



Assemblée générale
SYNPREFH
29 mai 2009
Marseille



Hopipharm Marseille 2009



Rapport d'activité du
Bureau national



Hopipharm Marseille 2009

Fonctionnement du Bureau national

- ⚓ 7 réunions plénières du BN
- ⚓ 11 réunions téléphoniques
- ⚓ 2 assemblées syndicales
- ⚓ 1 réunions des délégués régionaux
- ⚓ 2 réunions du comité stratégique
- ⚓ 10 réunions régionales
- ⚓ 1 conférence de presse « Livre blanc »



Hopipharm Marseille 2009

Livre blanc

- ⚓ 5 groupes de travail
 - ✗ EHPAD
 - 5 réunions
 - ✗ Permanence pharmaceutique
 - 3 réunions
 - ✗ Préparation des doses
 - 5 réunions
 - ✗ Préparateurs
 - 3 réunions
 - ✗ Education thérapeutique
 - 1 réunions



Hopipharm Marseille 2009

Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

- ⚓ 6 réunions de CA
- ⚓ 2 réunions téléphoniques
- ⚓ 2 conférences de presse
- ⚓ 2 réunions à la DHOS
 - ✖ Permanence des soins, CET
- ⚓ Colloque national
 - ✖ « ordonnance de 58 »



Hopipharm Marseille 2009

Loi HPST

- ⚓ Audition commission Larcher
- ⚓ Rencontre avec le cabinet de la ministre
- ⚓ 2 auditions par les commissions des affaires sociales de l'assemblée et du sénat
- ⚓ Colloque SNPHTAR sur la loi HPST
- ⚓ Participation aux manifestations nationales des 29 janvier, 5 mars et 14 mai



Hopipharm Marseille 2009

Ministère de la santé

⚓ Cabinets

- ✘ 2 réunions avec les cabinets de la ministre de la santé et de la secrétaire d'Etat à la solidarité

⚓ DHOS

- ✘ Réunion groupe de suivi du protocole CET
- ✘ 2 réunions du groupe sur la continuité de la prise en charge ville - hôpital
- ✘ Réunion sur les CHT et la continuité des soins
- ✘ 2 rencontres au Bureau E2 sur l'étude d'impact

⚓ Réunion à la DREES (Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques)



Hopipharm Marseille 2009

Rapport d'activité du BN

⚓ Centre national de gestion

- ✘ Contacts avec le département de gestion des praticiens hospitaliers
 - Problèmes adhérents
 - Questions statutaires

⚓ Commission statutaire nationale

- ✘ 2 réunions
 - Réunion de préparation



Hopipharm Marseille 2009

Rapport d'activité du BN

⚓ INCA

- ✖ 2 réunions sur les établissements associés

⚓ Université

- ✖ Réunion sur la mise en place de l'intégration de la pharmacie dans le CHU (Paris V)
- ✖ Assises nationales hospitalo-universitaires (Lille)



Hopipharm Marseille 2009

Rapport d'activité du BN

⚓ AFSSAPS

- ✖ 2 réunions sur le partenariat AFSSAPS professionnels de santé
- ✖ 2 sur l'harmonisation des étiquetages des ampoules injectables

⚓ HAS

- ✖ Rencontre avec Mr Le Moign
 - directeur de l'accréditation et de la certification
- ✖ Participation aux journées de l'HAS



Hopipharm Marseille 2009

Rapport d'activité du BN

⚓ *Ordre des pharmaciens*

- ✗ *Participation à la journée de l'Ordre*
- ✗ *Réunion sur le dossier pharmaceutique*
- ✗ *Réunion sur la formation des préparateurs*

⚓ *FIP*

- ✗ *Réunion de préparation du congrès au CNOP*
- ✗ *Participation au congrès*

⚓ *AEPH*

- ✗ *Participation à l'assemblée générale et au congrès*



Hopipharm Marseille 2009

Rapport d'activité du BN

⚓ *GMSIH*

- ✗ *2 réunions de travail*
- ✗ *2 réunions dans le cadre initiative IHE*

⚓ *GIE – SIPS (système d'information sur les produits de santé)*

- ✗ *5 réunions du comité d'orientation et d'expertise de la base de données Thésorimed*
- ✗ *2 réunions du comité directeur GIE-SIPS*



Hopipharm Marseille 2009

Contacts syndicaux et associatifs

⚓ FNSIP

✖ Participation à assemblée

⚓ SNPHPU

✖ 1 rencontre

⚓ ANPPH

✖ Participation aux journées de Toulouse

✖ Rencontre avec le Président et le bureau de l'ANPPH



Hopipharm Marseille 2009

PLANS CANCER bilan et avenir

Mireille Jouannet



Hopipharm Marseille 2009

LES PLANS CANCER

⚓ 1° PLAN : 2003-2007

- ✗ 70 mesures, 200 actions
- ✗ Bilan
 - Cour des Comptes, juillet 2008
 - HCSP, janvier 2009

⚓ 2° plan : 2009-2013

- ✗ Rapport Grünfeld, février 2009



Hopipharm Marseille 2009

EVALUATION DU PLAN CANCER

⚓ EVALUATION DIFFICILE

- ✗ Manque de moyens
- ✗ Données insuffisantes
- ✗ Problème des indicateurs

⚓ DIFFERENTS AXES

- ✗ Prévention
- ✗ Organisation du dépistage
- ✗ Qualité des soins
- ✗ Accompagnement social des patients
- ✗ Formation des personnels soignants
- ✗ Développement de la recherche
- ✗ Création de l'INCA



Hopipharm Marseille 2009

ORGANISATION DES SOINS

⚓ NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION

✗ PRC, 3C, DCC

✗ 😊

- Réseaux régionaux
- Moyens humains : 2764 postes créés

✗ 😞

- Retard réglementaire
- Disparités régionales



Hopipharm Marseille 2009

ORGANISATION DES SOINS (2)

⚓ PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

✗ RCP, PPS, dispositif d'annonce, soins de support

✗ RCP

- Chronophages
- Exhaustivité hétérogène
- Problème du SIH

✗ Dispositif d'annonce

- Mise en œuvre hétérogène

✗ Soins de support

- « le point faible du dispositif de soins du plan cancer »



Hopipharm Marseille 2009

ORGANISATION DES SOINS (3)

⚓ LIEN ENTRE HOPITAL ET DOMICILE

- ✗ Un des points les plus faibles du plan
- ✗ 7 mesures : 29, 33, 41, 42, 43, 53, 56
- ✗ Problèmes
 - Place du médecin généraliste
 - Réseaux de soins presque inexistants
 - HDJ : pénurie croissante de places
 - HAD, SSIAD, chimiothérapie à domicile



Hopipharm Marseille 2009

QUALITE DES PRATIQUES ET INNOVATION

⚓ REFERENTIELS

- ✗ Collaborations avec HAS, sociétés savantes, FNCLCC
- ✗ Diffusion : RCC, internet, supports papier
- ✗ Problèmes
 - Pas de suivi de l'application
 - Actualisation

⚓ CRITERES D'AGREEMENT

- ✗ Textes : 2007, 2008 ; problème de la définition des seuils
- ✗ Dispositif opposable en mai 2011
- ✗ Suivi précis nécessaire



Hopipharm Marseille 2009

QUALITE DES PRATIQUES ET INNOVATION (2)

⚓ MEDICAMENTS ET DM ONEREUX ET INNOVANTS

- ✗ Mode de financement public/privé (mesure 46)
 - Inscription sur la liste hors GHS : seuils, délais
 - Limitation des dépenses ?
- ✗ Référentiels
- ✗ Programmes STIC

⚓ Dispositifs de suivi des nouvelles molécules

- ✗ OMEDIT
 - clarification de leur mission nécessaire
 - Suivi hétérogène

⚓ Suivi post-AMM (mesure 47) : à améliorer



Hopipharm Marseille 2009

PROPOSITIONS D'INDICATEURS DE SUIVI

⚓ EXEMPLE MESURE 46 : accès aux traitements innovants

- ✗ Consommation de dispositifs onéreux inscrits sur la liste hors GHS (quantité, valeur)
- ✗ Différence de consommation de traitements entre le public et le privé (quantité/patient, valeur/patient)
- ✗ Pourcentage de prescriptions faites dans le cadre de l'AMM ou du PTT
- ✗ Nombre de contrôles effectués par les ARH à propos des CBU et nombre de fautes sanctionnées
- ✗ Pourcentage d'actualisation des PTT et des référentiels
- ✗ Nombre de nouvelles molécules en cancérologie évaluées par les OMEDIT
- ✗ Nombre d'études/données publiées par les OMEDIT



Hopipharm Marseille 2009

VERS UN PLAN 2009-2013

⚓ RAPPORT GRUNFELD : février 2009

✗ Nécessité d'un nouveau plan cancer

- 1^o plan pas complètement abouti
- Cancer : 1^o cause de mortalité en 2008

✗ 5 axes

- Recherche : moteur du progrès en cancérologie
- Consolider et compléter les acquis du précédent plan
- Encourager l'action et la vigilance sur des thèmes critiques
- Répondre à des nouveaux défis humains et sociaux
- Suivi du plan



Hopipharm Marseille 2009

LA RECHERCHE

⚓ PROGRAMMATION A 5 ANS

- ✗ Comprendre les inégalités face au cancer
- ✗ Identifier les risques associés à la survenue d'un cancer
- ✗ Accélérer l'impact des découvertes pour le patient
- ✗ Augmenter la participation aux essais cliniques
- ✗ Positionner la France au niveau international

⚓ CANCEROPLES

⚓ PILOTAGE



Hopipharm Marseille 2009

CONSOLIDER ET COMPLETER LES ACQUIS DU PLAN CANCER

⚓ AMÉLIORER L'OBSERVATION

⚓ SOUTENIR LE DEPISTAGE

⚓ SOINS

✘ Prise en charge des malades et vie après le cancer :

- annonce, RCP, PPS, soins de support
- Délais de prise en charge
- Dispositifs d'autorisation

✘ Traitements médicaux et chirurgicaux

✘ Information

✘ Prise en charge des enfants et des personnes âgées

✘ Imagerie



Hopipharm Marseille 2009

CONSOLIDER ET COMPLETER LES ACQUIS DU PLAN CANCER

⚓ SOINS (suite)

✘ Accès aux innovations

- Actualiser les listes hors GHS
- Imposer l'application régionale des référentiels de bon usage
- Suivi des ATU : AFSSAPS
- Développer des études cliniques en situation métastatique
- Renforcer les plates-formes régionales de génétique moléculaire
- Financer conjointement le médicament et son test
- Concentrer les techniques instrumentales et les DM innovants dans des plates-formes régionales ou inter-régionales



Hopipharm Marseille 2009

AUTRES PROPOSITIONS

⚓ MEDECINE DE VILLE

- ✗ Développer le rôle du médecin traitant
- ✗ HDJ, HAD, maisons de santé

⚓ DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : éviter la pénurie

⚓ RADIOTHERAPIE

⚓ ANATOMO-PATHOLOGIE

⚓ NOUVEAUX DEFIS HUMAINS ET SOCIAUX

- ✗ Lutte contre les inégalités
- ✗ La vie après le cancer :
 - Dispositif de l'après-cancer
 - Séquelles, fertilité, handicaps, plasties
 - Travail
 - Assurances, prêts



Hopipharm Marseille 2009

SUIVI DU PLAN

⚓ PLAN 2003

- ✗ Manque d'indicateurs
- ✗ Insuffisance du suivi

⚓ NOUVEAU PLAN

- ✗ Définir des indicateurs
- ✗ Faire un suivi à mi-parcours et en fin de plan
- ✗ Comité de pilotage



Hopipharm Marseille 2009



CHIMIOThERAPIE

relations entre établissements
autorisés et associés :
recommandations INCa

Mireille Jouannet



Hopipharm Marseille 2009

ETABLISSEMENTS ASSOCIES

⚓ DEFINITION

- ✘ Établissements « autorisés » pour la pratique de la chimiothérapie
 - Critères quantitatifs : 80 patients traités par an, dont au moins 50 en HDJ (décret mars 2007)
 - Critères qualitatifs (décret juin 2008)
- ✘ Établissements « associés »
 - Membres d'un réseau territorial de cancérologie
 - Participent à la prise en charge de proximité des patients
 - Appliquent les traitements prescrits dans l'établissement autorisé, en association avec lui



Hopipharm Marseille 2009

RECOMMANDATIONS INCA

février 2009

Conventions entre les établissements : 8 critères

- ⚓ MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS
- ⚓ TRANSMISSION DES DONNÉES MÉDICALES
- ⚓ PRÉPARATION DES CHIMIOTHÉRAPIES
- ⚓ PROCÉDURES EN CAS D'URGENCE OU DE COMPLICATIONS



Hopipharm Marseille 2009

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

- ⚓ L'établissement associé administre les traitements prescrits dans l'établissement autorisé, suivant le PPS remis au patient
- ⚓ Les noms des membres des équipes médicales et pharmaceutiques, ainsi que la composition des équipes non médicales sont précisés
- ⚓ Réunions de morbi-mortalité annuelles, formation sur la gestion des effets secondaires
- ⚓ Évaluation de l'adéquation et de la qualité des traitements réalisés dans l'établissement associé



Hopipharm Marseille 2009

TRANSMISSION DES DONNEES MEDICALES

⚓ Les éléments du dossier utiles à la prise en charge sont partagés entre les équipes médicales et pharmaceutiques

✖ Système d'information efficace indispensable



Hopipharm Marseille 2009

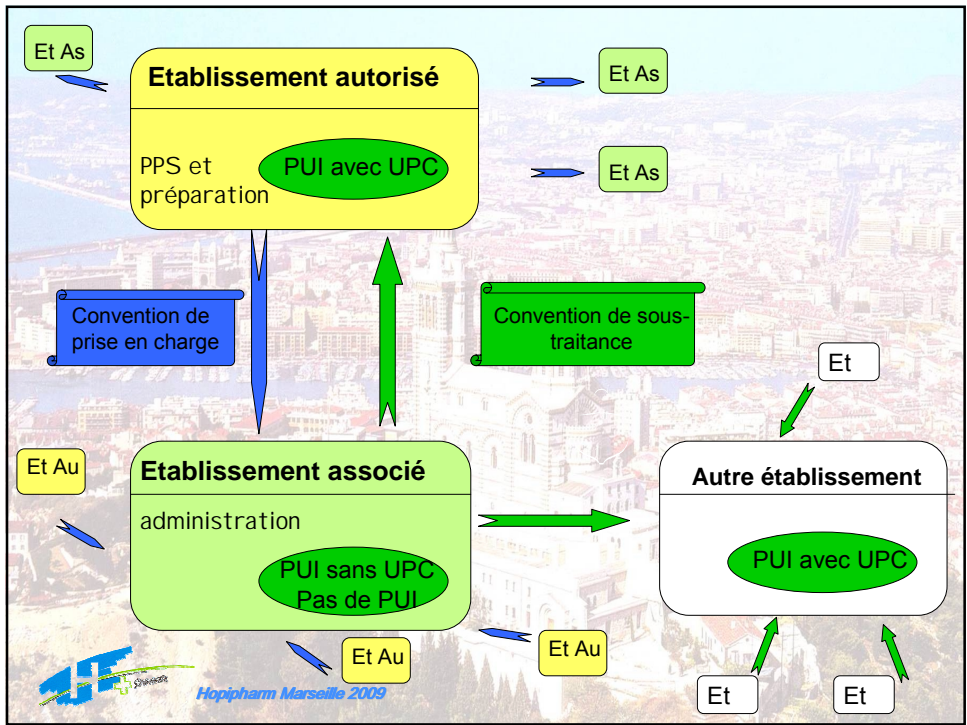
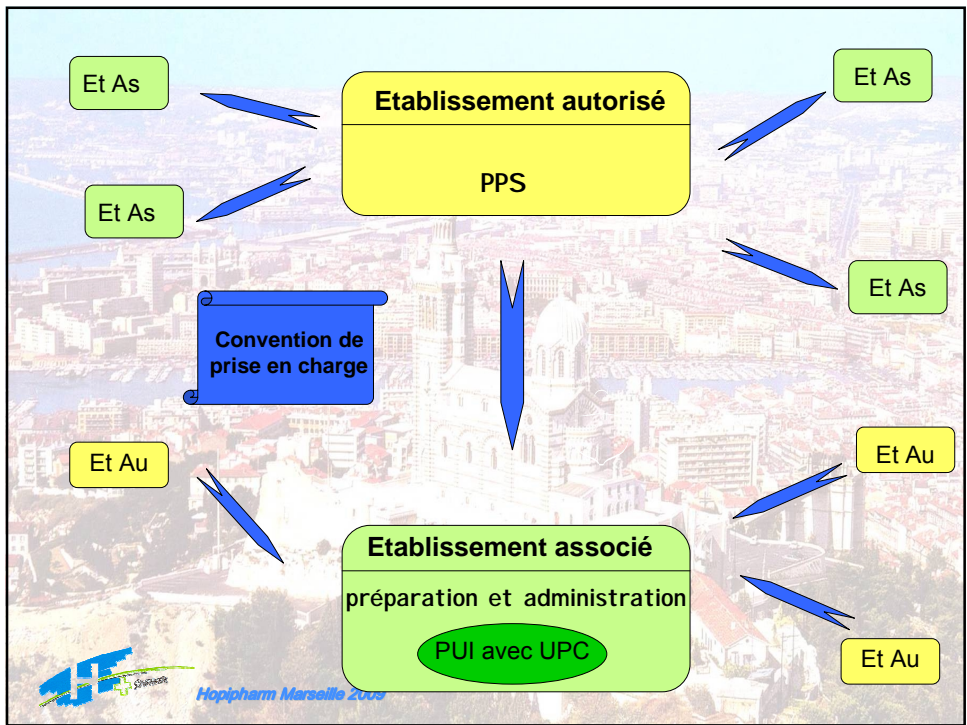
PREPARATION DES CHIMIOETHERAPIES

⚓ Dans une unité centralisée de préparation des chimiothérapies, sous la responsabilité d'un pharmacien d'une PUI dépendant ou non de l'établissement associé, conformément aux BPP

⚓ Respect des règles de bonne utilisation des molécules associées



Hopipharm Marseille 2009



PROCEDURES EN CAS D'URGENCE OU DE COMPLICATION

⚓ À prévoir dans la convention

- ✗ Prise en charge rapide du patient dans l'établissement autorisé



Hopipharm Marseille 2009

CONCLUSION

⚓ Avancée technique

⚓ Encore des problèmes

- ✗ OK chimio ?
- ✗ Établissements associés sans PUI ? (ex : HAD)
- ✗ Modalités de facturation

⚓ Soyons vigilants lors de la rédaction des conventions



Hopipharm Marseille 2009



De la FMC / EPP vers le DPC

Gilles LE PALLEC
Bureau National



Hopipharm Marseille 2009



En 2006 : La FPC

Les textes :

- ⚓ Formation Médicale Continue (décret 2006-650) et Évaluation des Pratiques Professionnelles (décret n° 2006-653) modifiant la quatrième partie du CSP (dispositions réglementaires),
- ⚓ Décret n° 2006-651 du 02 Juin 2006 : Formation Pharmaceutique Continue
- ⚓ Arrêté du 13 Juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la Formation Médicale Continue,
- ⚓ Décret n° 2006-909 du 21 Juillet 2006 relatif à l'accréditation, à la qualité de la pratique professionnelle des équipes médicales des établissements de santé : Formation Médicale, Pharmaceutique et Odontologique Continue.



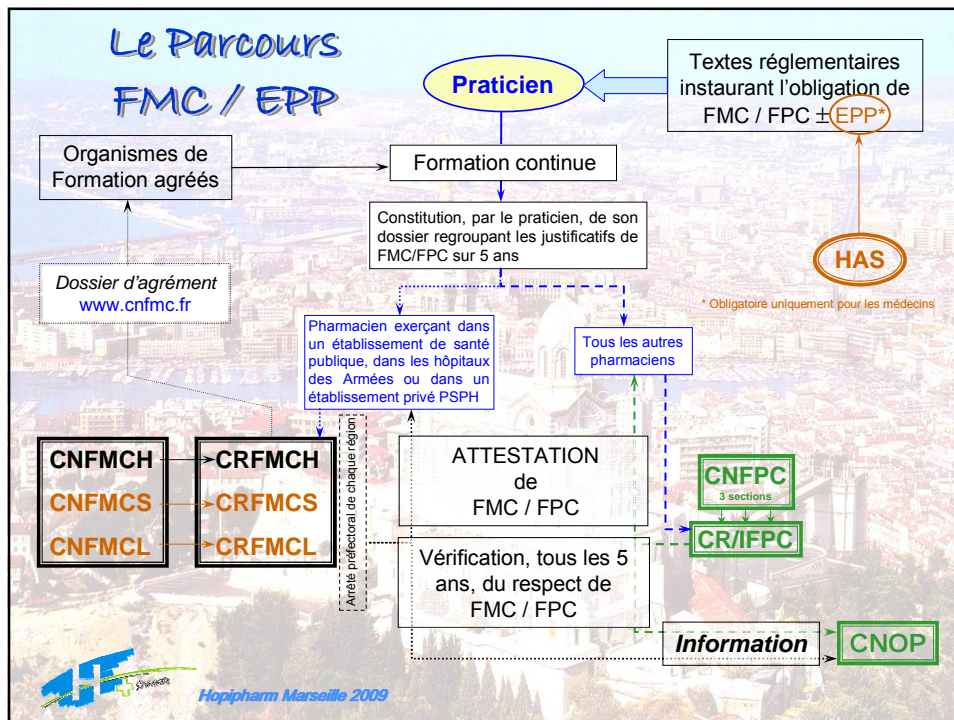
Hopipharm Marseille 2009

Et que fallait-il alors faire ?

⚓ Les praticiens ont donc commencé à constituer leur dossier de FMC cumulant attestations et points, en vue de leur enregistrement auprès des Centres Régionaux et Nationaux de Formations Continue.



Hopipharm Marseille 2009



Hopipharm Marseille 2009

Quelles formations ?

- ⚓ Les programmes de FMC étaient jugés sur leurs qualités scientifiques et pédagogiques et leur conformité aux bonnes pratiques de la profession.
- ⚓ Toutes ces formations devaient répondre à des critères de qualités définies par le CNFMC.



Hopipharm Marseille 2009

Quels critères

4 grands types de formations étaient définis par les textes :

- ⚓ → Formations présentielle : Le pharmacien assiste personnellement à ces formations et doit conserver les justificatifs.
 - * Diplômantes : DU, DIU (FMC des universités de santé), autres formations par organismes agréés
 - * Non diplômantes : Congrès, colloques, séminaires (organisés par l'industrie pharmaceutique, l'Afssaps)
- ⚓ → Formations individuelles et à distance : peuvent utiliser soit un support matériel, soit un support électronique
 - * Exemples : achat à titre personnel d'ouvrage ou abonnement (à titre individuel) à une revue médicale ou pharmaceutique à comité de lecture, CDROMS avec tests, sites Web agréés (abonnement à une newsletter, sites de sociétés savantes avec proposition de participation à un projet), séances de bibliographie, télé-médecine



Hopipharm Marseille 2009

Quels critères (suite)

⚓ → Engagement dans le domaine de formation - recherche : formateur FMI/FMC, référentiels, publications, ...

⚓ → Actions de Santé Publique et communautaire : prévention et dépistage, réseaux de soins ou de santé.



Hopipharm Marseille 2009

Combien ça ... rapporte ?

⚓ Arrêté du 13 juillet 2006 : barème appliqué par les CRFMC pour valider les dossiers individuels transmis par les professionnels de santé.

⚓ Nombre de crédits nécessaires pour satisfaire à l'obligation de formation continue décomposé comme suit :

- * 150 crédits dans au moins deux des catégories 1 à 3 pour la FMC
- * 100 crédits dans la catégorie 4 plus spécifique de l'EPP

⚓ mais la participation à des études et enquêtes sur des produits de santé, notamment les études de phase IV, n'était pas éligible au titre de la FMC



Hopipharm Marseille 2009

Les barèmes

Catégorie	Descriptif	Barème
1 Formations présentielles	présence du praticien sur le lieu de formation	1 journée = 8 crédits 1 demi-journée ou 1soirée =4 crédits
2 Formations individuelles et à distance	Abonnements à des périodiques, ouvrages médicaux	10 crédits (2 crédits/an sur 5 ans) 40 crédits maximum
Supports matériels ou électroniques	E-formation sur sites agréés, enseignements virtuels contrôlés	Analogie à la cat. 1.



Hopipharm Marseille 2009

Les barèmes (suite)

Catégorie	Descriptif	Barème
3 Engagement dans le domaine de la formation	<ul style="list-style-type: none"> - groupe 1 : form. prof. salariés hospitaliers ou non, staffs protocolisés - groupe 2 : missions d'intérêt général au service de la qualité, de l'organisation des soins et de la prévention, - groupe 3 : activités de formateurs et de participation à des jurys dans le champ de la santé - groupe 4 : réalisation effective de travaux de recherche et de publications personnelles, dans le champ de la santé. 	au prorata du temps passé selon les valeurs de la cat. 1, dans la limite de 50 crédits par groupe sans dépasser 100 crédits pour 5 ans au titre de cette catégorie
Catégorie 4 Procédures d'EPP	Dans les conditions définies par la Haute Autorité de Santé	Forfait de 100 crédits pour 5 ans après avoir satisfait à cette obligation



Hopipharm Marseille 2009

Et puis ... ?

- ⚓ Aucun texte réglementaire n'a permis depuis 2006 d'installer les CNFMC et CRFMC
- ⚓ En 2008, P.L. Bras et G. Duhamel, rapporteurs de l'IGAS, ont proposé un nouveau concept repris dans la loi HPST : le développement professionnel continu.



Hopipharm Marseille 2009

Les Nouvelles Dispositions du Développement Professionnel Continu selon la Loi HPST

- ⚓ L'article 19 de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire est entièrement consacré aux nouvelles dispositions de Formation des Praticiens
- ⚓ "Le DPC a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé."



Hopipharm Marseille 2009

Les nouveaux articles modifiés du CSP

⚓ Art. L. 4236-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les pharmaciens tenus pour exercer leur art de s'inscrire au tableau de l'ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7 (il s'agit ici des pharmaciens inspecteurs et des pharmaciens de l'Afssaps).



Hopipharm Marseille 2009

Les nouveaux articles modifiés du CSP

⚓ Art. L. 4236-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

- * Les pharmaciens satisfont à leur obligation de développement professionnel pharmaceutique continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;
- * L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu agréé les actions ou organismes intervenant dans ce champ.



Hopipharm Marseille 2009

Les nouveaux articles modifiés du CSP

- ⚓ Art. L. 4236-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les pharmaciens inscrits au tableau de l'ordre de leur obligation de développement professionnel continu.
- ⚓ Pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7, leurs employeurs s'assurent du respect de leur obligation de développement professionnel continu (pharmaciens inspecteurs, Afssaps)
- ⚓ Art. L. 4236-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux pharmaciens salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code.



Hopipharm Marseille 2009

Les nouveaux articles modifiés du CSP

Par ce même article n° 19, des dispositions sont précisées concernant les préparateurs :

- ⚓ Art. L. 4242-1. - Le développement professionnel continu a pour but d'assurer le perfectionnement des connaissances et le développement des compétences en vue de satisfaire les besoins de santé de la population et l'amélioration de la qualité des soins.
- ⚓ Le développement professionnel continu est une obligation pour les préparateurs en pharmacie et les préparateurs en pharmacie hospitalière.
- ⚓ Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.



Hopipharm Marseille 2009

En pratique, le DPC

- ⚓ Tout praticien doit pouvoir mettre en œuvre son développement professionnel continu, utilisant les moyens et supports disponibles : formation présentielle, formation à distance, autoformation, dispositifs professionnels d'évaluation).
Pas de modification importante sur ce sujet.
- ⚓ L'article 19 a également pour but de simplifier et de rationaliser les circuits de gestion administrative et le financement de la FMC.
- ⚓ Par amendements, il est proposé d'instaurer une cotisation obligatoire auprès des établissements, afin de financer la formation médicale continue et d'en confier la mutualisation et la gestion à un organisme paritaire agréé par l'État.



Hopipharm Marseille 2009

En pratique, le DPC

- ⚓ Pour les médecins, le pilotage devrait être assuré par le CNDPCM - Conseil National du Développement Professionnel Continu des Médecins.
- ⚓ La future instance accueille en son sein des représentants de la Haute autorité de santé, de l'Ordre national des médecins, de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM), des enseignants et professionnels (Collèges, Sociétés savantes), des associations de patients, ...
- ⚓ Leur composition exacte sera fixée par voie réglementaire.
- ⚓ Le conseil de l'ordre jouera un rôle de contrôle en s'assurant que les praticiens remplissent bien leurs obligations.
- ⚓ Il en sera de même pour les autres professions de santé, pharmaciens, odontologistes, infirmiers, sages-femmes, ...



Hopipharm Marseille 2009

Après la loi, ... ?

- ⚓ Les dispositions de cet article renvoient à des mesures réglementaires les modalités pratiques de son application.
- ⚓ Pour les pharmaciens, le rôle de l'Ordre sera donc prépondérant et il conviendrait de préciser, pour les hospitaliers, de définir l'organisation entre ces conseils régionaux pour les officinaux et l'unique conseil de la section H.



Hopipharm Marseille 2009

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Procédure de certification V2010 Focus sur la prise en charge médicamenteuse

Raymond le Moign

Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

**HOPIPHARM MARSEILLE 2009
29 mai 2009**

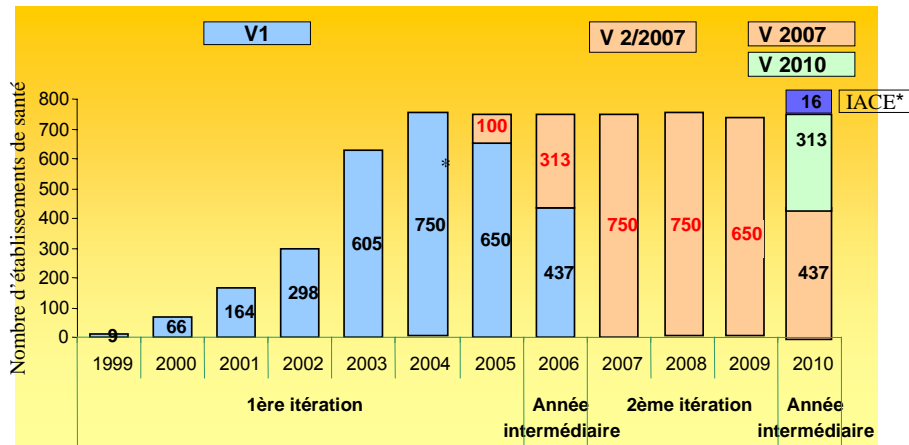
Propos introductif général

- **La certification HAS est une évaluation externe indépendante et généraliste portant sur la qualité du fonctionnement d'un établissement de santé**
- **Elle ne peut pas être une garantie universelle dans le temps et dans l'espace**
 - Dans quelle mesure la prise en charge médicamenteuse des patients peut-elle être traitée de cette évaluation externe généraliste?

PLAN

- **Bilan de 10 ans de certification**
- **Procédure de certification V2010**
- **Focus sur la prise en charge médicamenteuse**
 - Bilan de la V2007
 - Evolutions dans la V2010
- **Partenariats dans le domaine de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse**

La certification des établissements de santé de 1999 à 2010



HAS

* IACE : installations autonomes de chirurgie esthétique⁶¹

Bilan de 10 ans de certification (IPSOS et autres études) : points positifs

- Rôle pédagogique dans plusieurs domaines
- Décloisonnement, développement de la transversalité des projets, de l'approche systémique
- Mise en place des structures qualité
- Programmes d'amélioration de la qualité

HAS

62

Bilan de 10 ans de certification (IPSOS) Limites

- **Lourdeur perçue par les professionnels**
 - Demande de simplification
 - Demande d'adaptation et de personnalisation
- **Sens général insuffisamment perçu**
 - Priorités insuffisamment affichées
 - Impact et utilité insuffisamment démontrés et expliqués
 - « Garanties » apportées imprécises et parfois jugées insuffisantes

PLAN

- **Bilan de 10 ans de certification**
- **Procédure de certification V2010**
- **Focus sur la prise en charge médicamenteuse**
 - Bilan de la V2007
 - Evolutions dans la V2010
- **Partenariats dans le domaine de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse**

Objectifs généraux de la V 2010

- Renforcer l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité
- Réduire la charge de travail induite et les contraintes formelles
- Accroître et préciser la garantie fournie aux usagers et à l'environnement
- Renforcer le rôle de la certification dans la régulation des établissements de santé

Présentation du manuel V2010

- **Une refonte du manuel**
 - Des évolutions thématiques
 - Une évolution de sa structure
 - La définition de pratiques exigibles prioritaires
 - L'introduction progressive d'indicateurs

La liste des PEP

1	Critère 1.f	PEP	Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles
2	Critère 8.b	PEP	Fonction « gestion des risques ».
3	Critère 8.f	PEP	Gestion des événements indésirables.
4	Critère 8.g	PEP	Maîtrise du risque infectieux.
5	Critère 9.a	PEP	Système de gestion des plaintes et réclamations.
6	Critère 12.a	PEP	Prise en charge de la douleur.
7	Critère 13.a	PEP	Prise en charge et droits des patients en fin de vie.
8	Critère 14.a	PEP	Gestion du dossier du patient.
9	Critère 14.b	PEP	Accès du patient à son dossier.
10	Critère 15.a	PEP	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
11	Critère 20.a	PEP	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.
12	Critère 25.a	PEP	Prise en charge des urgences et des soins non programmés
13	Critère 26.a	PEP	Organisation du bloc opératoire.

La structure du manuel V2010

**Le management
de l'établissement**
Chapitre 1



**La prise en
charge du patient**
Chapitre 2

- **Management de l'établissement**
 - Management stratégique
 - Management des ressources
 - Management de la qualité et de la sécurité des soins
- **Prise en charge du patient**
 - Droits et place du patient
 - Gestion des données du patient
 - Parcours du patient
 - Prises en charges spécifiques
 - Evaluation des pratiques professionnelles

In fine, un manuel 2010 plus synthétique versus 2007

V2007	44	138
V2010	28	82

Nb références – 30 %

Nb critères – 40 %

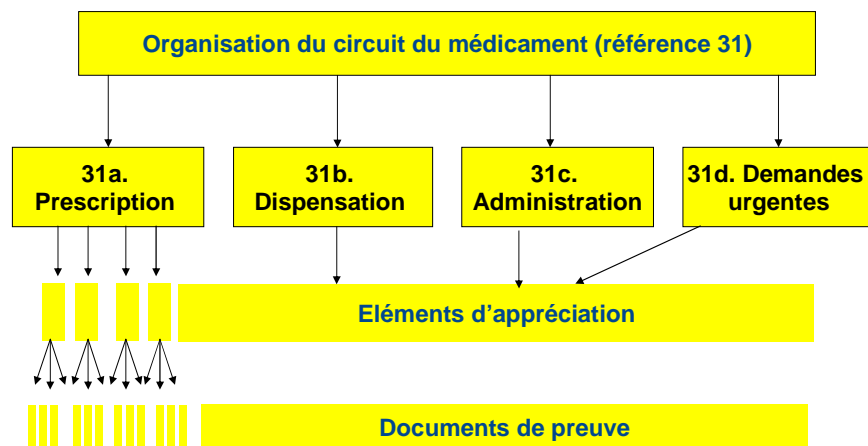
PLAN

- Bilan de 10 ans de certification
- Procédure de certification V2010
- **Focus sur la prise en charge médicamenteuse**
 - Bilan de la V2007
 - Evolutions dans la V2010
- Partenariats dans le domaine de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Bilan de la V2007 : rappels

- Manuel V2007 = manuel V2 révisé
- Procédure en cours jusqu'à mi-2010
- Obligatoire depuis avril 2008, après une année de choix (entre manuel V2 ou V2007) laissé aux établissements
- Manuel = 44 références, 138 critères

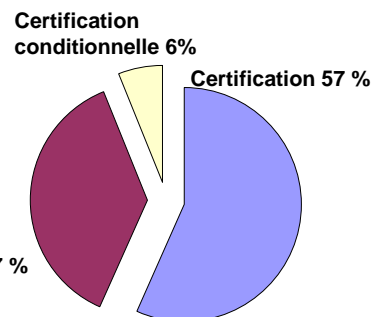
Rappel du format d'une référence V2007 : exemple du circuit du médicament



Résultats de la certification V2007 des établissements avec visite initiale entre le 1 avril et le 31 décembre 2008

• N = 369 rapports de certification

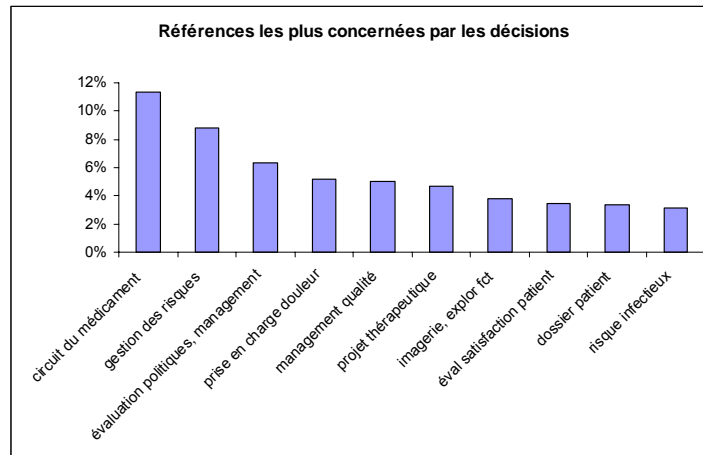
- Cliniques privées	50 %
- PSPH	18
- CH	20
- CHU	1
- Hôpital local	11
Total	100 %



Résultats de la certification V2007 des établissements avec visite initiale entre le 1 avril et le 31 déc 2008

- 20 % des établissements (75 sur 369) ont été certifiés sans aucune décision
- 51,2 % des établissements (189 sur 369) n'ont pas eu de décision sur le thème de l'organisation du circuit du médicament
- L'organisation du circuit du médicament est le thème faisant l'objet de plus de décisions (11%, 313 sur 2772)

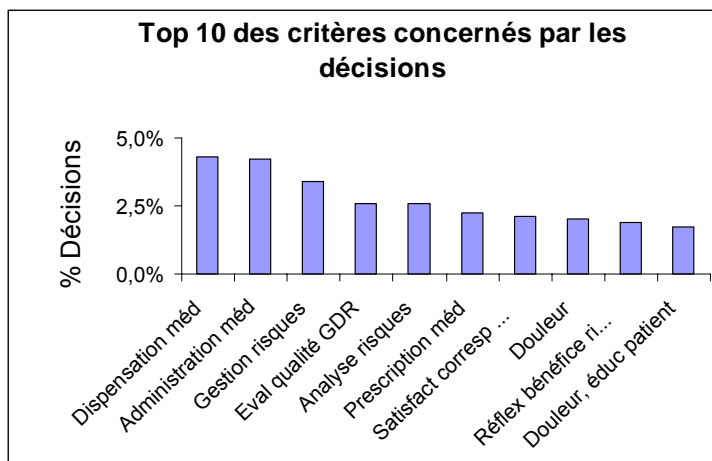
10 références les plus concernées par les décisions (2772 décisions au total)



Résultats de la certification V2007 des établissements avec visite initiale entre le 1er avril et le 31 déc 2008

- En ce qui concerne la répartition des décisions par critère, les critères relatifs à la dispensation, à l'administration et à la prescription du médicament sont par ordre décroissant de fréquence, parmi les 10 critères les plus souvent concernés par les décisions

Résultats de la certification V2007 : 10 critères les plus concernés par des décisions



Résultats de la certification V2007 Organisation du circuit du médicament : répartition du nombre de décisions par critère et par type

Type décision	Prescription	Dispensation	Administration	Demandes urgentes	Total %
type 1	14	61	42	6	39 % (123)
type 2	42	50	68	8	54% (168)
type 3	6	8	7	1	7% (22)
Total	19,8% (62)	38,3% (119)	37,4 % (117)	4,8% (15)	100% (313)

Plus d'une décision sur 2 relative à l'organisation du circuit du médicament est de type 2

Suivi de 271 décisions type 2 et 3, relatives à l'organisation du circuit du médicament, notifiées dans le cadre de la certification V2 de 229 établissements (résultats V2007 non exploités, cf. recul insuffisant)

Suivi des décisions	Décisions type 2	Décisions type 3	Total
Levée	62 % (155)	57 % (12)	62 % (167)
Maintien	8% (21)	0	8% (21)
Transformation	30% (74)	43 % (9)	31 % (83)
Total	100% (250)	100 % (21)	100 % (271)

Conclusions

- **Identification d'une marge d'amélioration de l'organisation du circuit du médicament en établissements de santé**
- **Attentes de la HAS V2007 trop exigeantes, en particulier en ce qui concerne la dispensation nominative**

Evolutions dans la V2010

- **Prise en compte du bilan V2007**
- **Ecoute des établissements de santé signalant les différentes contraintes liées aux diverses évaluations externes**
- **Meilleure contextualisation de la démarche avec les ARH et une plus grande continuité entre les pratiques d'amélioration de la qualité : une certification plus efficiente**

Perspectives : Certification V2010

Une référence sur la prise en charge médicamenteuse et des critères génériques (1/2)

Référence 20 sur la prise en charge médicamenteuse : 2 critères

- **La démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (20a)**
 - **une des 13 pratiques exigibles prioritaires :**
 - ♦ levier d'amélioration de la qualité et sécurité des soins
 - ♦ examen systématique par les experts-visiteurs
 - ♦ plus de poids dans le processus de cotation
 - Appui sur le CBU (socle commun d'indicateurs) et sur l'indicateur « tenue du dossier du patient » (2 items sur la traçabilité des prescriptions pendant l'hospitalisation et à la sortie) dans les activités concernées
 - Éléments de vérification en cours d'élaboration
- **Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (20b)**

Perspectives : Certification V2010

Une référence sur la prise en charge médicamenteuse et des critères génériques (2/2)

- **Critères génériques**

- Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (1e)
- Logistique pharmaceutique (achats, approvisionnements, 6f)
- Evaluation des risques a priori (8d)
- Pharmacovigilance (vigilances, 8i)
- Permanence pharmaceutique (continuité, coordination prise en charge, 18a)
- Dotation pour besoins urgents (gestion des urgences vitales internes, 18b)
- EPP (28) : RCP, REMED, pertinence des prescriptions

Les objectifs de la V2010 sont-ils ou seront-ils tenus ?

- **Une personnalisation des démarches
insuffisante**
- **Un lien avec les ARH toujours difficile**
- **Une ligne de démarcation parfois peu claire entre
inspection de sécurité sanitaire et certification**
- **Des compétences experts-visiteurs à géométrie
variable**

Les objectifs de la V2010 sont-ils ou seront-ils tenus ?

- Des études d'impact
- Un système de cotation adaptable
- Un développement continu
- L'objectivation des constats

PLAN

- Bilan de 10 ans de certification
- Procédure de certification V2010
- Focus sur la prise en charge médicamenteuse
 - Bilan de la V2007
 - Evolutions dans la V2010
- Partenariats dans le domaine de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Partenariats en cours (1/2)

- **Au niveau national**

- Société française de pharmacie clinique : guide REMED, indicateurs de qualité (qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse avec COMPAQH), référentiel de pharmacie hospitalière

Partenariats en cours (2/2)

- **Au niveau européen**

- Programme EUNetPaS de réseau européen pour la sécurité du patient en particulier le projet 4 sur la sécurité médicamenteuse qui vise la mise en œuvre de 5 bonnes pratiques en établissement de santé (test en cours) :
 - ♦ le port d'un gilet jaune pour réduire le risque de distractions et d'erreurs lors du conditionnement des doses à administrer
 - ♦ la continuité des prescriptions médicamenteuses à l'entrée et à la sortie pour réduire les erreurs lors des transitions dans le parcours de soins
 - ♦ la continuité des prescriptions médicamenteuses du patient à la sortie
 - ♦ le compte-rendu médicamenteux de sortie remis au patient pour améliorer la connaissance de son traitement.
 - ♦ la carte sommeil pour réduire les prescriptions inutiles d'hypnotiques chez le sujet âgé

Partenariat en projet

- **Au niveau international**

- Programme OMS High 5 s dont une solution sur la sécurité médicamenteuse relative à la continuité des traitement médicamenteux lors des transitions dans le parcours de soins.

Eléments de conclusion

- **Témoigner des efforts de convergence et exposer les démarches d'évaluation externe au regard critique et à la vraie vie**
- **Dans une actualité qui restitue avec force les difficultés du fonctionnement du système de santé, et qui est riche d'injonctions additionnelles**
- **Les réformes transforment les pratiques organisationnelles et professionnelles**
- **Les politiques publiques pour être crédibles doivent rencontrer les logiques professionnelles et attentes des patients**

I de l'article 47 de la LFSS 2009 Circulaire d'application



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

HOIPHARM
Mai 2009

Paule Kujas
DHOS / SDE / E2

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

▪ Cadre général

- ◆ Instauration d'un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations financés en sus des prestations d'hospitalisation
- ◆ Maîtrise médicalisée par **l'amélioration de la qualité** des soins adapté au contexte sanitaire local et reposant sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs
- ◆ **Renforcement des engagements** existants relatifs à la maîtrise médicalisée souscrits dans les contrats de bon usage (CBU) signés entre l'établissement, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), et l'assurance maladie)

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

- Présentation du dispositif de régulation prévu à la LFSS pour 2009 (art 47-I de la loi L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

- ◆ Mécanisme reposant sur 3 étapes successives

- ☞ 1ère étape : Nationale



Fixation au début de chaque année N d'un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie des listes en sus fondé sur une analyse nationale des prescriptions

Pour 2009 le taux est fixé à 10 %

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)

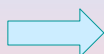


MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

- Présentation du dispositif de régulation prévu à la LFSS pour 2009 (art 47-I de la loi L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

- ◆ Mécanisme reposant sur 3 étapes successives

- ☞ 2ème étape : Locale



A compter du 1er mars de l'année N+1, lorsqu'il est établi que les dépenses de l'établissement de santé afférentes aux produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation ont augmenté au titre de l'année N à un rythme supérieur au taux fixé par arrêté et **sous réserve que cette évolution résulte de pratiques non justifiées** compte tenu des référentiels et recommandations des agences sanitaires



Alors l'ARH et l'assurance maladie concluent un **plan d'actions** d'une **durée d'un an** avec l'établissement afin d'y améliorer les pratiques de prescription

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

- Présentation du dispositif de régulation prévu à la LFSS pour 2009 (art 47-I de la loi L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

- ◆ Mécanisme reposant sur 3 étapes successives

- ☞ **2ème étape : Locale**

Si refus de l'établissement, le taux de remboursement (part pris en charge par l'assurance maladie) de l'ensemble des dépenses des listes en sus pourra être diminué à concurrence de 10 % par l'ARH.

Cette baisse de taux doit tenir compte des éventuelles modulations du taux effectuées dans le cadre du CBU et ne peut conduire à diminuer le taux global de prise en charge au deçà du taux de 70 %

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

- Présentation du dispositif de régulation prévu à la LFSS pour 2009 (art 47-I de la loi L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

- ◆ Mécanisme reposant sur 3 étapes successives

- ☞ **3ème étape : Locale**

A compter du 15 juin de l'année N+2, le DARH et le médecin conseil régional de l'assurance maladie évaluent l'atteinte par l'établissement des engagements fixés par le plan d'actions



En cas de non respect du plan d'actions par l'établissement, la diminution du taux de prise en charge devra être notifiée par l'ARH

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

- Présentation du dispositif de régulation prévu à la LFSS pour 2009 (art 47-I de la loi L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

- ◆ Point particulier : **le plan d'actions**

Finalité

- Amélioration des pratiques de prescription de l'établissement de santé au titre des produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation
- Diminution significative des dépenses non justifiées des produits de santé

Conditions de mise en œuvre

- La décision de conclure un plan revient à l'ARH en concertation avec l'assurance maladie

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

- Présentation du dispositif de régulation prévu à la LFSS pour 2009 (art 47-I de la loi L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

- ◆ Point particulier : **le plan d'actions**

Sur quels éléments la décision de signature est prise ?

- L'augmentation des dépenses de santé appréciée d'une année sur l'autre avec prise en compte des effets de champ : modification d'activité des établissements, évolution des produits inscrits sur la liste en sus, et des évolutions des référentiels de bon usage
- Cette croissance des dépenses s'apprécie par établissement au vu du taux d'évolution du montant des dépenses de produits financés en sus
- Le respect des référentiels et recommandations élaborés par l'INCa, la HAS et l'AFSSaPS (ce respect pourra être vérifié par des contrôles sur pièce et sur place ou par les éléments apportés par l'établissement de santé)

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

- Présentation du dispositif de régulation prévu à la LFSS pour 2009 (art 47-I de la loi L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

- ◆ Point particulier : **le plan d'actions**

Si l'ARH après concertation avec l'assurance maladie considère que le **dépassement** du taux prévisionnel est **justifié, aucune mesure spécifique** ne sera engagée.

Si **le dépassement n'est pas justifié** (pratiques de prescription non conformes), l'ARH décidera alors de **conclure un plan d'actions d'un an** assortis d'indicateurs d'évaluation des résultats

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

- Présentation du dispositif de régulation prévu à la LFSS pour 2009 (art 47-I de la loi L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

- ◆ Point particulier : **le plan d'actions**

Modalités de conclusion

- Conclu entre les signataires du CBUMPP : directeur de l'établissement de santé, directeur de l'ARH, et assurance maladie

Contenu du plan d'actions

- Ce plan aura été préparé tout au long de l'année en fonction de la réflexion concertée entre l'établissement, l'ARH; l'assurance maladie et l'OMEDIT
- Il doit contenir des indicateurs chiffrés pour faciliter son évaluation

Application des baisses de taux

- Elle s'applique pour une durée d'un an

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

■ Les actions locales à conduire en 2009

- ◆ 1ère action locale : contrôle du respect des engagements du CBUMPP / prescription dans le cadre des référentiels de bon usage

☞ **les contrôles**

- renforcement des contrôles des CBUMPP par l'ARH (appui des médecins inspecteurs de santé publique et médecin conseil de l'assurance maladie)
- ils viseront à s'assurer de la conformité de la prescription de la spécialité pharmaceutique à l'AMM et au PTT
- si cette prescription s'effectue en dehors de ces 2 situations, s'assurer au travers des **éléments du dossier** qu'elle répond à la situation exceptionnelle visée à l'article 7 du contrat type, annexé

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

■ Les actions locales à conduire en 2009

- ◆ 1ère action locale : contrôle du respect des engagements du CBUMPP / prescription dans le cadre des référentiels de bon usage

☞ **Mise en œuvre des plans régionaux de contrôle**

- Choix des établissements : les contrôles porteront au moins sur 5 % des établissements, ces établissements représentant au moins 10 % du montant global des dépenses de produits de santé des listes en sus
- Choix des produits dits "traceurs"
 - un socle commun à l'ensemble des régions : Herceptin, Mabthéra, Erbitux, Vectibix, Taxanes (Taxotère, Taxol)
 - Elargissement possible à d'autres spécialités pharmaceutiques

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

▪ Les actions locales à conduire en 2009

- ◆ 1ère action locale : contrôle du respect des engagements du CBUMPP / prescription dans le cadre des référentiels de bon usage

☞ **Calendrier**

Au cours des 2ème et 3ème trimestres 2009, les ARH en lien avec les DRSM, les DRASS, les CRAM, et en s'appuyant sur **l'expertise des OMEDIT**, cibleront les actions de contrôles des CBUMPP, et les mettront en application après avoir **organisé des réunions de sensibilisation** avec les établissements

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

▪ Les actions locales à conduire en 2009

- ◆ 2ème action locale : mise en œuvre du dispositif de régulation de la liste en sus

☞ **Préparation à la mise en œuvre des plans d'actions prévus à la LFSS pour 2009 : Suivi préventif** mis en place par les ARH en concertation avec les établissements et les OMEDIT

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

▪ Les actions locales à conduire en 2009

- ◆ 2ème action locale : mise en œuvre du dispositif de régulation de la liste en sus

Le suivi préventif

- ◆ Dès que les données de facturation, les informations issues du CBU ou encore des éléments macro économiques de consommation des établissements sont disponibles, et que la progression des dépenses des produits de la liste en sus affiche un taux supérieur à 10 %.
- ◆ Analyse de l'origine de cette progression au travers de l'examen des pratiques de prescription, et concertation avec l'établissement sur les voies d'amélioration.

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

▪ Les actions locales à conduire en 2009

- ◆ 2ème action locale : mise en œuvre du dispositif de régulation de la liste en sus

Rôle des OMEDIT

Les missions des OMEDIT sont définies dans la circulaire DHOS/E2/DSS/1C/2006/30 du 19 janvier 2006.

Ils participeront activement à la mise en œuvre du nouveau dispositif de régulation dans le cadre de leurs missions à travers l'élaboration d'outils de pilotage et d'aide au bon usage : tableaux de bords, outils de benchmarking, mise en place de formations, proposition d'outils d'évaluation des pratiques, actions d'animation et de soutien aux établissements pour renforcer le bon usage et le respect des référentiels

I de l'article 47 de la LFSS 2009 et Dispositif Contractuel de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

■ Les actions locales à conduire en 2009

- ◆ 2ème action locale : mise en œuvre du dispositif de régulation de la liste en sus

Les outils développés pour le suivi des CBU

Socle commun d'indicateurs ou critères d'évaluation des engagements spécifiques de la liste en sus présent dans les rapports d'étapes annuels :

- Elaboration en début d'année par la COMEDIMS d'une estimation de la consommation par spécialité pharmaceutique et par produit et prestation, et elle dresse en fin d'année un état des consommations avec analyses des écarts et des tendances assorties, le cas échéant des explications
- Participation des établissements aux suivis régionaux conduit par les OMEDIT : analyse des pratiques et évaluation du bon usage des produits de la liste en sus

Quelle évolution pour le statut de praticien ?



Hopipharm Marseille 2009

DECRET

Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant
statut des praticiens hospitaliers

- ⚓ UN statut :
- ⚓ Trop ancien ?
- ⚓ Qui n'a pas su évoluer ?
- ⚓ Trop protecteur ?
- ⚓ Peu attractif ?



Hopipharm Marseille 2009

Trop ancien ?



Hopipharm Marseille 2009

Qui n'a pas su évoluer ?

⚓ Hier

- ✗ Concours
 - Peu élus
- ✗ Création postes
- ✗ Avis CME
- ✗ Commissions statutaires
 - régionales ET nationales
- ✗ Nomination ministre

⚓ Aujourd'hui

- ✗ Concours
 - Beaucoup d'éligibles
- ✗ Création postes
 - EPRD
- ✗ Avis CME
 - CE
- ✗ CSN
 - En cas avis divergent
- ✗ Nomination
 - par Directeur général CNG
- ✗ Affectation
 - Proposée responsable du pôle et Pdt CME



Hopipharm Marseille 2009

Trop protecteur ?

⚓ Article R6152-74

⚓ Les sanctions disciplinaires applicables aux praticiens relevant de la présente section sont :

⚓ 1° L'avertissement ;

⚓ 2° Le blâme ;

⚓ 3° La réduction d'ancienneté de services entraînant une réduction des émoluments ;

⚓ 4° La suspension pour une durée ne pouvant excéder six mois avec suppression totale ou partielle des émoluments ;

⚓ 5° La mutation d'office ;

⚓ 6° La révocation.



Hopipharm Marseille 2009

Peu attractif ?

⚓ Statut versus contrat

- * Statut contraint ET protège

⚓ Différentiel de rémunération

- * Privé / public

⚓ « Travailler plus pour gagner plus »

- * Individualisme et collectif
- * Question de culture
 - La logique de l'honneur (D'Iribarne)



Hopipharm Marseille 2009

Peu attractif ?

⚓ 1° Des indemnités de participation à la permanence des soins

⚓ 3° Une allocation spécifique versée aux praticiens hospitaliers ayant signé l'engagement prévu à l'article R. 6152-5 5 (recrutement prioritaire)

⚓ 4° Des indemnités visant à développer le travail en réseau :

- * a) Une indemnité pour activité dans plusieurs établissements, versée pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires et les actions de coopération mentionnées à l'article L. 6134-1 ;
- * b) Une indemnité d'activité sectorielle et de liaison versée aux psychiatres des hôpitaux exclusive de l'indemnité prévue au 5° du présent article.

⚓ 5° Une indemnité correspondant à une part complémentaire variable de la rémunération mentionnée au 1° de l'article R. 6152-23 et subordonnée au respect d'un engagement contractuel déterminant, dans le respect des dispositions des articles R. 4127-5, R. 4127-95, R. 4127-97, R. 4127-249 et R. 4235-18 du présent code, des objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par arrêté.

⚓ 6° Une indemnité d'engagement de service public exclusif versée aux praticiens qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelable, à ne pas exercer une activité libérale



Hopipharm Marseille 2009



HPST : Article 6 (Art. L. 6143-7)

 Le président du directoire exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect

- * des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé,
- * des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins
- * et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

 Hopipharm Marseille 2009

The same aerial photograph of Marseille is used as a background. The text 'HPST : Article 6 (Art. L. 6143-7)' is centered at the top. Below it, a paragraph starts with an anchor icon and describes the president's authority. This is followed by a bulleted list of three points. In the bottom left corner, there is a logo for the French Republic and the text 'Hopipharm Marseille 2009'.

HPST : Article 6 (Art.L. 6143-7)

- ⚓ Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement.
- ⚓ Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs des soins.
- ⚓ La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions.



Hopipharm Marseille 2009

HPST : Article 6 (Art.L. 6143-7)

- ⚓ Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne,
- ⚓ et après avis du président de la commission médicale d'établissement,
- ⚓ il propose au directeur général du Centre national de gestion
 - ✗ La nomination
 - ✗ et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1.
- ⚓ L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.



Hopipharm Marseille 2009

HPST : Article 10 (Article L6152-1 et svts)

⚓ Le personnel des établissements publics de santé comprend. . . :

⚓ 1° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens dont le statut, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire ;



Hopipharm Marseille 2009

HPST : Article 10 (Article L6152-1 et svts)

⚓ 2° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

⚓ 3° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ;

⚓ 4° Des praticiens contractuels associés, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un odontologiste ou d'un pharmacien.



Hopipharm Marseille 2009

HPST : Article 10 (Article L6152-1 et svts)

⚓ Art. L. 6152-3. - Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 peuvent être détachés sur un contrat mentionné au 3°. Les médecins bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 sont dénommés cliniciens hospitaliers.

⚓ La rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie de leur profession.



Hopipharm Marseille 2009

HPST : Article 10 (Article L6152-1 et svts)

⚓ Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 est fixé par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.



Hopipharm Marseille 2009

HPST : Article 8 (Art. L. 6146-1)

- ⚓ Les chefs de pôle sont nommés par le directeur,
 - ✖ sur présentation d'une liste par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique.
- ⚓ En cas de désaccord, constaté dans les conditions fixées par voie réglementaire,
 - ✖ le directeur peut demander une nouvelle liste ;
- ⚓ en cas de nouveau désaccord,
 - ✖ il nomme les chefs de pôle de son choix.



Hopipharm Marseille 2009

Loi HPST : Article 10 bis (nouveau)

- ⚓ Le Centre national de gestion tient à la disposition des établissements publics de santé la liste des praticiens volontaires pour y exercer en qualité de praticiens contractuels.



Hopipharm Marseille 2009