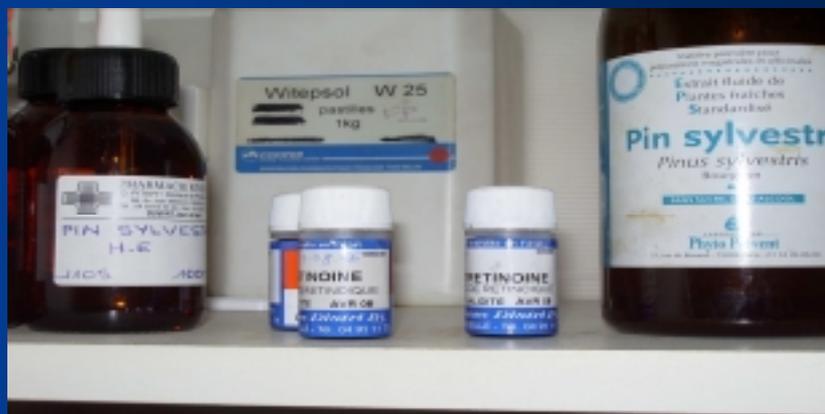
CONCLUSION: PLUS JAMAIS CELA!



99

25/09/2007 – Titre de la présentation

CONCLUSION: PLUS JAMAIS CELA!



100

25/09/2007 – Titre de la présentation

CONCLUSION: PLUS JAMAIS CELA!



101

25/09/2007 – Titre de la présentation

Dossier Médical Personnel
Dossier Pharmaceutique

Des changements en perspectives
pour l'exercice professionnel des
pharmaciens...



Origine & but du DMP

Le contexte

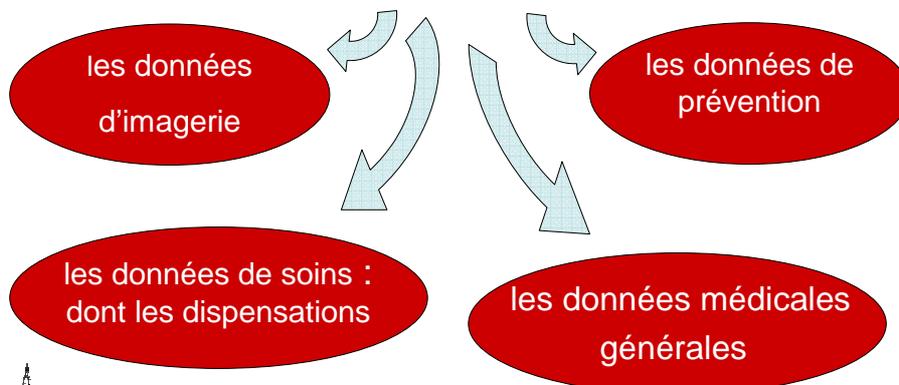
- ✓ cadre sur l'hébergement des données de santé, fixé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ✓ favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins (loi du 13 août 2004)
- ✓ améliorer la communication des informations de santé, sous le contrôle du patient concerné
- ✓ par l'implication dans cette démarche des acteurs de soins que sont les professionnels de santé et les patients eux-mêmes, diminuer les coûts inutiles

support d'information fédérateur
autour et au service du patient.

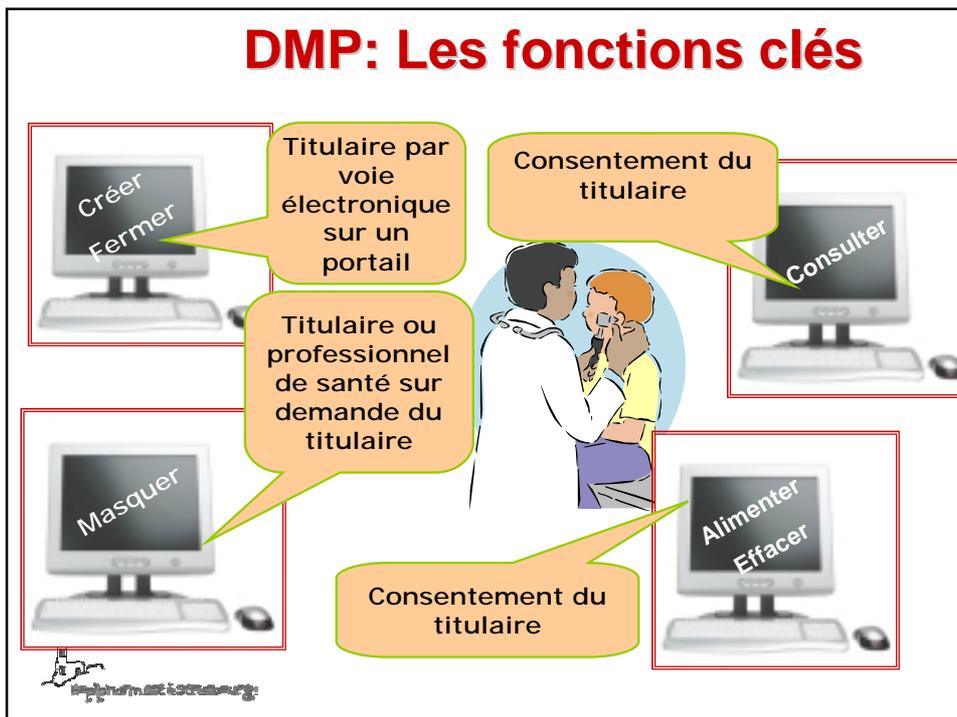


Éléments contributifs du DMP

Informations datées et signées



DMP: Les fonctions clés



Les prochaines étapes pour le DMP

- ✓ **Choix de l'Etat face aux exigences de la CNIL**
 - répondre aux conditions indispensables au déploiement sécurisé du DMP
 - se doter d'un identifiant unique et fiable pour le secteur de la santé, le NIS... le NIR ne constitue pas un numéro adapté pour identifier le dossier médical de chacun
- ✓ **Attribution d'un hébergeur de référence**
 - assurer, pour une durée de 4 ans, la conception, le développement et la maintenance des DMP, leur exploitation dans des conditions d'hébergement sécurisé avec une disponibilité de 99,9%
- ✓ **Publication du décret de mise en œuvre du DMP**

DP: La naissance du projet

Le contexte

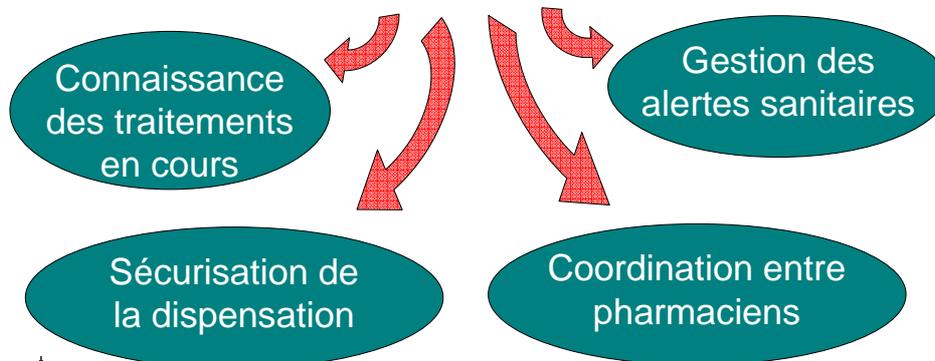
- ✓ Nécessité d'optimiser les soins au niveau national
- ✓ Loi d'information des patients (4 mars 2002)
- ✓ Volonté des pharmaciens de s'associer aux réformes (loi du 13 août 2004, DMP)

Un outil professionnel pour
sécuriser la dispensation

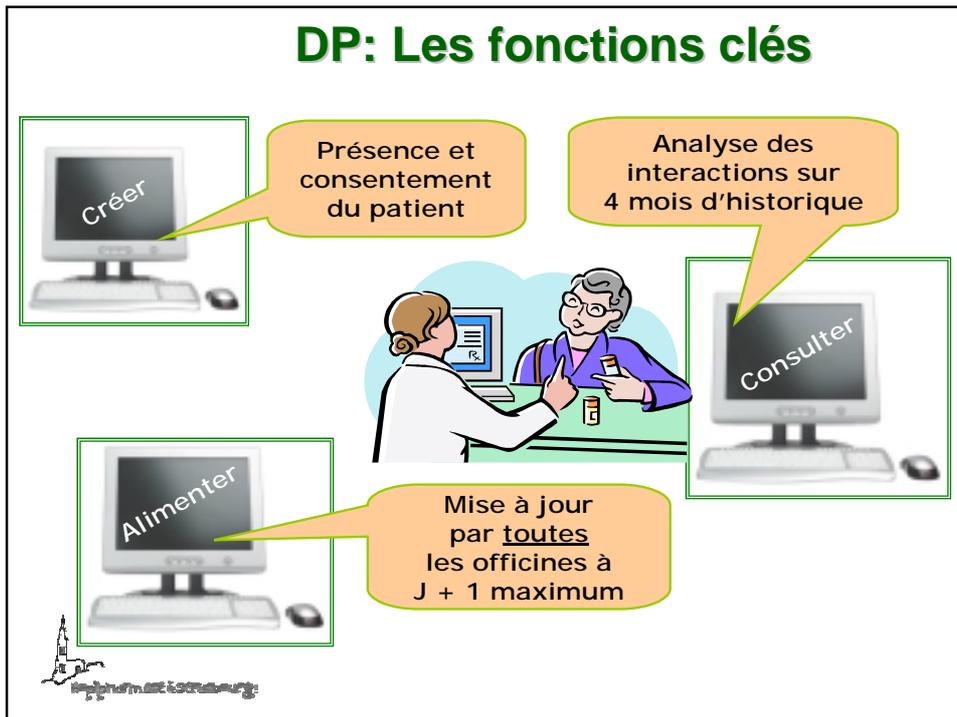


Éléments contributifs du DP

Enregistrement des médicaments délivrés



DP: Les fonctions clés

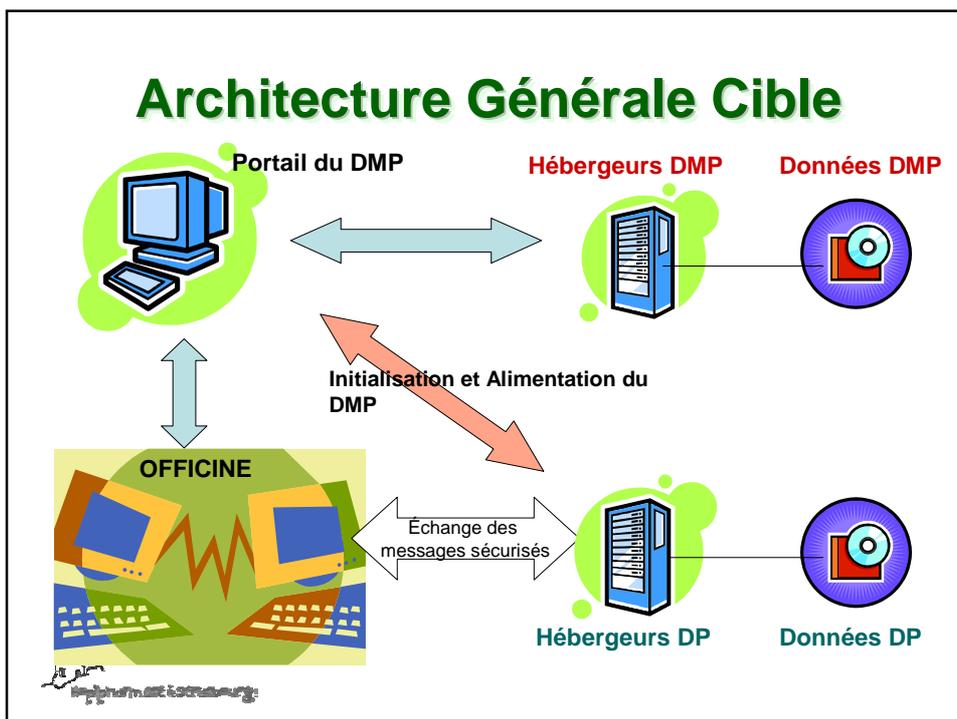


Les prochaines étapes pour le DP

- ✓ **Phase pilote sur 6 départements**
 - tester en réel mode de recueil du consentement du patient, l'ouverture du DP en elle-même, son alimentation et sa consultation
 - 2 modes d'accès au DP:
 - Avec ADSL: consultation et alimentation*
 - Sans ADSL: consultation*
- ✓ **Accord de la CNIL**
 - Préalable indispensable à la phase pilote
- ✓ **Interopérabilité avec logiciels de gestion d'officine**
 - A finaliser pendant la phase pilote
- ✓ **Généralisation à l'automne**
 - Si phase pilote réussie



Architecture Générale Cible



DMP/DP: Principaux points communs

- ✓ **Respect des 3 grands principes éthiques**
 - ✓ *Respect de la dignité des personnes*
 - ✓ *Respect de la liberté du malade*
 - ✓ *Respect absolu du secret professionnel*
- ✓ **Mise en œuvre des NTIC**
 - ✓ *Hébergeurs spécialisés sans les données de santé*
 - ✓ *Cryptage des données*
 - ✓ *Accès par CSV, CPS, CPE*
- ✓ **Interopérabilité avec les logiciels métier**
 - ✓ *Plus facile à obtenir à l'officine qu'au cabinet ou qu'en établissement de santé*

DMP/DP: Principales différences

DMP

- Maîtrise d'ouvrage
- GIP DMP
- Financement
- Public
- Identification du patient
- NIS
- Accès aux données
- Privé par portail
Auprès du praticien
- Conservation des données
- Des « documents »
- Conservation des données
- 10 ans

DP

- Maîtrise d'ouvrage
- Ordre des Pharmaciens
- Financement
- Ordre des Pharmaciens
- Identification du patient
- Identifiant spécifique
- Accès
- Pour l'instant à l'officine
Bientôt à l'hôpital??
- Contenu
- Des données « structurées »
- Conservation des données
- 4 mois



Quelle place pour le Dossier Pharmaceutique à l'hôpital?

- **Opportunité pour la cession aux patients ambulatoires?**
- **Dans un contexte difficile:**
 - *effort d'informatisation non encore généralisé pour cette activité*
 - *hétérogénéité des applications*
 - *adaptation des logiciels aux nouvelles fonctionnalités nécessaires au DP*
 - *manque de motivation des établissements pour de tels investissements.*
- **Autres opportunités?**



IHE-Pharmacie

Premiers pas

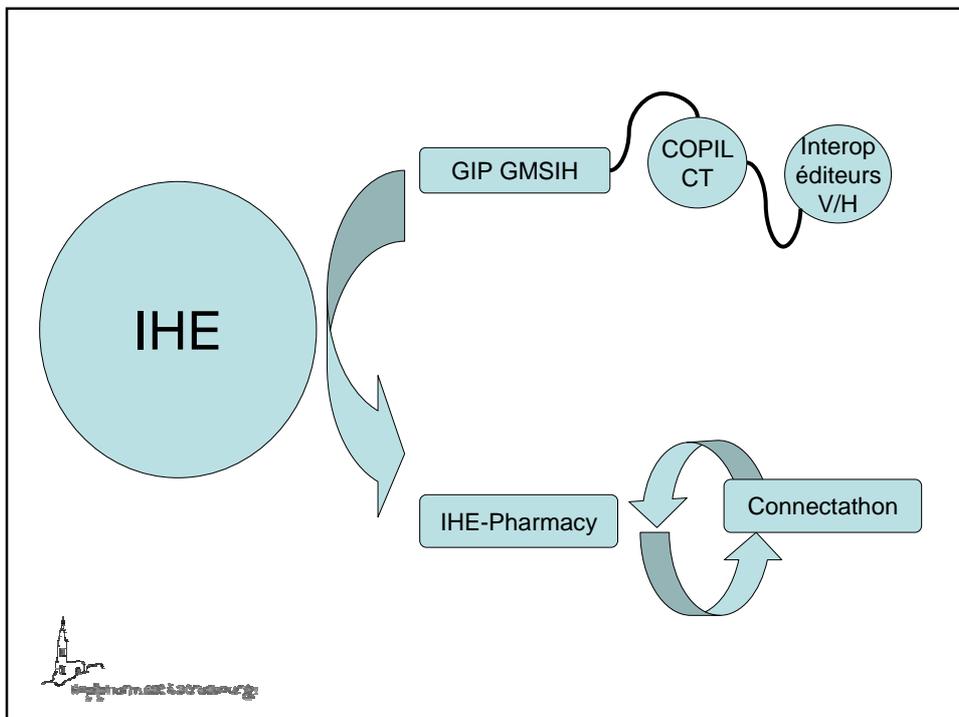
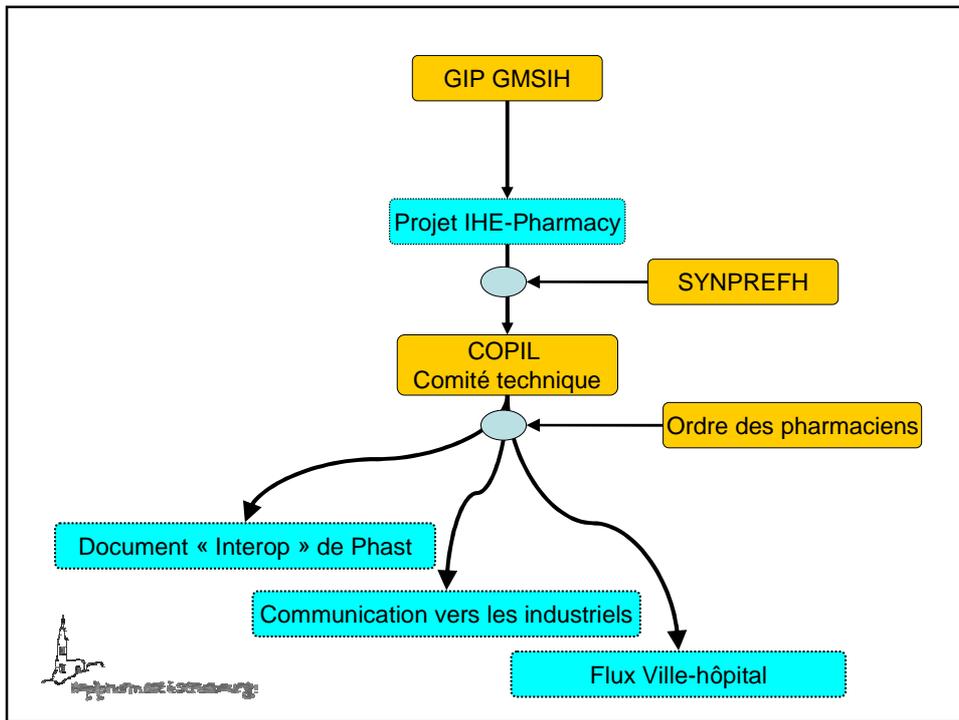
Franck GENER



IHE

- ♥ Organisation informelle, internationale
- ♥ Spécifications des standards
- ♥ Labo, Radio ...
- ♥ Cycles annuels / Connectathon
- ♥ Internationaliser les marchés de l'informatique de santé





Le Livre Blanc de la Pharmacie Hospitalière Française

Patrick Rambourg



SYNPREFH

Vivons le futur au présent !

**Dans le contexte actuel et futur
de la santé et des hôpitaux
en France, quelles orientations
prioritaires voulons-nous donner
à la pharmacie hospitalière
à l'horizon 2012 ?**



Vers une réédition du Livre Blanc...

- ♥ 1994 : 1^{ère} édition du Livre Blanc de la Pharmacie Hospitalière Française
- ♥ 2006 : Comité stratégique du SYNPREFH
⇒ **décision de débiter une réflexion pour la réécriture du LBPHF**
- ♥ 2007 (janvier, mars, mai) : trois réunions du comité de pilotage de ce projet
- ♥ 2008 : Nouvelle édition du LBPHF



Comité de pilotage

- ♥ Armelle Develay
- ♥ Michel Juste
- ♥ Mariannick Le Bot
- ♥ Anne-Marie Liebbe
- ♥ Patrick Mazaud
- ♥ Patrick Rambourg
- ♥ Dominique Thiveaud

Avec l'aide méthodologique de Xavier Didry



Réunions du comité de pilotage (1)

- ♥ Etude de l'environnement : les événements en cours et à venir
- ♥ Objectifs du LBPHF : que voulons-nous obtenir avec ce livre blanc ?
 - ✎ *Quelles opportunités / quelles menaces ?*
 - ✎ *Quels risques / quels dangers ?*
 - ✎ *Quelles sont nos forces et nos faiblesses ?*
 - ✎ *Quels sont nos domaines d'activités stratégiques ?*
 - ✎ *Quelles sont nos activités à valeur ajoutée ?*
 - ✎ *Que voulons-nous faire de notre métier de pharmacien praticien hospitalier en 2012 ?*



Réunions du comité de pilotage (2)

- ♥ Quelles cibles voulons-nous atteindre ?
 - ✎ *à l'intérieur de l'hôpital*
 - ✎ *à l'extérieur de l'hôpital*
 - ✎ *le patient*
- ♥ Quelles articulations avec les autres organisations professionnelles ?
- ♥ Quelle structure donner à ce LBPHF ?
 - ✎ *Première partie : les constats*
 - ✎ *Deuxième partie : les propositions*
 - ✎ *Troisième partie : les annexes*



Les constats

- ♥ Santé / Réforme
- ♥ Situation des hôpitaux
- ♥ Domaines et missions de la pharmacie hospitalière en France
- ♥ Organisation des hôpitaux et de la pharmacie hospitalière
- ♥ Le pharmacien hospitalier : statut, fonctions, activités transversales
- ♥ Éléments démographiques

⇒ Tous ces points abordés dans les constats sont détaillés dans les annexes



Les propositions

- ♥ Quelles les dix orientations pour la profession à l'horizon 2012 ?
- ♥ Rappel des 10 priorités développement du LBPHF 1994 :
 1. Analyse pharmaceutique des ordonnances
 2. Choix des thérapeutiques et animation du comité du médicament et des dispositifs médicaux
 3. Information aux unités de soins
 4. Participation aux activités des services de soins (visites, réunions.. .)
 5. Adaptation de la présentation galénique
 6. Interprétation des dosages médicamenteux (pharmacocinétique clinique)
 7. Délivrance individuelle des médicaments et des dispositifs médicaux stériles
 8. Suivi des essais cliniques
 9. Conseils ou consultations aux patients externes
 10. Conseils et éducation des patients hospitalisés



Méthodologie (1)

♥ Enquête « Etat d'avancement des pharmacies hospitalières au regard des 10 priorités de développement du LBPHF 1994 »

- ✎ *Où en est-on ?*
- ✎ *Qu'est-ce qui n'a pas marché ?*
- ✎ *Quelles actions doit-on entamer pour que ça marche ?*
- ✎ *Quelles sont les difficultés ?*
- ✎ *Qu'est-ce qui a marché ?*
- ✎ *Pourquoi ça a marché ?*

♥ Mise en place d'un blog « LBPHF » ⇒ Débat participatif



Méthodologie (2)

♥ Réflexions dans le cadre des régions : réunions régionales du SYNPREFH

- ✎ *progression depuis 1994 ?*
- ✎ *idées nouvelles*
- ✎ *critiques & avis ("on n'est pas d'accord parce que...")*
- ✎ *renforcement de point de vue*
- ✎ *expériences originales*

♥ Réflexions pluridisciplinaires

- ✎ *professions de santé et autres professions de l'hôpital*
- ✎ *professions de santé du monde libéral*



Document OMS 2006

- ♥ Document en anglais, traduction bientôt disponible

**“Developing pharmacy practice
A focus on patient care”**

- ✗ Pharmacists in the health care team: a policy perspective
- ✗ Pharmacists in patient care: a practice perspective

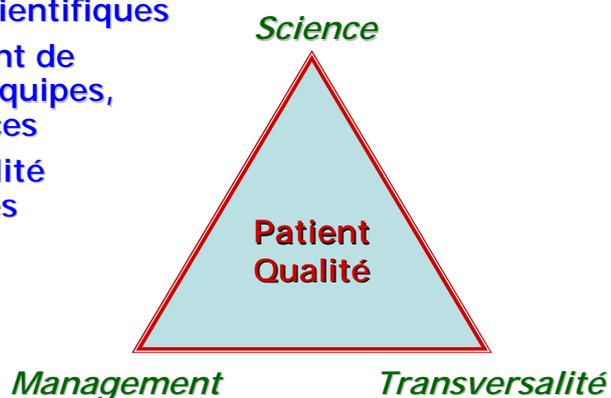
- ♥ www.who.org

- ♥ Nombreuses informations



Idées clefs

- ♥ Activités scientifiques
- ♥ Management de projets, d'équipes, de ressources
- ♥ Transversalité des activités



Code des Marchés Publics 2006

Quoi de neuf pour les produits pharmaceutiques ?

Marie-Hélène GUIGNARD
Guy LEBOUVIER



Code des Marchés Publics 2006

Le nouveau Décret

- Transposition des Directives Européennes
- Décret n°2006-975 du 1^{er} août 2006 portant code des marchés publics (CMP) publié au J.O. du 4 août 2006
 - 9 articles + 1 annexe de 177 articles constituant le CMP divisée en 3 parties dont 2 principales
 - 1^{ère} partie = dispositions applicables aux pouvoirs adjudicateurs (articles 1 à 133) → correspond au CMP 2004
 - 2^{ème} partie = dispositions applicables aux entités adjudicatrices (articles 134 à 175)
- Abrogation du Décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004, de son annexe et des Décrets pris en application de l'article 56 du CMP
- CMP 2006 applicable le 1^{er} septembre 2006 sauf pour les marchés notifiés avant cette date



CMP 2006 Généralités

- Principes identiques à ceux de 2004
 - Domaines = travaux, fournitures, services, exploitation de réseaux (eau, énergie, transports, services postaux)
 - Applicable aux marchés publics et aux accords cadres
 - Sont soumis au CMP
 - *les pouvoirs adjudicateurs = Etat et certains de ses établissements publics, les collectivités territoriales et leurs établissements publics*
- NB : les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux
→ règles des collectivités territoriales mais quelques dispositions spécifiques leur appliquant les règles de l'Etat
- *les entités adjudicatrices = pouvoirs adjudicateurs exerçant une activité d'opérateur de réseaux*



CMP 2006 Généralités – Autres textes

- Etablissements de santé = pouvoirs adjudicateurs
- ➔ application des dispositions de la 1^{ère} partie du CMP 2006
- NB : numérotation des articles du CMP 2006 très voisine de celle de 2004 mais attention aux différences sur certains articles (marchés négociés, marchés à bons de commande)
→ *tableau de correspondance nécessaire*
- Publication au JO du 4 août 2006 de la Circulaire du 3 août 2006 portant manuel d'application du CMP     (abrogation de la circulaire du 7 janvier 2004)
- Publication au JO du 29 août 2006 d' 1 décret et 8 arrêtés d'application puis de 3 arrêtés en décembre 2006.



CMP 2006 Quelques nouveautés (1)

- Les accords cadres : contrats qui ont pour objet d'établir les termes régissant les marchés à passer au cours d'une période donnée
→ *application produits pharmaceutiques ?*
- Le système d'acquisition dynamique (SAD)
- Plus de notion de Personne Responsable des marchés (PRM) : règles d'organisation propres à chaque pouvoir adjudicateur
Pour les établissements de santé l'article R.6145-70 du CSP reste valable : « ... le directeur est seul compétent pour passer les marchés de travaux, de fournitures et de services pour le compte de l'établissement. »



CMP 2006 Quelques nouveautés (2)

- MAPA possibles
 - *au terme d'une 1^{ère} procédure formalisée (AO) pour les lots déclarés infructueux ou sans suite et < 80 000 € HT*
 - *après résiliation d'un marché pour des lots < 80 000 € HT dont l'exécution est inachevée*
- Possibilité de MAPA sans concurrence
- Notions nouvelles
 - *d'offre inappropriée,*
 - *d'offre irrégulière,*
 - *d'offre inacceptable*



CMP 2006

Quelques nouveautés (3)

- Modifications +++ des marchés négociés, en particulier
 - *disparition des MN sans publicité avec mise en concurrence*
→ *MN sans publicité et sans mise en concurrence*
 - *dans le cas d'AO infructueux*
→ *MN différent selon la cause de l'infructuosité*
- Possibilité de variantes seulement si le PA les autorise. A défaut d'indication, les variantes ne sont pas admises.
- Pondération de critères de choix (sauf MAPA)
Le PA ne peut hiérarchiser les critères que s'il estime pouvoir démontrer que la pondération est impossible.



CMP 2006

Quoi de neuf sur la dématérialisation ?

- Abrogation du décret n° 2002-692 du 30/04/2002 pris en application du 1° et 2° de l'art. 56 du CMP et relatif à la dématérialisation
- « Copie de sauvegarde » (art. 56 + arrêté du 28/08/06)
- « Prime » à la dématérialisation → réduction du délai de réception des offres jusqu'à 12 jours
- Plus de possibilité d'envoi en 2 temps : signature sécurisée, puis documents volumineux
- A compter du 1er janvier 2010, le pouvoir adjudicateur pourra exiger la transmission des candidatures et des offres par voie électronique



CMP 2006 Nouveaux marchés à bons de commande

Ce qui change par rapport à 2004

- marché conclu avec 1 ou plusieurs fournisseurs
(auparavant c'était un cas dérogatoire = 71 III)

Prévoir dans le marché (DC) la répartition entre les titulaires (ex : 2 lots de produits identiques)

- peut prévoir un minimum et un maximum en valeur ou en quantité, ou être conclu sans minimum ni maximum
(auparavant c'était un cas dérogatoire = 71 II)

Intérêt cependant à conclure des marchés avec mini/maxi pour obtenir des offres économiquement plus avantageuses (manuel).



CMP 2006 En pratique pour les produits pharmaceutiques

- Après les difficultés de 2001, le CMP 2004 avait montré une volonté de simplification, de recherche d'efficacité économique et de responsabilisation des acheteurs hospitaliers
→ le CMP 2006 est en continuité du CMP 2004

■ Actions

- *nouvelle terminologie, nouveaux articles à assimiler*
- *utilisation des MAPA à compléter : lots infructueux de faible montant, MAPA sans concurrence*
- *modifications à intégrer : variantes, délais, pondération !*
- *perspectives intéressantes de dématérialisation à exploiter*

Dans les établissements hospitaliers

- *mettre à jour les procédures et guides internes, et les documents en particulier DC*



Actualités achats publics

→ *groupements d'acheteurs*

→ *groupes de travail*

Marie-Hélène GUIGNARD
Guy LEBOUVIER



Les groupements d'acheteurs (1)

- **Le groupement national des CHU et gros CH à l'initiative de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU**
 - **GCS UNIHA basé aux HCL de Lyon**
 - *projet concrétisé en 2005 pour réagir contre l'action et les résultats de la MEAH*
 - *objectif de massification de plusieurs catégories d'achat parmi lesquelles les produits pharmaceutiques*
 - *démarche politique semblant inévitable quelque soit l'efficacité des résultats économiques*
 - *implication importante de la Commission des Pharmaciens de CHU pour maîtriser la sélection des segments d'achats et maintenir la qualité des choix pharmaceutiques*
 - *moyens nécessaires et accordés*



Les groupements d'acheteurs (2)

- Les initiatives régionales
 - *exemple de l'île de France hors AP-HP : RESAH-IDF*
- Et les CHU dans les groupements régionaux préexistants ?
- Le rôle et les orientations
 - *de la DHOS : « facilitateur »*
 - *des ARH : « catalyseur »*mais parfois manque de clarté et de logique dans les démarches
- Discussion
 - *sur le bon niveau de regroupement ?*
 - *sur l'efficacité économique ?*
 - *sur la diversification et complexité des procédures*
 - *sur les moyens*



Groupes de travail achats en 2007

- ❖ DHOS
rédaction de fiches de synthèse sur les thèmes délicats du nouveau CMP (participation de PP + relecture MHG, GL)
- ❖ FHF
réunions, journées d'information (participation de GL, MAU, MHG)
- ❖ MINEFI, GEM « produits de santé »
 - *présidé par E. Aoun (AP-HP)*
 - *mise à jour du « guide d'approvisionnement des produits du domaine pharmaceutique » rédigé en 2002 et pour lequel une tentative de mise à jour avait été impossible en 2004*
 - *4 pharmaciens hospitaliers (GL, PP, MAU, MHG) + 1 pharmacien des armées + LEEM + SNITEM + DAJ*





Chimiothérapie à domicile

S. BURNEL

INCa

Département amélioration de la
qualité des soins et accès à
l'innovation



Les fondamentaux

Plus de qualité, plus de sécurité et plus d'équité des soins

Plus d'information vis-à-vis des malades et de leurs proches

CANCERINFOSERVICE
0 810 810 821
PREMIER APPEL LOCAL
La vie sur toute la ligne

Plus de coordination entre les acteurs et de coopérations entre établissements



Chimiothérapie à domicile

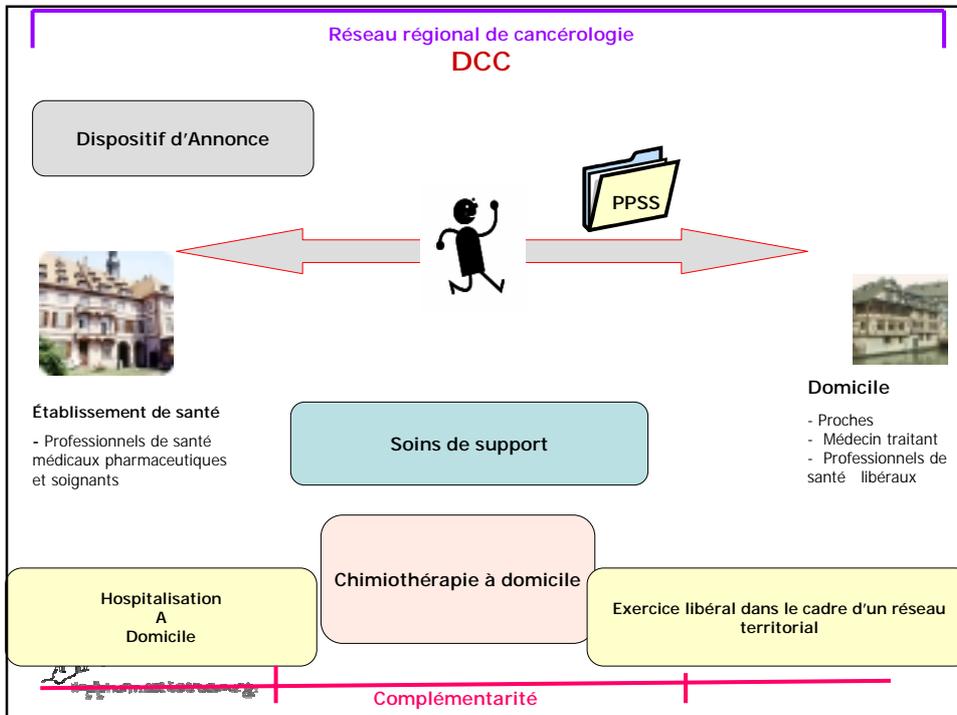
♥ Pourquoi ?

♥ Quels patients ?

♥ Comment ?

*Qualité des structures et de l'organisation,
compétences des professionnels
mise à disposition d'outils
de communication*

♥ A quel coût ?



Quels patients ?

Critères d'éligibilité liés au patient,
liés au

médicament

Évaluation partagée

Durée de perfusion
courte

Toxicité immédiate
limitée

1ère cure en établissement de santé

Cf rapport HAS

Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie
anticancéreuse à domicile



Comment : L'HAD

Des chiffres :

➤ **205 structures** soit **7.845 places**

Evaluation du pourcentage de patients cancéreux pris en
charge

/PMSI

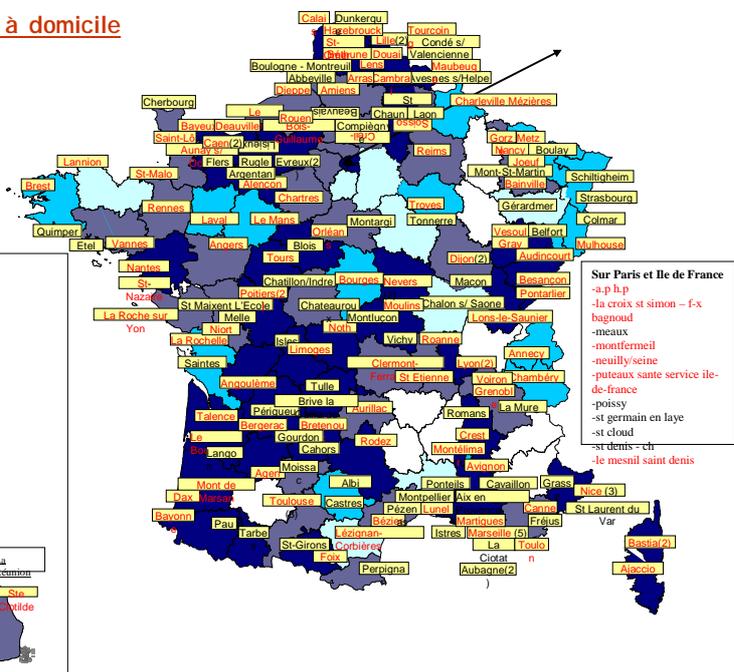
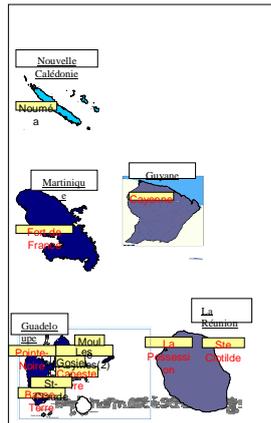
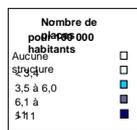
/CNAMTs

Objectif fixé par le ministre dans le Plan
Solidarité grand âge :

➤ **15.000 places** en 2010



**L'hospitalisation à domicile
décembre 2006**



Sur Paris et Ile de France
 -a.p.h.p
 -la croix st simon - f-x
 bagnoud
 -neaux
 -montfermeil
 -neully/seine
 -puteaux sante service ile-
 de-france
 -poissy
 -st germain en laye
 -st cloud
 -st demis - ch
 -le mesnil saint denis

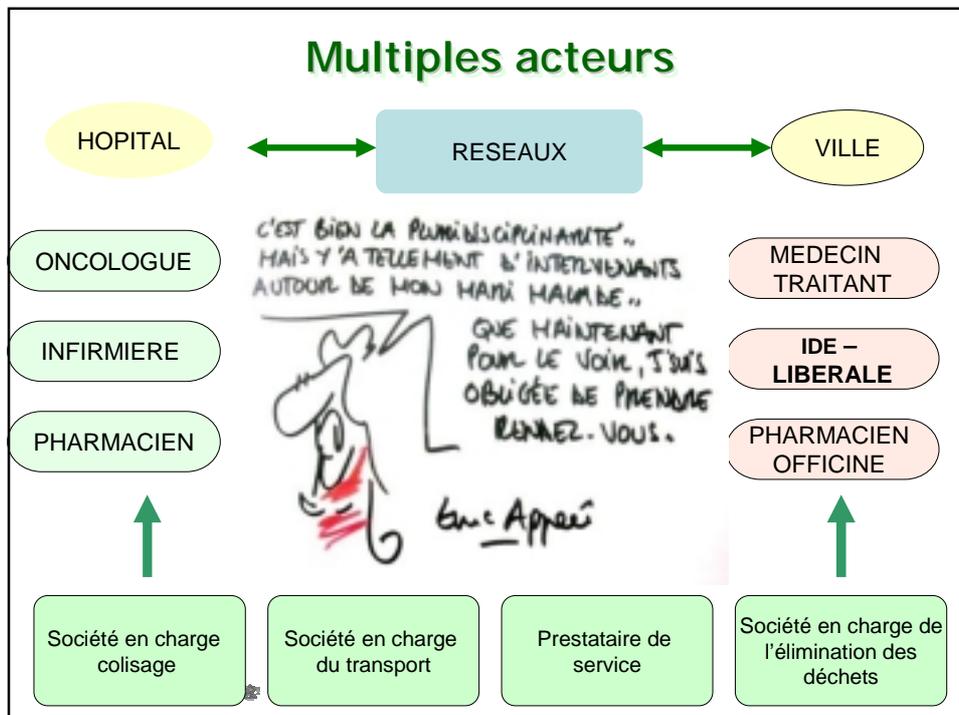
L'HAD

- PEC de caractère généraliste et polyvalent
- Soins complexes formalisés dans un projet thérapeutique, clinique et psychosocial impliquant une coordination des soins et une évaluation médicale
- Chaque structure intervient dans une aire géographique précisée dans l'autorisation



L'HAD

- Peut dépendre d'un établissement de santé public, privé, ou PSPH ou être gérée par une association loi 1901
- + ou – PUI
- Convention avec un ES disposant d'une PUI et d'une UPC



 <p>Établissement de santé, membre d'un réseau de cancérologie</p>		<p>Décrets du 21 mars 2007</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Dispositif d'annonce 2- Réunion de concertation pluridisciplinaire 3- Programme personnalisé de soins 4- Respect des référentiels 5- Accès aux soins de support 6- Accès aux essais cliniques
<p>Critères qualité spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En radiothérapie - En chimiothérapie <p>En chirurgie des cancers</p>		
	<p>Arrêté du 29 mars 2007,</p> <p>Seuils d'activité</p>	

Des seuils d'activité minimale annuelle par établissement autorisé en Chimiothérapie

Au moins 80 Patients

dont 50 en ambulatoire par an







Critères chimiothérapie

- ♥ Prescription par un oncologue ou un spécialiste d'organe Entretien spécifique
- ♥ Protocoles actualisés en lien avec le réseau régional de cancérologie
- ♥ Engagement dans des formations spécifiques

Circuit du médicament garanti :

préparation des AC, même en urgence, sous responsabilité d'un pharmacien avec traçabilité prescription et administration



La qualité ?

HAD

Démarche de certification

CBUM /TAA

la centralisation de la préparation des traitements anticancéreux sous responsabilité pharmaceutique.

Réseaux

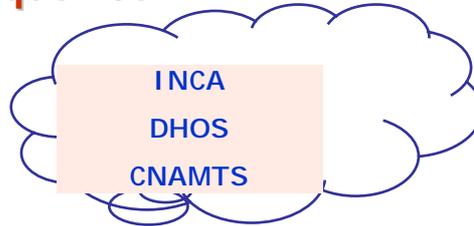
Démarche spécifique de certification?

Labellisation ?

Arrêté du 20 Décembre 2004



La qualité

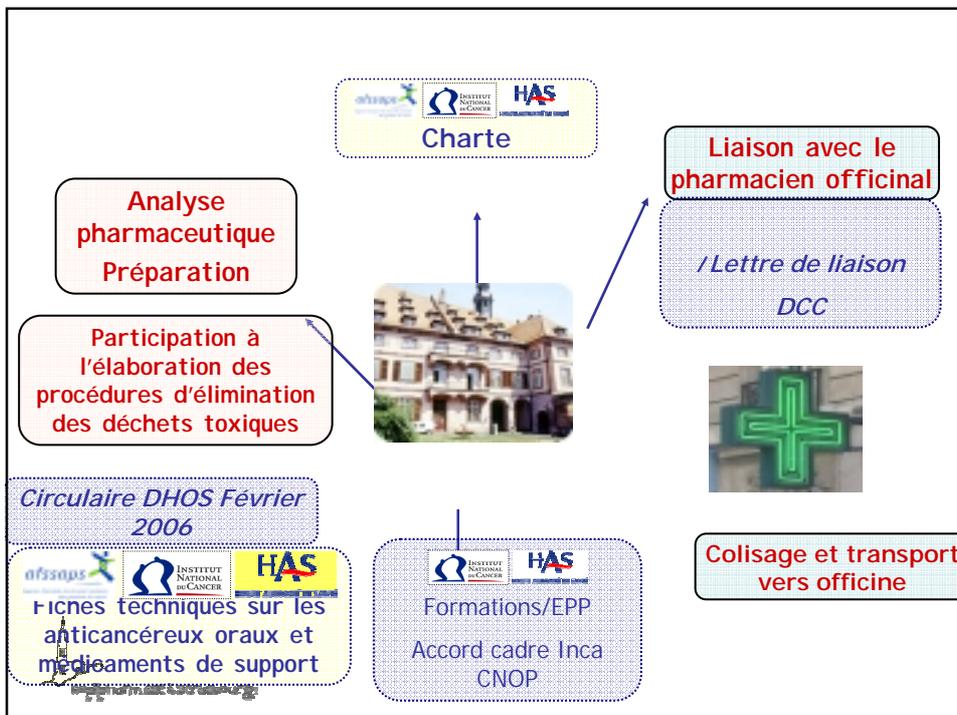
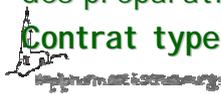


Charte décrivant :

Les engagements des professionnels de santé réalisant la chimiothérapie à domicile

Recommandations concernant le colisage et le transport des préparations

Contrat type « élimination des déchets »



La préparation des anticancéreux

Réglementation

Circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie du 22 février 2005

Décret relatif au contrat de bon usage du 24 août 2005

Critères d'agrément (à venir)

Bonnes pratiques de préparation des anticancéreux



Accompagnement



352 en cours de réalisation : 21 en projet : 42
Constitution d'un maillage territorial
Mutualisation des moyens



L'échange d'informations entre tous les acteurs

DMP

Loi du 13/08/2004

GIP DMP

- Données non structurées
- Partages d'information
- Dossier patient
- Masque des données

⇒ Coordination des soins
⇒ Qualité

DCC

Plan cancer 2003-2007

INCa

- Données structurées
- Partages d'information
- Dossier « métier »
- Pas de masque des données
- RCP et PPS

· Coordination, Qualité, Amélioration de la prise en charge

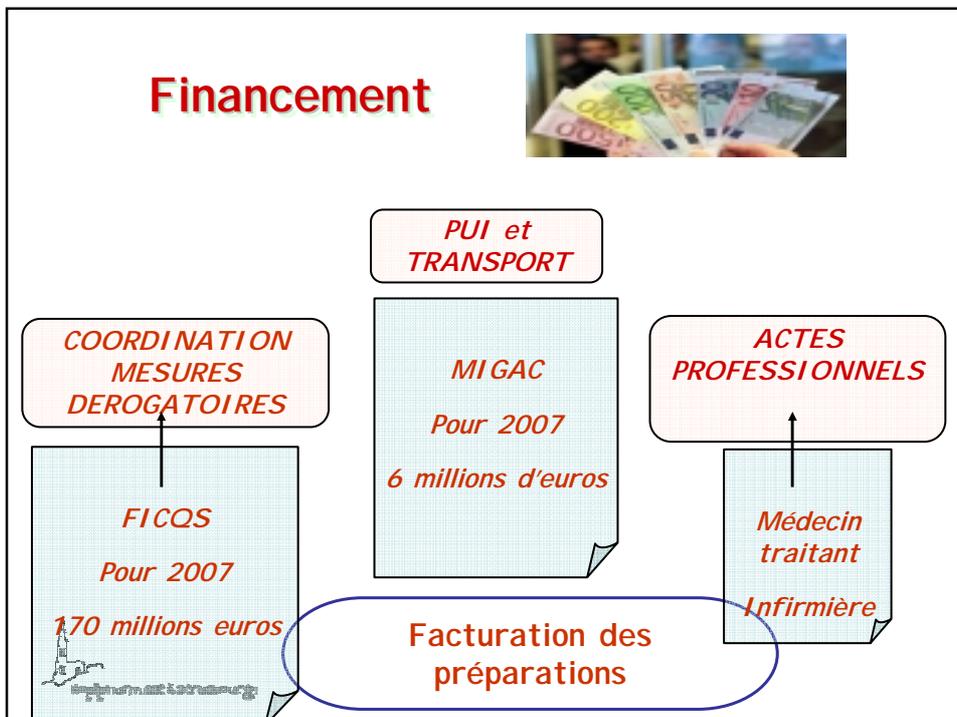
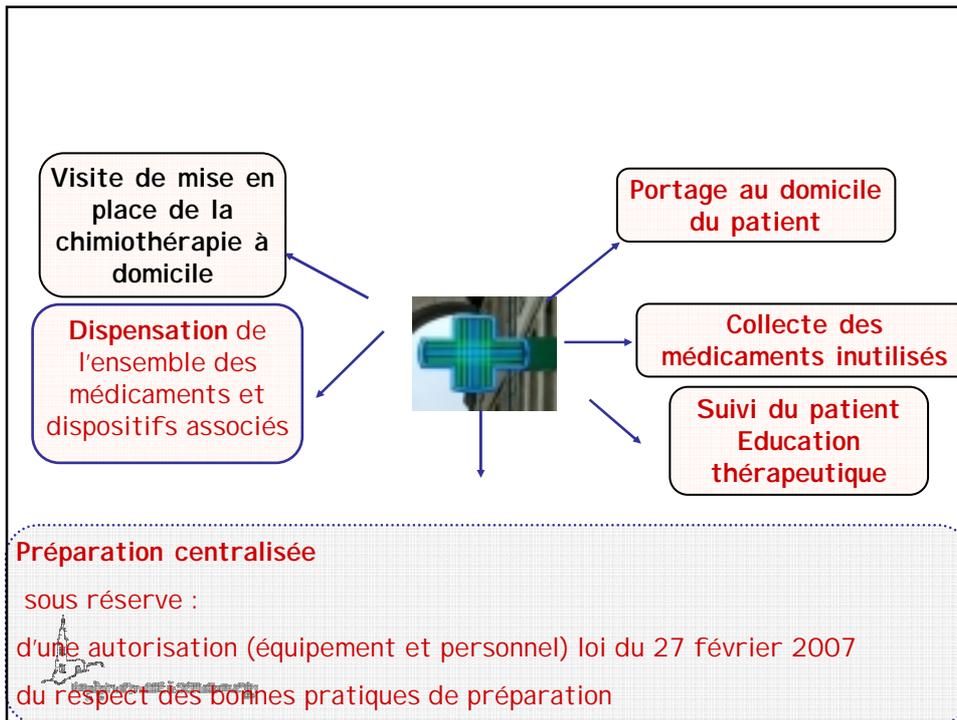


Dossier pharmaceutique

Ordre des pharmaciens

Recense avec accord du patient tous les médicaments dispensés dans les officines dans les 12 mois





Financement

Deux arrêtés concernant la rémunération de l'activité rétrocession en définissent le cadre financier :

- L'un intègre les modalités de facturation des préparations rétrocedées

Arrêté du 23 février 2007. Cet arrêté prévoit la possibilité de facturer les DMS.

- L'autre précise le montant de la marge forfaitaire à appliquer à chaque ligne dispensée

Arrêté du 18 septembre 2006 fixant à 28 euros la marge applicable aux médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique lorsqu'ils sont vendus au public par les pharmacies à usage intérieur



Comparaison des coûts

Rapport HAS Juin 2005 :

Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels

Etude DSS Janvier 2007 :

Les coûts d'une chimiothérapie en hôpital de jour sont

environ 30% plus élevés qu'en HAD et 8% plus élevés



qu'en réseau de santé à domicile.

Perspectives

Concertation DHOS puis diffusion

charte

annexes

cadre type pour la remontée annuelle d'information

Appel à projet Inca Juin 2007

Soutien à des expériences avec volet médicoéconomique
et enquête de satisfaction des patients

Premières autorisations en 2008



23 mai 2007
Strasbourg

Hopipharm

Conséquence de la nouvelle gouvernance sur la responsabilité des acteurs

Isabelle Lucas-Baloup
Avocat à la Cour de Paris

www.lucas-baloup.com

I. Lucas-Baloup

Textes essentiels :

Ordonnances :

- n° 2005-406 du **2 mai 2005**,
- n° 2005-1112 du **1^{er} septembre 2005**,

Décrets :

- n° 2005-444 du **10 mai 2005**,
- n° 2005-1656 du **26 décembre 2005**,

I. Lucas-Baloup

art. L. 6145-16

- « Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de **contractualisation interne** avec leurs **pôles d'activité**, qui bénéficient de **délégations de gestion** de la part du directeur.
- « Le **contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le Pt de la CME**, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, **définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens** et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. (...)

I. Lucas-Baloup

**Contractualisation interne,
pôles d'activité
et délégations « de gestion » :**

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-1

« Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre [organisation interne] .

« Dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en rôles

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-1

« Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement.

« Les **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, **peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles** [...]. »

« En psychiatrie, le secteur peut constituer un pôle d'activité.

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-1

« **Par délégation du pôle d'activité** clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la **mise au point des protocoles médicaux**, **l'évaluation des pratiques professionnelles** et des soins et le cas échéant **l'enseignement et la recherche**. »

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-2

« Dans chaque pôle d'activité, il est institué un **conseil de pôle** dont

- les attributions,
- la composition
- et le mode de fonctionnement

sont fixés par **voie réglementaire**.

cf. Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005,
Art. R. 6146-10 et suiv.

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-3

Responsables de pôle d'activité clinique ou MT:

- praticiens titulaires,
- inscrits sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle (?...)
- nommés par décision conjointe
 - du directeur
 - et du président de la CME
 - + dans les CHU : directeur UFR ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical
- si désaccord : par le conseil d'administration.

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-3

Le conseil d'administration définit

la **durée du mandat (et le renouvellement)** des **responsables de pôle clinique et médico-technique** et des **responsables de leurs structures internes**, dans les limites et selon des modalités fixées par le décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 :

- entre 3 et 5 ans.

Les responsables des autres pôles d'activité (administrative et logistique) choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont **nommés par le directeur.**

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-4

« Nouveaux » chefs de service (ord. du 2 mai 05)

- praticiens titulaires,
- nommés et révoqués par le ministre,
(voir décret du 4 mai 2007, C.N.de
Gestion : « Le directeur du CNG assure, au
nom du ministre, la nomination et les autres
actes de gestion...))
- sur une liste nationale d'habilitation
(pas encore établie à ma
connaissance)
- conditions par voie réglementaire,

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-5 et 5-1

Les responsables de pôles d'activité Clin et MT
nomment les praticiens titulaires
responsables des structures internes Clin
et MT (sauf les chefs de service toujours
nommés par le ministre/C.Nal de Gestion)
et mettent fin à leur
mandat.

Les chefs de service et les praticiens titulaires
responsables des structures internes Clin et

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-6

« Le **praticien responsable** d'un Pd'A Clin ou MT,

met en œuvre, au sein du pôle :

- la politique générale de l'établissement
- et les moyens définis par **le contrat** passé entre le directeur et le président de la CME, afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

« Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a **autorité fonctionnelle**, le **fonctionnement technique du pôle**, dans le

I. Lucas-Baloup

Art. L. 6146-6

« Il est **assisté**, selon les activités du pôle, par

- une sage-femme,
- un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences,
- et par un cadre infirmier.

« Le **Prat. Resp.** élabore avec le conseil de pôle un **projet de pôle** qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

I. Lucas-Baloup

Conseils de pôle d'activité

I. Lucas-Baloup

Art. R. 6146-10

Mission du conseil de pôle :

- participe à l'élaboration
 - ✓ du projet de contrat interne,
 - ✓ du projet de pôle,
 - ✓ du rapport d'activité de pôle.

I. Lucas-Baloup

Art. R. 6146-10

Mission du conseil de pôle :

- permettre l'expression des personnels,
- favoriser les échanges d'informations,
- et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment
 - permanence des soins
 - et établissement des tableaux de service.

I. Lucas-Baloup

Art. R. 6146-10

Le **règlement intérieur** de l'établissement fixe les **règles d'organisation et de fonctionnement des conseils de pôle d'activité** et les modalités de scrutin (art. R. 6146-15 modifié par décret n° 2006-550 du 15 mai 2006).

I. Lucas-Baloup

Art. R. 6146-12

Composition du conseil de pôle : d'activité clinique et médico-technique

- le praticien responsable de chacune des structures internes composant le pôle,
- le cadre supérieur de santé, la SF ainsi que le cadre administratif qui assistent le responsable du pôle,
- les cadres supérieurs du pôle, à due concurrence du nombre de praticiens.

I. Lucas-Baloup

Art. R. 6146-13.I

Outre les membres de droit :

- titulaires et suppléants **élus pour 4 ans** au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie de deux groupes :
 - médecins, odontologistes et pharmaciens,
 - groupe des personnels de la FPH
- moins de trente membres.

I. Lucas-Baloup

Responsabilité et délégations

I. Lucas-Baloup

Délégation de gestion du Directeur :

Art. L. 6145-16 :

- « Les Ets Pub. de Santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur.
[...]
- « La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

I. Lucas-Baloup

Délégation de signature du Directeur :

Art. L. 6143-7 :

- définit la mission du directeur,
- « Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret. »

I. Lucas-Baloup

Délégation de signature du Directeur Général :

Art. D. 6143-33 :

- « [...] le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs membres du corps de direction des hôpitaux ou à un ou plusieurs fonctionnaires appartenant à un corps ou occupant un emploi classé dans la catégorie A ou dans la catégorie B, ou à un ou plusieurs pharmaciens des hôpitaux. »

I. Lucas-Baloup

Délégation de signature du Directeur :

Art. D. 6143-33 :

« Le directeur peut également, sous sa responsabilité, déléguer sa signature dans les conditions prévues par l'article L. 6145-16. Ceux-ci (les délégataires ?) sont dès lors, dans l'exercice des **actes de gestion** pour lesquels ils bénéficient d'une **délégation de signature**, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement. »

I. Lucas-Baloup

Délégation de signature du Directeur :

art. D. 6143-34 :

« Toute délégation doit mentionner :

- 1° le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée,
- 2° la nature des actes délégués,
- 3° éventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation.

La délégation fait l'objet des mesures de **publicité** prévues à l'article R. 6143-38. »

I. Lucas-Baloup

La délégation de signature en droit public :

- consentie à une personne nominativement désignée,
- ne modifie pas le titulaire de la compétence,
- les décisions prises par le délégataire sont réputées prises par le délégant,
- qui demeure responsable des actes signés.

I. Lucas-Baloup

La délégation de POUVOIR en droit public :

Traditionnellement valable si :

- autorisée par un texte,
- consentie avec une précision suffisante quant à l'étendue des compétences déléguées,
- ne doit pas être totale,
- doit être publiée,
- **elle modifie la répartition des compétences :**
seul le délégataire est responsable du bon accomplissement de ce qui est délégué et le directeur est dessaisi des compétences transférées.

I. Lucas-Baloup

Des effets différents :

Délégation de pouvoir :

- transfert juridique des compétences,
- elle dessaisit le directeur, devenu incompetent,

Délégation de signature :

- ne dessaisit pas le directeur,
- qui peut intervenir à tout moment.

I. Lucas-Baloup

La délégation de gestion en droit public : (par analogie avec les services de l'Etat...)

Décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'Etat

- art. 1er : «.. acte par lequel un ou plusieurs services de l'Etat confient à un autre service de l'Etat, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la **réalisation, pour leur compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de leur missions.** »

I. Lucas-Baloup

La délégation de gestion en droit public : (par analogie avec les services de l'Etat...)

Décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion
dans les services de l'Etat

art. 2 :

« La délégation de gestion fait l'objet d'un document écrit qui précise :

- la mission confiée au délégataire,
- les modalités d'exécution financière de la mission,
- ainsi que les obligations respectives des services intéressés. »

I. Lucas-Baloup

La délégation de gestion en droit public :

existait déjà à l'art. L. 6145-16
pour les **centres de responsabilité** :

« Les centres de responsabilité
bénéficient de délégations de gestion
de la part du directeur. »

➤ **pas de jurisprudence publiée**

I. Lucas-Baloup

Délégation de gestion = délégation de signature ou de pouvoir ?

- art. D. 6143-33 => délégation de signature,
- Aucun texte n'autorise une délégation de compétence, sauf à ce qu'on invente que « délégation de gestion = délégation de pouvoir »
(art. L. 6145-16)

I. Lucas-Baloup

Pôles et responsabilité administrative :

- pas de personnalité juridique/morale des pôles,
- seul l'hôpital personne morale de droit public est responsable de ses fautes et de celles de ses agents,
- selon les principes de responsabilité définis par la loi 4 mars 2002 modifiée
 - dans la relation avec le patient :
 - art. L. 1142-1 et suiv. :
responsabilité pour faute,
 - sauf infection nosocomiale,
 - sauf défaut d'un produit de santé.

I. Lucas-Baloup

Pôles et responsabilité administrative :

- La création des pôles ne va donc pas modifier l'engagement de la **responsabilité de l'hôpital** dans sa relation avec les patients :
- qui demeure une responsabilité pour faute,
 - engageant l'hôpital et non les agents,
 - mais la faute pourra avoir une cause différente (dans la coordination des soins au sein du pôle, par exemple)

I. Lucas-Baloup

Responsabilité du responsable de pôle :

- en droit administratif :
 - pas de responsabilité personnelle,
 - sauf faute détachable,
- en droit pénal :
 - mise en œuvre des principes de droit commun

I. Lucas-Baloup

Faute détachable du service :

- Définition :

faute d'une inexcusable gravité ou

qui se caractérise par son caractère intentionnel

→ rarement admise par la jurisprudence.

I. Lucas-Baloup

Faute détachable du service :

- oui : coup de matraque avec brutalité par un gardien de la paix sur le visage d'une personne interposée pendant un contrôle d'identité = FD

(Cass. crim. 5 déc. 2006)

- non : déplacement tardif d'un gynécologue-obstétricien d'astreinte à domicile – décès du nouveau né = pas de FD, médecin dégagé de toute responsabilité personnelle.

(Cass. crim. 13 fév. 2007, +++ !!...)

I. Lucas-Baloup

Responsabilité et délégation en droit pénal :

- pas de différence entre la délégation de signature, délégation de pouvoirs, et/ou de gestion,
- pas d'écrit obligatoire, ni publication,
- contrôle des « diligences normales » si le délégataire dispose des « compétences, du pouvoir et **des moyens nécessaires et bénéficiait d'une autonomie suffisante dans l'exercice de ses fonctions** »,
- le Tribunal vérifie que le délégataire était informé de la portée de la délégation,

./..

I. Lucas-Baloup

Pôles et responsabilité pénale :

- pas de responsabilité du fait d'autrui en droit pénal,
- Le Tribunal vérifie que le délégataire était informé de la portée de la délégation,
- la responsabilité du délégataire n'exclut pas la responsabilité du délégant en droit pénal.

I. Lucas-Baloup

Pôles et responsabilité pénale :

Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000
« tendant à préciser la définition des
délits non intentionnels »,

a modifié l'article 121-3 du code pénal

« Il y a délit, lorsque la loi le prévoit, en cas
de faute d'imprudence, de négligence ou de
./..

I. Lucas-Baloup

Pôles et responsabilité pénale :

« ... manquement à une obligation de prudence
ou de sécurité prévue par la loi ou le
règlement, s'il est établi que l'auteur des faits
n'a pas accompli les diligences normales
compte tenu, le cas échéant, de la nature de
ses missions ou de ses fonctions, de ses
compétences ainsi que du pouvoir et des
moyens dont il disposait. ./...

I. Lucas-Baloup

Pôles et responsabilité pénale :

«... Dans ce cas, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont,

./..

I. Lucas-Baloup

Pôles et responsabilité pénale :

« soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement,

« soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »

I. Lucas-Baloup

**Le pire (i.e. la prison)
n'est jamais
certain...**



I. Lucas-Baloup

Question :

- « Comment distribuer les responsabilités respectives :
- des responsables de pôles
 - et des chefs de service
- qui subsistent ? »

I. Lucas-Baloup

Responsabilité des responsables de pôle :

▪ Mission du responsable de pôle :

art. L. 6146-6

- mise en œuvre au sein du pôle de la politique générale de l'établissement et des moyens définis par le contrat,
- organisation avec les équipes médicales soignantes et l'encadrement du pôle du fonctionnement technique du pôle,
- élaboration avec le conseil de pôle du projet de pôle.

I. Lucas-Baloup

Responsabilité des chefs de service :

- les anciennes dispositions légales relatives aux services et chefs de services ont été abrogées par l'ordonnance du 2 mai 2005 (art. 6),
- les dispositions réglementaires seront abrogées lors de la publication des décrets d'application de l'art. 6 de l'ordonnance (art. R. 6146-18).

I. Lucas-Baloup

Responsabilité des chefs de service :

- nouvelles dispositions :

Art. L. 6146-5-1 : Le praticien chef de service et (...)

assurent la **mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité** et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

I. Lucas-Baloup

Responsabilité des chefs de service :

- nouvelles dispositions :

Art. L. 6146-1 : (mission des services)

par délégation du pôle d'activité, les services [...] assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche.

I. Lucas-Baloup

La part de chacun :

- responsabilité limitée du nouveau chef de service : essentiellement dans l'organisation des soins médicaux,
- mais sa portée dépendra du règlement intérieur (art. R. 6146-10) qui définit l'organisation du pôle,
- du contrat de pôle,
- du « projet de pôle » défini par le conseil de pôle et le responsable de pôle
- du contrat « interne »...

I. Lucas-Baloup

Attention !

- le responsable de pôle ne « négocie » pas le contrat de pôle : il est nommé pour l'exécuter, mais quelle est la durée du contrat de pôle ?
// durée de la nomination de son responsable ???
- Contenu du projet de pôle et du projet de contrat interne, à définir ...
- Comment faire évoluer le contrat de pôle s'il présente des problèmes ?
Avenant ? Parallélisme des formes ?

I. Lucas-Baloup

Question :

« Lorsque les responsables de pôle sont nommés et que certaines missions générales leur sont déléguées par lettre de mission du DG par exemple, mais qu'aucun contrat n'a été signé avec le DG, quelle est leur situation juridique ?
Peuvent-ils exercer la plénitude de leur mission par delà la responsabilité propre des chefs de service
(quid si opposition entre eux) ? »

I. Lucas-Baloup

Responsable de pôle sans contrat ?

- art. L. 6146-3 : le responsable de pôle d'activité CLin ou MT est nommé par décision conjointe du directeur et du Pt de la CME, liste d'habilitation ??
- art. L. 6145-16 : impose délégation de gestion du directeur et signature d'un contrat définissant les objectifs d'activité, de qualité et moyens du pôle.

I. Lucas-Baloup

Responsable de pôle sans contrat

?

- La délégation de gestion est indissociable du contrat de pôle négocié puis cosigné entre le directeur, le Pt CME et le responsable du pôle

(art. L. 6145-16)

- A défaut de contrat, le responsable de pôle serait dépourvu de délégation et/ou agirait dans le cadre d'une délégation irrégulière, susceptible d'engager la responsabilité du responsable et du directeur

I. Lucas-Baloup

Question :

« Dans un pôle, il peut y avoir coexistence des anciens « services » avec des chefs de service nommés par le ministre et des « chefs » de nouvelles « structures » (appelées différemment suivant les établissements) qui ne sont plus des « services » proprement dits, nommés par le responsable de pôle.

« Faut-il faire une différence en termes de responsabilité entre les chefs de service et les chefs de ces « structures » ? Dans la mesure où le responsable de pôle les nomme, y a-t-il un lien hiérarchique entre ces chefs de nouvelle structure et si oui qu'est-ce que cela implique ? »

I. Lucas-Baloup

Chefs de services/de structures :

- pas de différence entre les compétences
 - des chefs de service,
 - et d'autres responsables de structures internes(art. L. 6146-5-1)
- ils assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale affectée.

I. Lucas-Baloup

Question :

« Si PUI dans un pôle médico-technique (avec radio et labo, par ex.), et que le responsable du pôle n'est pas pharmacien, comment influencer les arbitrages en matière d'investissements, de matériels, de moyens en général, de personnel, etc. ? »

I. Lucas-Baloup

Comment influencer les arbitrages ?

→ par l'intermédiaire de la CME, surtout de son Président, qui signe le contrat de pôle avec le Directeur de l'hôpital :

agir au moment de la négociation :

- du projet médical d'établissement,
- de la définition des objectifs d'activité, de qualité, **financiers, des moyens dans le contrat de pôle.**

I. Lucas-Baloup

Quid concurrence de compétences entre Pharmacien-gérant de la PUI (non RP) et Responsable de pôle ?

→ Le gérant PUI est responsable du respect des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique ; il peut se faire aider par des personnes « placées sous son autorité technique » (livre V) art. L. 5126-5

→ Si le gérant de la PUI n'est pas le responsable du pôle (livre VI) dans lequel la PUI se trouve,

conflit de compétences possible.

I. Lucas-Baloup

**Quid concurrence de compétences
entre Pharmacien-gérant de la PUI (non RP)
et Responsable de pôle ?**

→ ... puisque le responsable de pôle

« organise, avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de la structure prévues par le projet de pôle. » (art. L. 6146-6)

I. Lucas-Baloup



**L'ordonnance de simplification
n'a peut-être pas tout simplifié...**

I. Lucas-Baloup