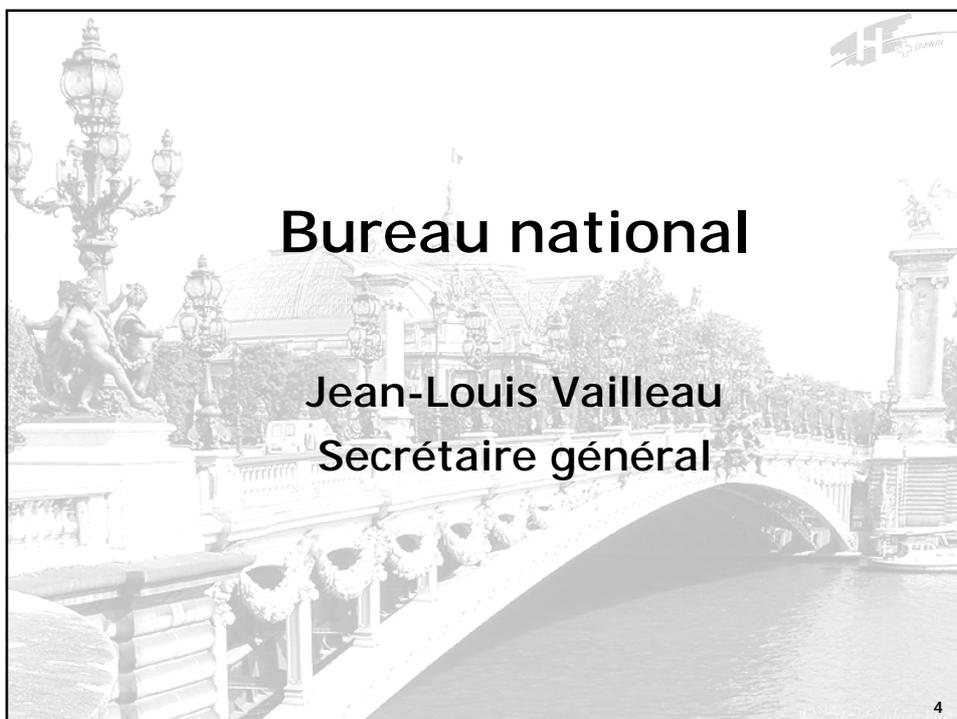


Déroulement de la journée Après-midi

- Guichet sur l'erreur médicamenteuse
- Circuit du médicament et HAD
- Evolution des codes CIP et UCD de 7 à 13 caractères
- Questions diverses

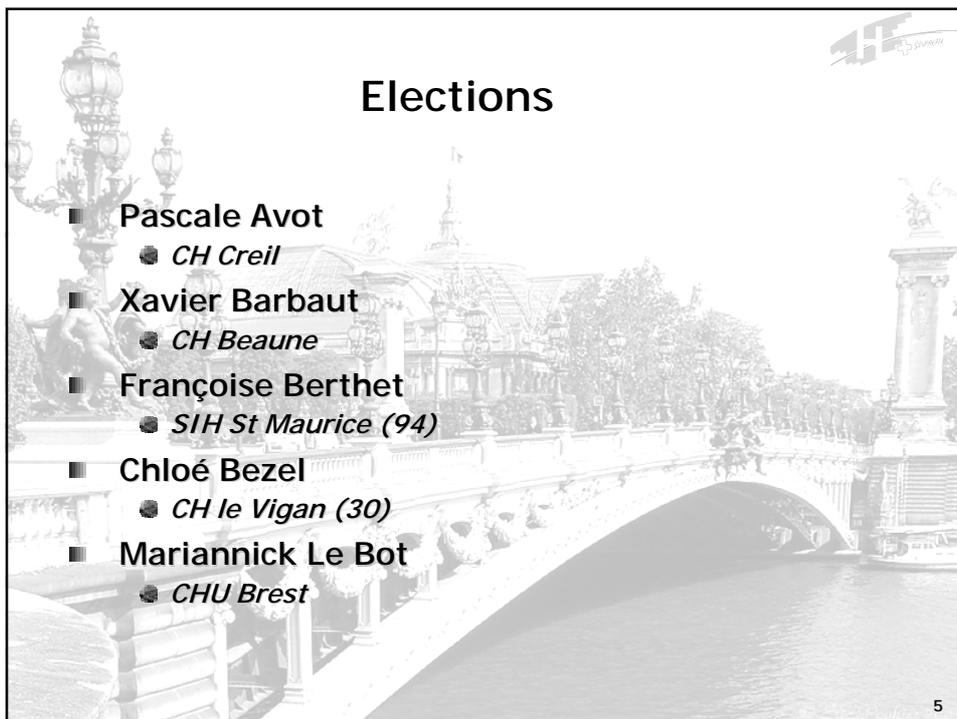
3



Bureau national

Jean-Louis Vaillieu
Secrétaire général

4



Elections

- **Pascale Avot**
 - *CH Creil*
- **Xavier Barbaut**
 - *CH Beaune*
- **Françoise Berthet**
 - *SIH St Maurice (94)*
- **Chloé Bezel**
 - *CH le Vigan (30)*
- **Mariannick Le Bot**
 - *CHU Brest*

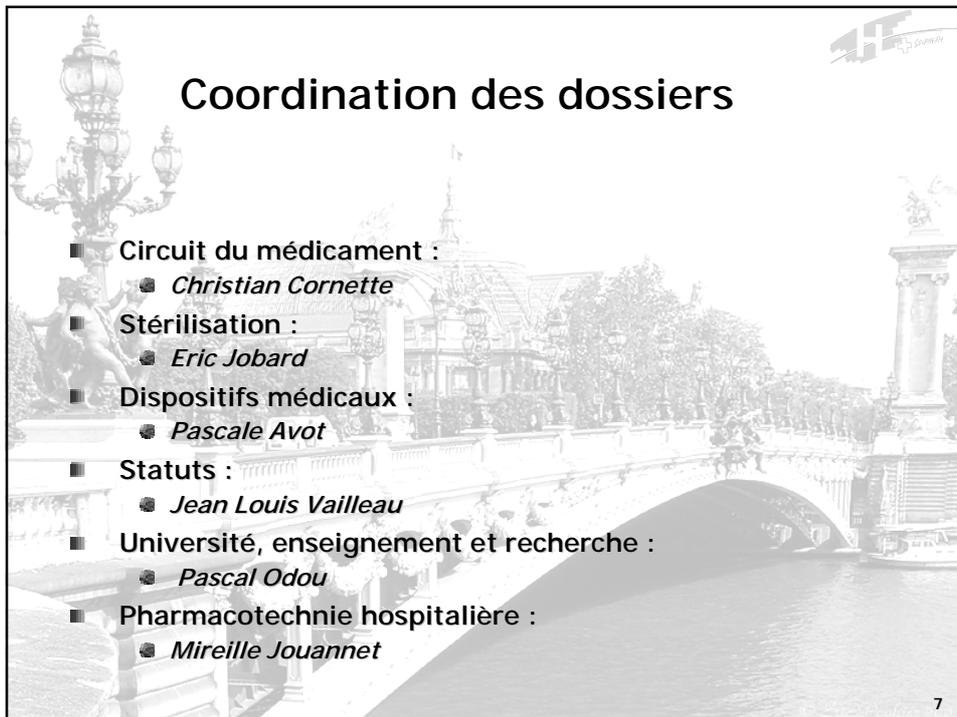
5



Répartition des fonctions

- **Présidente**
 - *Mariannick Le Bot*
- **Vice-présidents**
 - *Xavier Barbaut*
 - *Pascal Odou*
- **Secrétaire général**
 - *Jean – Louis Vailleau*
- **Secrétaire général adjoint**
 - *Pascale Avot*
- **Trésorier**
 - *Gilles le Pallec*

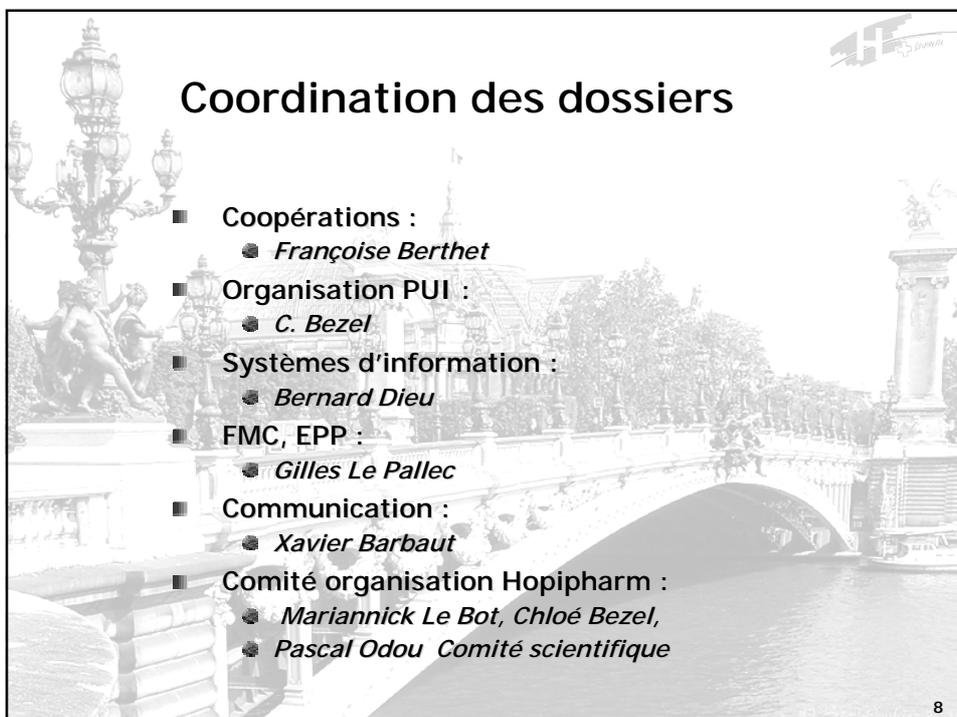
6



Coordination des dossiers

- **Circuit du médicament :**
 - *Christian Cornette*
- **Stérilisation :**
 - *Eric Jobard*
- **Dispositifs médicaux :**
 - *Pascale Avot*
- **Statuts :**
 - *Jean Louis Vaillau*
- **Université, enseignement et recherche :**
 - *Pascal Odou*
- **Pharmacotechnie hospitalière :**
 - *Mireille Jouannet*

7



Coordination des dossiers

- **Coopérations :**
 - *Françoise Berthet*
- **Organisation PUI :**
 - *C. Bezel*
- **Systemes d'information :**
 - *Bernard Dieu*
- **FMC, EPP :**
 - *Gilles Le Pallec*
- **Communication :**
 - *Xavier Barbaut*
- **Comité organisation Hopipharm :**
 - *Mariannick Le Bot, Chloé Bezel,*
 - *Pascal Odou Comité scientifique*

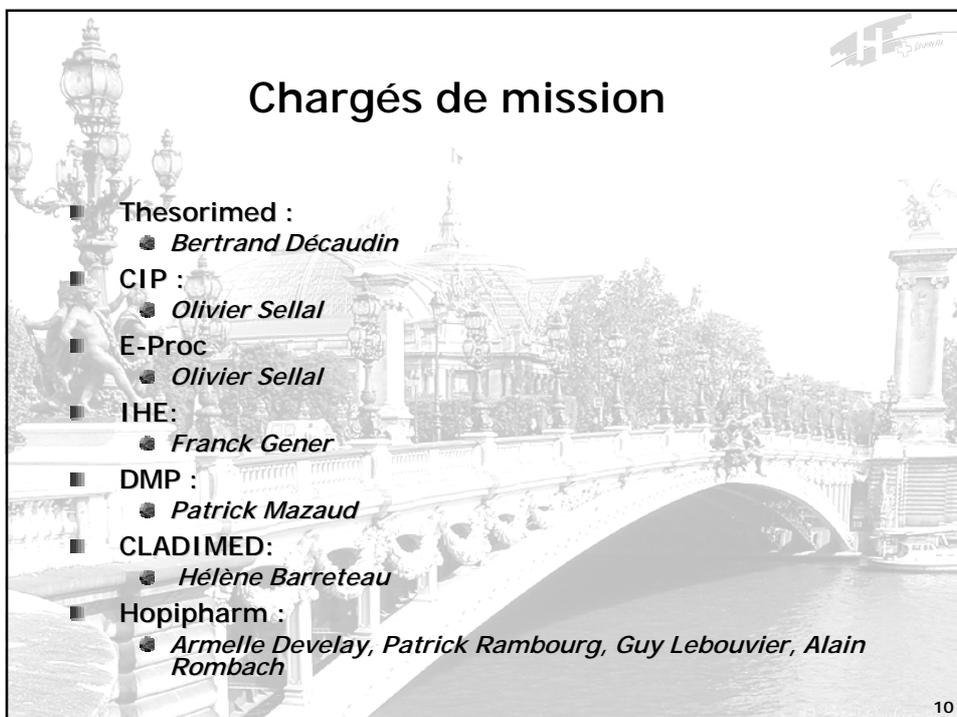
8



Chargés de mission

- **Circuit du médicament, erreur médicamenteuse**
 - *Anne – Marie Liebbe*
- **Dispositifs médicaux :**
 - *Delphine Bourin, Pierre-Yves Chambrin, Pierre Faure, Dominique Thiveaud*
- **Stérilisation :**
 - *Brigitte Clérouin, Armelle Develay, Dominique Thiveaud*
- **Préparations :**
 - *Patrick Rambourg*
- **Chimiothérapies :**
 - *Sylvie Crauste Manciet*
- **Université :**
 - *Gaél Grimandi*
- **Achats :**
 - *Marie Hélène Guignard, Guy Lebouvier*
- **Préparateurs :**
 - *Pierre Faure*

9



Chargés de mission

- **Thesorimed :**
 - *Bertrand Décaudin*
- **CIP :**
 - *Olivier Sellal*
- **E-Proc**
 - *Olivier Sellal*
- **IHE:**
 - *Franck Gener*
- **DMP :**
 - *Patrick Mazaud*
- **CLADIMED:**
 - *Hélène Barreteau*
- **Hopipharm :**
 - *Armelle Develay, Patrick Rambourg, Guy Lebouvier, Alain Rombach*

10



Elections

■ Représentant des assistants

- *Appel à candidature*

■ Délégués régionaux

- *Renouvelables par moitié après élections au BN*

- *Sont concernées :*

- ✓ Alsace Lorraine
- ✓ Aquitaine
- ✓ Auvergne Limousin
- ✓ Bourgogne Franche-Comté
- ✓ Bretagne
- ✓ Centre
- ✓ Champagne Ardennes
- ✓ Guadeloupe
- ✓ Guyane
- ✓ Normandie
- ✓ PACA

11



Elections

■ Calendrier des élections

- *23 janvier 2009*
 - ✓ Appel à candidatures
- *6 février 2009*
 - ✓ Date limite réception des candidatures
- *13 février 2009*
 - ✓ Envoi du matériel électoral
- *6 mars 2009*
 - ✓ Date limite réception des votes

■ Election du représentant des DR

- *Eric Jobard, sortant*

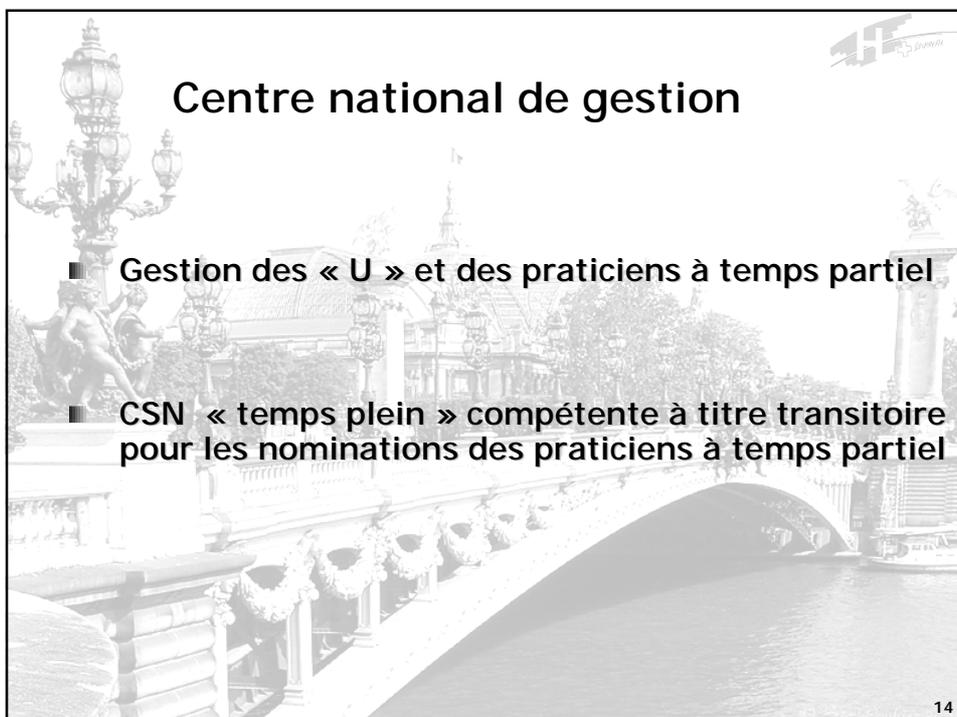
12



Groupes de travail

- Préparation des doses
- Permanence pharmaceutique
- Préparateurs
- Education thérapeutique
- EHPAD

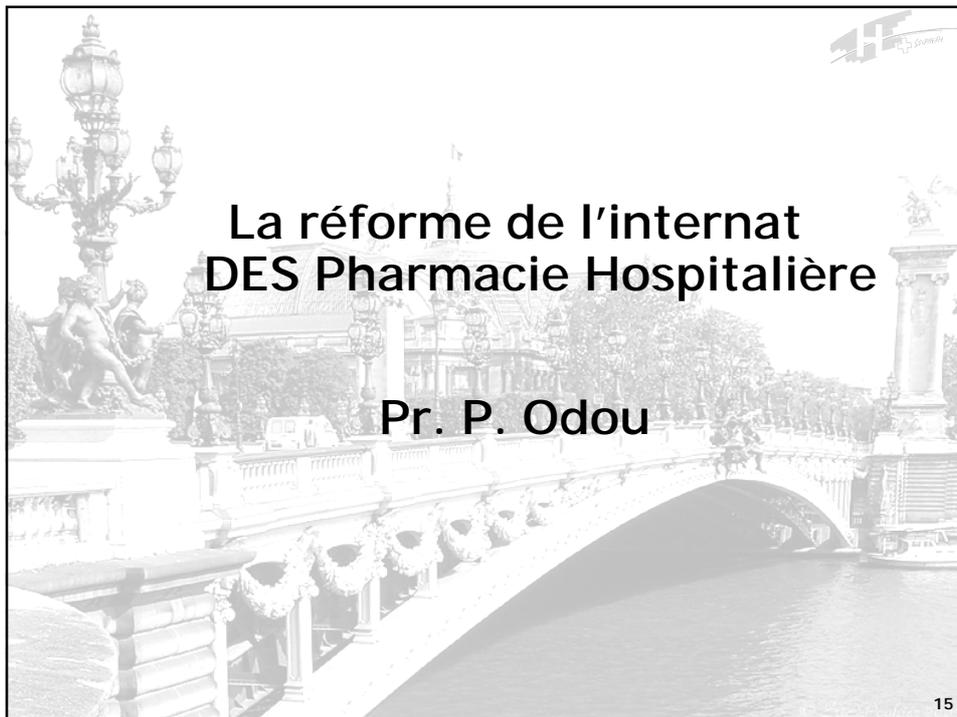
13



Centre national de gestion

- Gestion des « U » et des praticiens à temps partiel
- CSN « temps plein » compétente à titre transitoire pour les nominations des praticiens à temps partiel

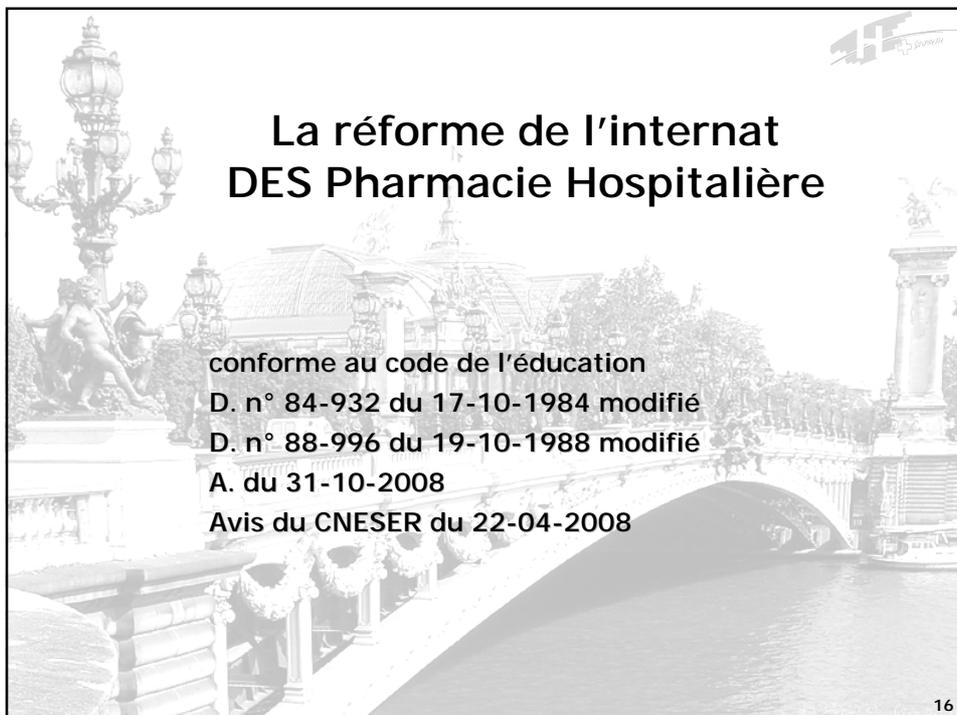
14



La réforme de l'internat DES Pharmacie Hospitalière

Pr. P. Odou

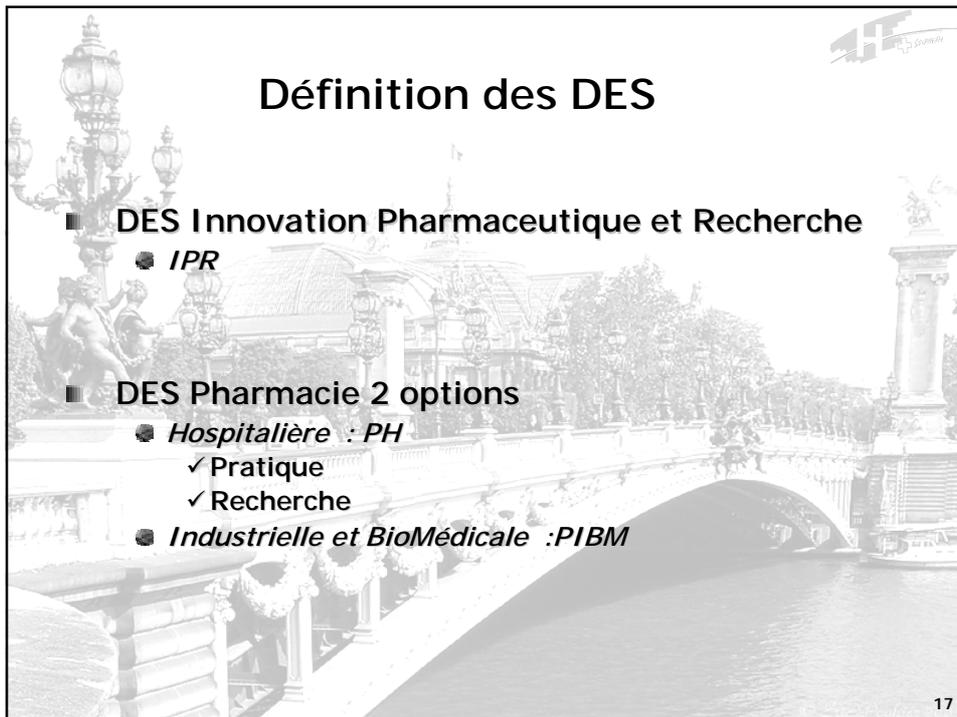
15



La réforme de l'internat DES Pharmacie Hospitalière

conforme au code de l'éducation
D. n° 84-932 du 17-10-1984 modifié
D. n° 88-996 du 19-10-1988 modifié
A. du 31-10-2008
Avis du CNESER du 22-04-2008

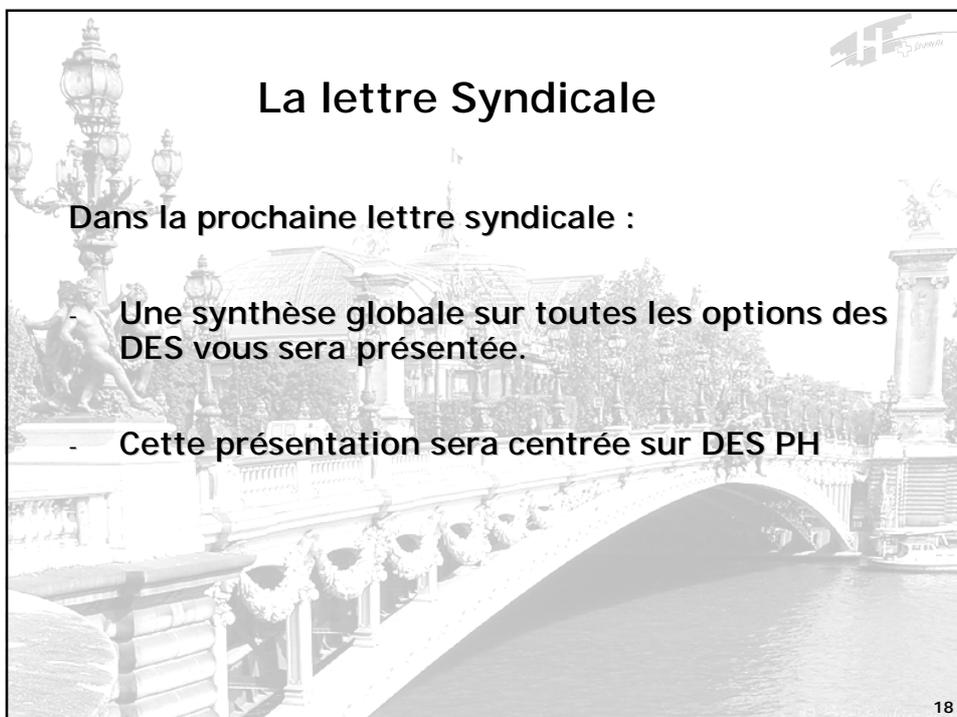
16



Définition des DES

- **DES Innovation Pharmaceutique et Recherche**
 - *IPR*
- **DES Pharmacie 2 options**
 - *Hospitalière : PH*
 - ✓ Pratique
 - ✓ Recherche
 - *Industrielle et BioMédicale :PIBM*

17



La lettre Syndicale

Dans la prochaine lettre syndicale :

- Une synthèse globale sur toutes les options des DES vous sera présentée.
- Cette présentation sera centrée sur DES PH

18

Définition des DES

Les DES sont découpés en 2 niveaux :

- DES IPR :

- *niveau 1 = 2 premiers semestres*

- *niveau 2 = 6 semestres suivants*

- DES PH:

- *niveau 1 = 4 premiers semestres*

- *niveau 2 = 4 semestres suivants*

Organisation des enseignements

- Unité d'Enseignement (UE)

- ✓ remplace les Unités de Valeur (UV) ;

- Obligation de faire les enseignements tous les 2 ans au maximum

- Total des UE = 60 ECTS

- (rappel 1 ECTS ≈ 10 heures de cours)



Contenu des UE

Les unités d'enseignement sont regroupées en quatre domaines :

- *Pharmacie clinique et dispensation*
- *Économie de la santé et vigilances*
- *Préparation et contrôle*
- *Stérilisation et Dispositifs médicaux*

21



Organisation des stages

Les stages agréés pour PH sont classés en quatre domaines de base :

1. *Pharmacie clinique et dispensation*
2. *Économie de la santé et vigilances*
3. *Préparation et contrôle*
4. *Stérilisation et dispositifs médicaux*

22



Quel type de stage ?

Niveau 1

- **Semestre 1 et 2 :**
 - dans un service hospitalier ayant l'agrément de l'un des 4 domaines de PH
- **Semestre 3 et 4 :**
 - soit dans un service hospitalier ayant l'agrément d'un des 4 domaines de PH
 - soit dans service extrahospitalier agréé (agences, DRASS, ARH..., laboratoire de recherche)
 - soit dans un établissement industriel agréé

23



Quel type de stage ?

Niveau 2

- Les quatre semestres du niveau 2 sont effectués de manière à obtenir :
 - six semestres dans des stages agréés PH
 - Dont au moins un stage dans chaque domaine de base
- A l'issue de la validation du niveau 2, l'interne obtiendra la qualification du
 - **DES Pharmacie**
 - Option pharmacie hospitalière - pratique et recherche.

24

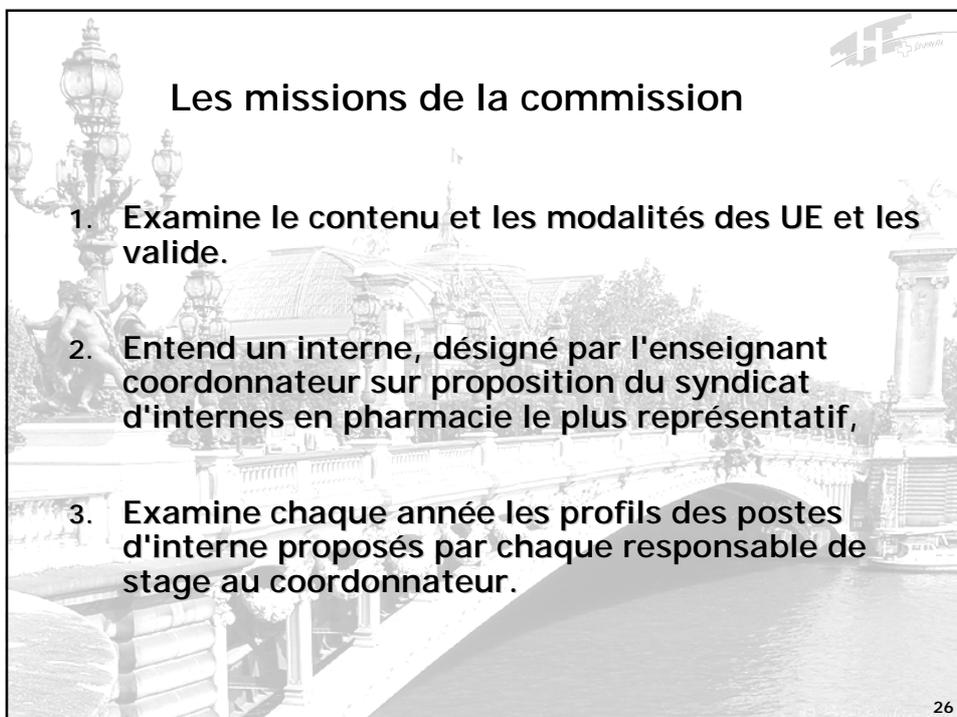


Commission compétente

Création d'une commission compétente qui comprend :

- *le ou les enseignant(s) coordonnateur(s) des DES,*
- *Au moins 2 enseignants intervenant dans la formation des DES mais appartenant à une autre UFR de l'interrégion que le coordonnateur,*
- *2 personnalités choisies en fonction de leur compétence, dont au moins un praticien hospitalier.*

25



Les missions de la commission

1. Examine le contenu et les modalités des UE et les valide.
2. Entend un interne, désigné par l'enseignant coordonnateur sur proposition du syndicat d'internes en pharmacie le plus représentatif,
3. Examine chaque année les profils des postes d'interne proposés par chaque responsable de stage au coordonnateur.

26



Les missions de la commission

4. Valide les propositions de sujets et/ou de stages présentées aux internes par les équipes de recherche
5. Est consultée pour valider le niveau 1 et émet un avis sur le projet professionnel de l'interne.
6. Peut octroyer un temps aménagé au cours du niveau 2 pour les internes qui feront de la recherche biomédicale, en accord avec le responsable du ou des stages correspondants.
7. Peut valider des équivalences à la hauteur de 30 ECTS.

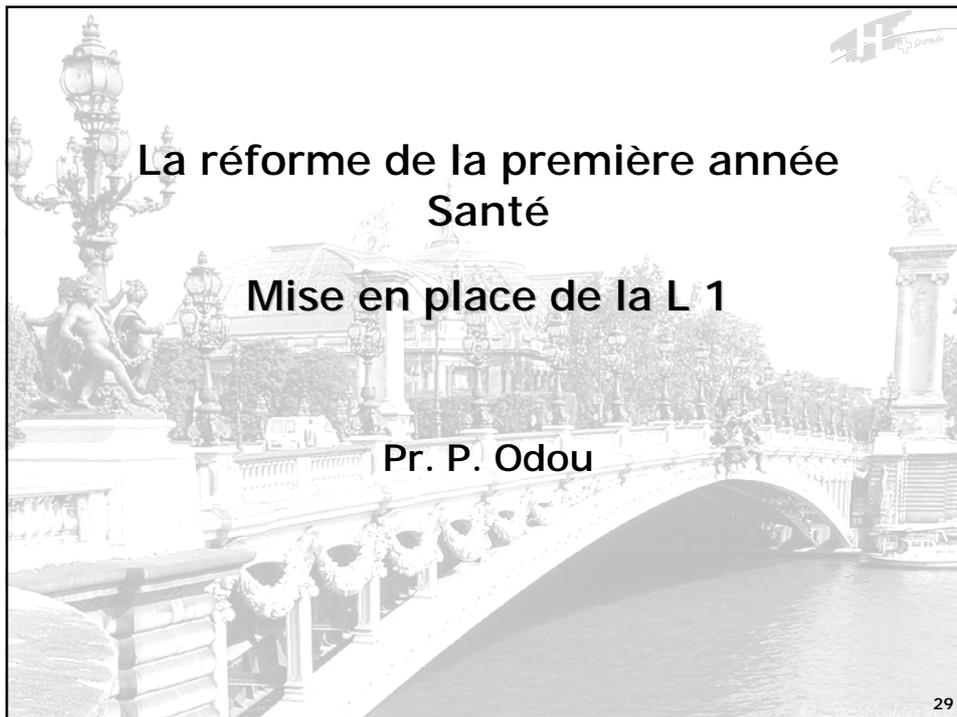
27



Environnement

- Les coordonnateurs des interrégions définissent
 - *un coordonnateur national*
 - *pour une période de 3 ans*
 - *renouvelable 1 fois.*
- Cette réforme s'applique au titulaire du concours 2008-2009.
- Les internes ayant débuté leur internat avant cette date
 - *restent dans l'ancien système*
 - *mais doivent achever leur internat au plus tard en 2015-2016.*

28

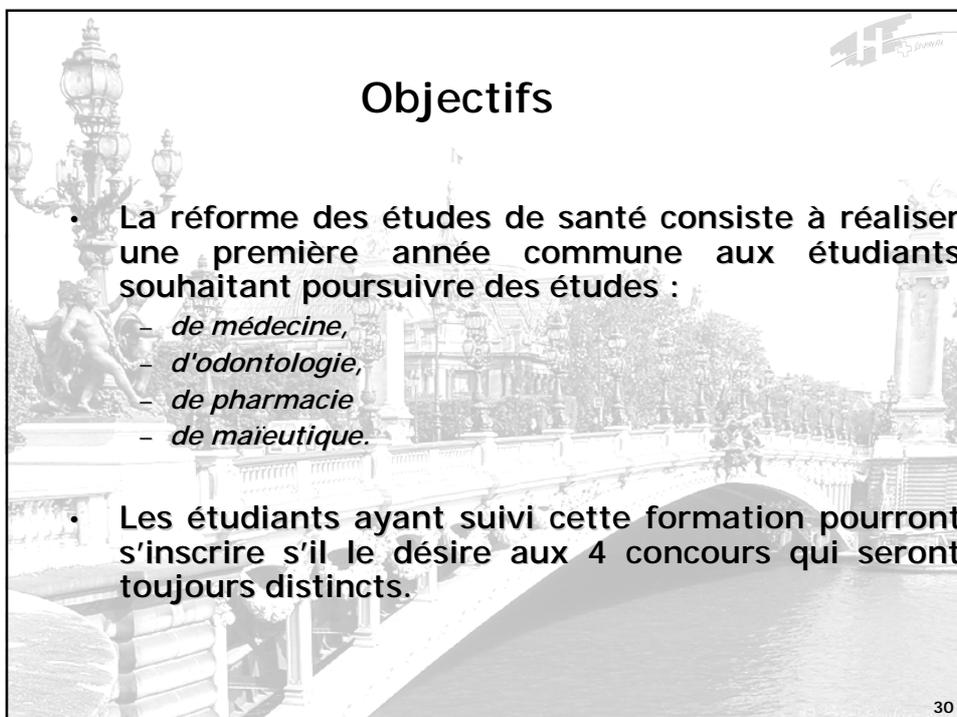


La réforme de la première année Santé

Mise en place de la L 1

Pr. P. Odou

29



Objectifs

- La réforme des études de santé consiste à réaliser une première année commune aux étudiants souhaitant poursuivre des études :
 - *de médecine,*
 - *d'odontologie,*
 - *de pharmacie*
 - *de maïeutique.*
- Les étudiants ayant suivi cette formation pourront s'inscrire s'il le désire aux 4 concours qui seront toujours distincts.

30

Les enseignements

- Les Unités d'Enseignements, intitulées UE, sont construites pour faire intervenir des enseignants de différentes sections du CNU.

- L'objectif est :

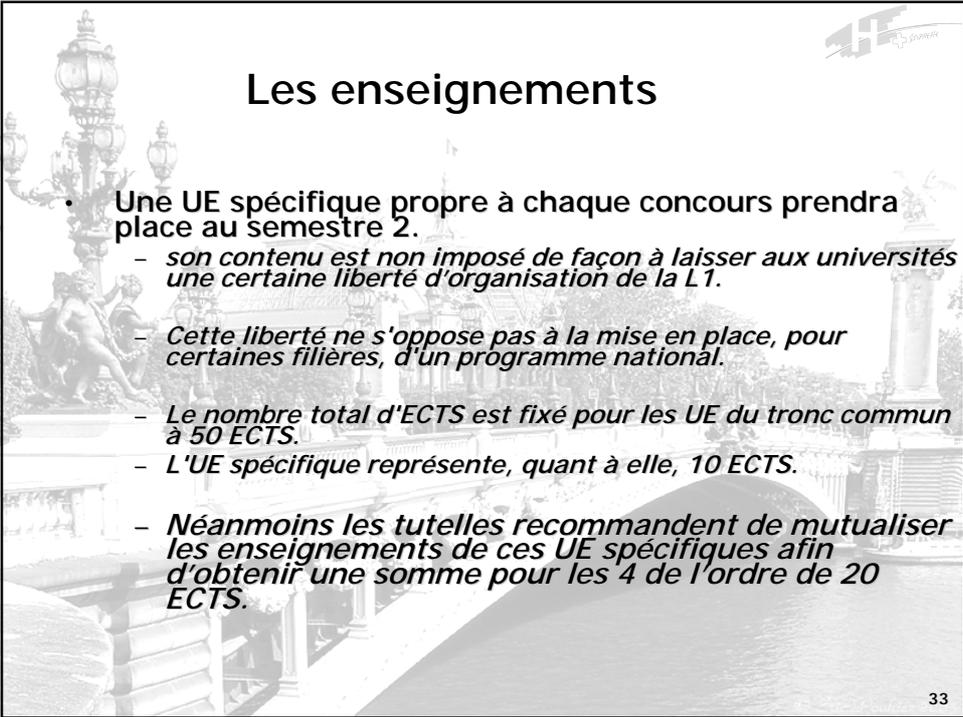
- *de minimiser les frontières entre les disciplines.*

- *de renforcer la base scientifique de la L1*

- ✓ Meilleure réorientation vers les licences scientifiques dès la fin du premier semestre.

Les enseignements

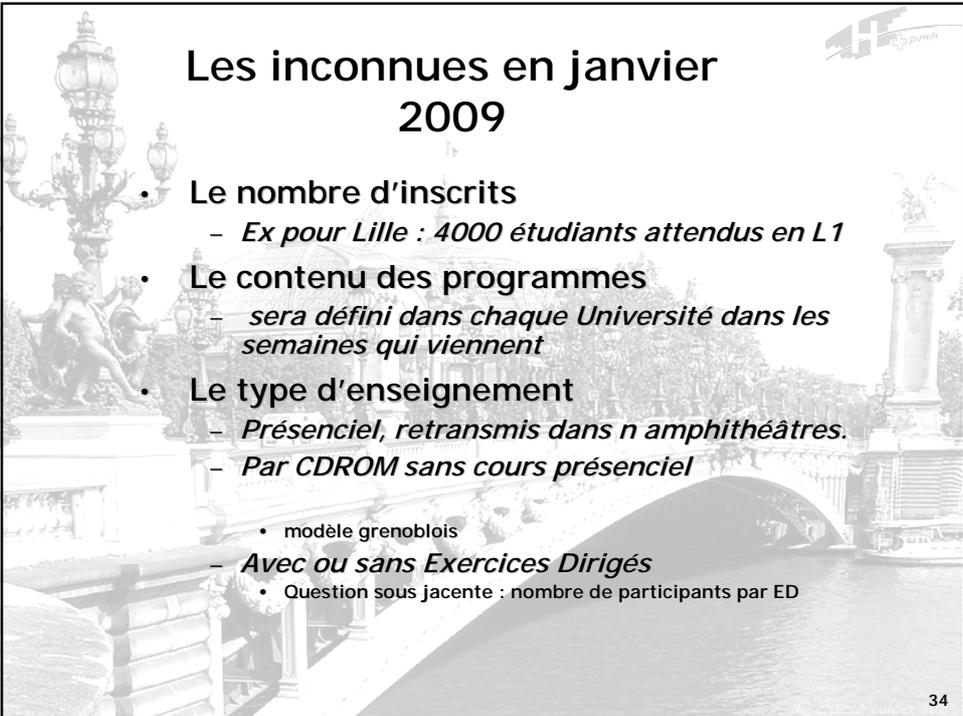
Semestre 1	Semestre 2
UE 1 : 10 ECTS Atomes - Biomolécules - Génome - Bioénergétique - Métabolisme	UE 3 : 4 ECTS (2eme partie) Organisation des appareils et systèmes (1) : Aspects fonctionnels et méthodes d'études
UE 2 : 10 ECTS La cellule et les tissus	UE 5 : 4 ECTS Organisation des appareils et systèmes (2) : Aspects morphologiques et fonctionnels
UE 3 : 6 ECTS (1ere partie) Organisation des appareils et systèmes (1) : Aspects fonctionnels et méthodes d'études	UE 6 : 4 ECTS Initiation à la connaissance du médicament
UE 4 : 4 ECTS Evaluation des méthodes d'analyses appliquées aux sciences de la vie et de la santé	UE 7 : 8 ECTS Santé, Société, Humanité
	UE spécifique : 10 ECTS
Total : 30 ECTS	Total : 30 ECTS



Les enseignements

- Une UE spécifique propre à chaque concours prendra place au semestre 2.
 - *son contenu est non imposé de façon à laisser aux universités une certaine liberté d'organisation de la L1.*
 - *Cette liberté ne s'oppose pas à la mise en place, pour certaines filières, d'un programme national.*
 - *Le nombre total d'ECTS est fixé pour les UE du tronc commun à 50 ECTS.*
 - *L'UE spécifique représente, quant à elle, 10 ECTS.*
 - *Néanmoins les tutelles recommandent de mutualiser les enseignements de ces UE spécifiques afin d'obtenir une somme pour les 4 de l'ordre de 20 ECTS.*

33



Les inconnues en janvier 2009

- Le nombre d'inscrits
 - *Ex pour Lille : 4000 étudiants attendus en L1*
- Le contenu des programmes
 - *sera défini dans chaque Université dans les semaines qui viennent*
- Le type d'enseignement
 - *Présenciel, retransmis dans n amphithéâtres.*
 - *Par CDROM sans cours présenciel*
 - modèle grenoblois
 - *Avec ou sans Exercices Dirigés*
 - Question sous jacente : nombre de participants par ED

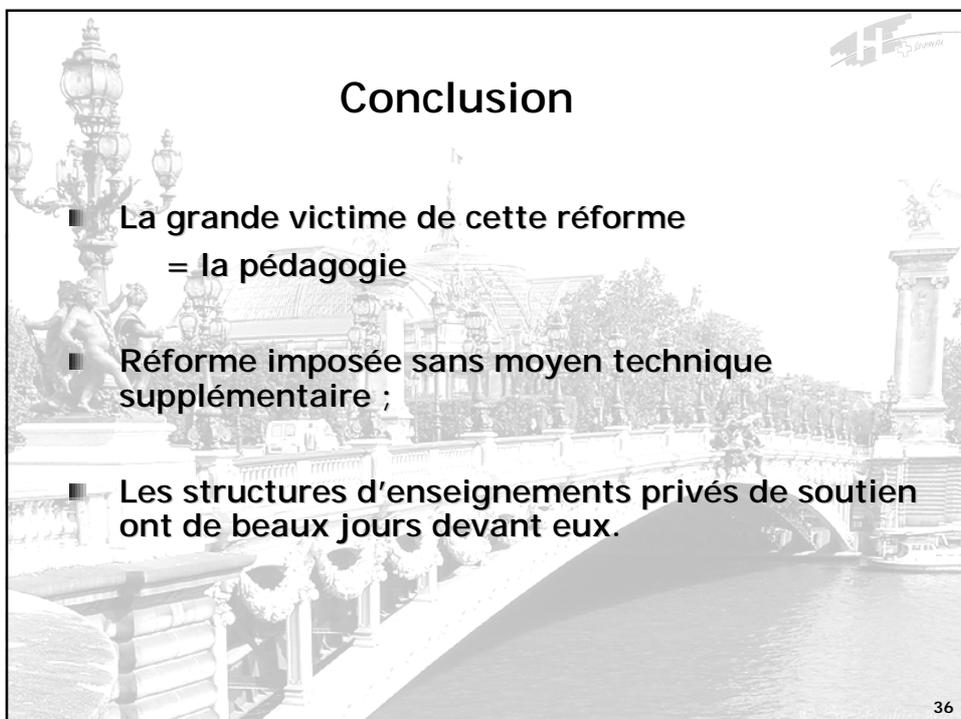
34



Les certitudes

- Mise en place à la rentrée 2009-2010.
- Nécessité de moins d'enseignants /étudiants
- Baisse du nombre d'heures enseignées aux étudiants :

35



Conclusion

- La grande victime de cette réforme
= la pédagogie
- Réforme imposée sans moyen technique supplémentaire ;
- Les structures d'enseignements privés de soutien ont de beaux jours devant eux.

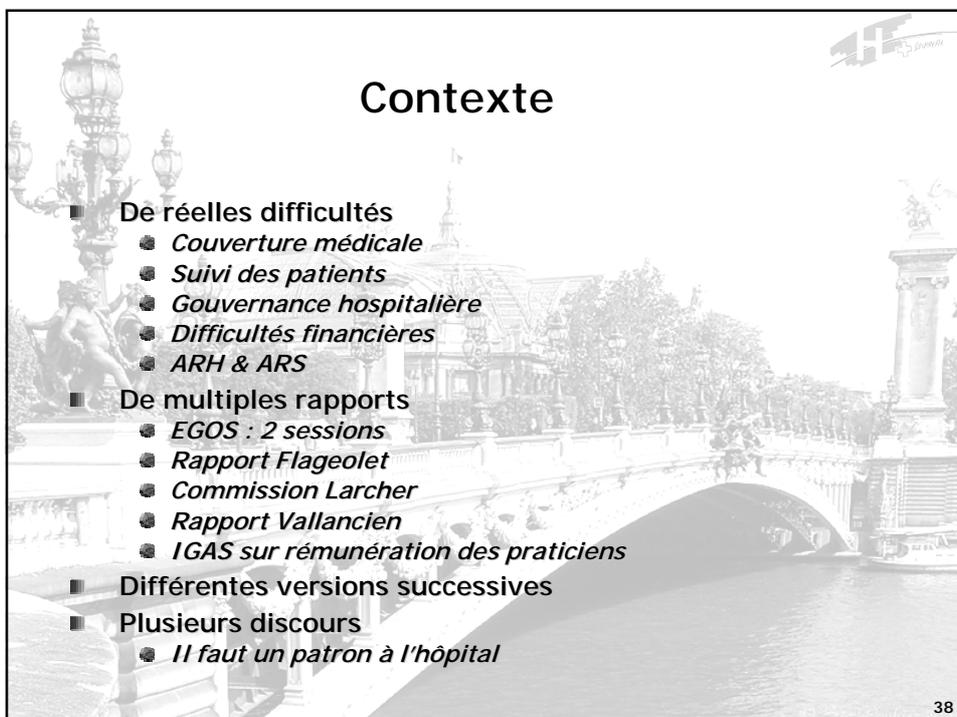
36



Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Jean Louis Vailleau
Secrétaire général

37



Contexte

- De réelles difficultés
 - *Couverture médicale*
 - *Suivi des patients*
 - *Gouvernance hospitalière*
 - *Difficultés financières*
 - *ARH & ARS*
- De multiples rapports
 - *EGOS : 2 sessions*
 - *Rapport Flageolet*
 - *Commission Larcher*
 - *Rapport Vallancien*
 - *IGAS sur rémunération des praticiens*
- Différentes versions successives
- Plusieurs discours
 - *Il faut un patron à l'hôpital*

38

Contexte

■ D'autres missions

- *Couty*
- *Marescaux*

■ Calendrier

- *Texte prévu en septembre 2008*
- *Audition de la ministre par la commission des Affaires sociales 3 et 4 février*
- *Discussion à l'Assemblée nationale sur 3 semaines :*
 - ✓ Mardi 10 au jeudi 19
 - ✓ Mardi 3 mars au vendredi 6
- *Pas de date prévue pour le Sénat*
 - ✓ « Adoption courant mars difficile »

■ Interrogations

- *Texte très général*
- *Des fluctuations importantes*
- *Groupes d'influence*
- *Décrets ++*

39

Loi HPST

+

PLFSS 2009

Titre I

**MODERNISATION
DES
ETABLISSEMENTS
DE SANTE**

3 chapitres

Missions **Art 1 à 3**
Statuts et gouvernance **Art 4**
à **11**
Coopérations **Art 12-13**

Titre II

**ACCES DE
TOUS A DES
SOINS DE
QUALITE**

Art 14 à 21

Titre III

**PREVENTION
ET SANTE
PUBLIQUE**

Art 22 à 25

Titre IV

**Organisation
territoriale du
système de
santé**

4 chapitres

ARS **art 26**
Professions santé
libérales **Art 27**
ET et services médico-
sociaux **Art 28**
Coordination et
M.transitoires **Art 29 à 32**
40

Art 1 Missions de service public

- Adapter l'offre aux besoins de la population
 - Complexité des parcours de soins
 - Coordination des soins
 - HAD et prises en charges ambulatoires
- Permanence des soins partagée entre public et privé
- Missions service public assurées par tous les ES (y compris CHT et GCS) ⇒ contrat ARS
 - Obligatoires pour EPS, privés PSPH et CRLCC
 - Volontariat pour établissements privés
- Répartition des missions de service public
 - Définition de l'organisation territoriale /SROS
 - Inscription dans les CPOM
 - Désignation possible par l'ARS d'un ES si carence

41

Art 5 Conseil de surveillance

- Définition des orientations stratégiques
- Fonctions de contrôle
- Composition: 3 collèges égaux
 - Au plus 4 représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements
 - Au plus 4 représentants du personnel médical et non médical (2/CME et 2/CTE)
 - Au plus 4 personnalités qualifiées nommées par directeur ARS dont 2 représentants des usagers

42

Art 5 Conseil de surveillance

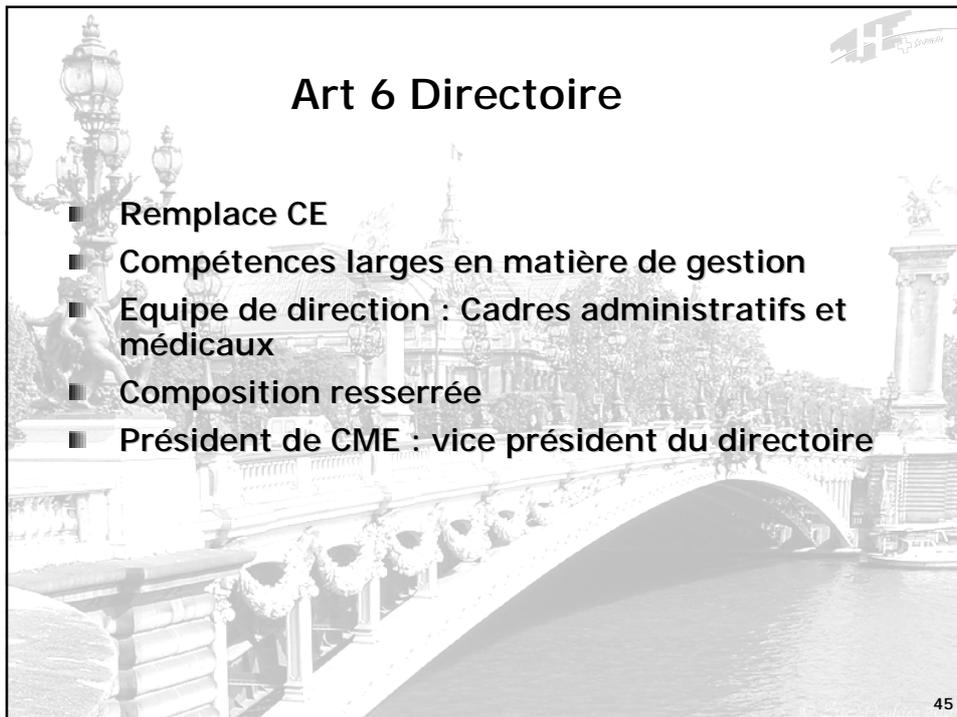
- Président élu par les membres des collèges 1 et 3 ou à défaut désigné par le ministre de la santé
- Directeur général ARS
 - *Assiste (ou son représentant) avec voix consultative*
 - *Peut inscrire question à l'ODJ*
- Directeur caisse AM désigné par directeur ARS assiste avec voix consultative
 - *Rapport annuel sur l'activité et l'efficacité de l'établissement/objectifs déterminés dans schéma régional de santé et sur les prescriptions délivrées en son sein.*
- Directeur UFR médicale dans les CHU assiste avec voix consultative

43

Art 6 Directeur

- Renforcement des pouvoirs et autonomie des directeurs
- Assouplissement et diversification des conditions de recrutement
 - *Ouverture*
 - ✓ Personnels d'autres fonctions publiques
 - ✓ Personnes issues du privé
 - ✓ Médecins ayant développé des capacités de gestion ou management
 - *Possibilité de recrutement par voie contractuelle*
 - ✓ Dérogation législative pour directeurs statutaires
 - ✓ Directeur ARS
 - décide du caractère statutaire ou contractuel du poste
 - Peut proposer de mettre fin aux fonctions du directeur
 - Fixe les objectifs servant de base à l'évaluation

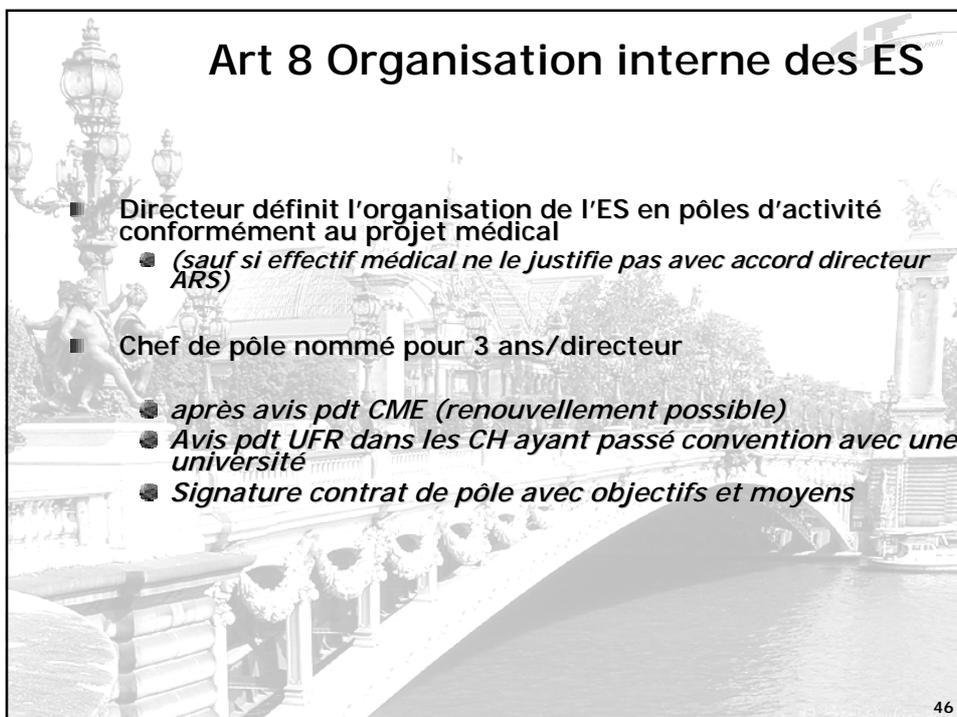
44



Art 6 Directoire

- Remplace CE
- Compétences larges en matière de gestion
- Equipe de direction : Cadres administratifs et médicaux
- Composition resserrée
- Président de CME : vice président du directoire

45



Art 8 Organisation interne des ES

- Directeur définit l'organisation de l'ES en pôles d'activité conformément au projet médical
 - *(sauf si effectif médical ne le justifie pas avec accord directeur ARS)*
- Chef de pôle nommé pour 3 ans/directeur
 - *après avis pdt CME (renouvellement possible)*
 - *Avis pdt UFR dans les CH ayant passé convention avec une université*
 - *Signature contrat de pôle avec objectifs et moyens*

46

Art 8 Organisation interne des ES

■ Chef de pôle

- **Organise avec équipes soignantes, administratives le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines**
 - ✓ dans le respect de la déontologie de chaque praticien
 - ✓ et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle
- **Autorité fonctionnelle sur les personnels**
- **Peut proposer au directeur pour nomination un ou plusieurs collaborateurs pour l'assister**
- **Possibilité d'intéresser financièrement les agents du pôle aux résultats du pôle**

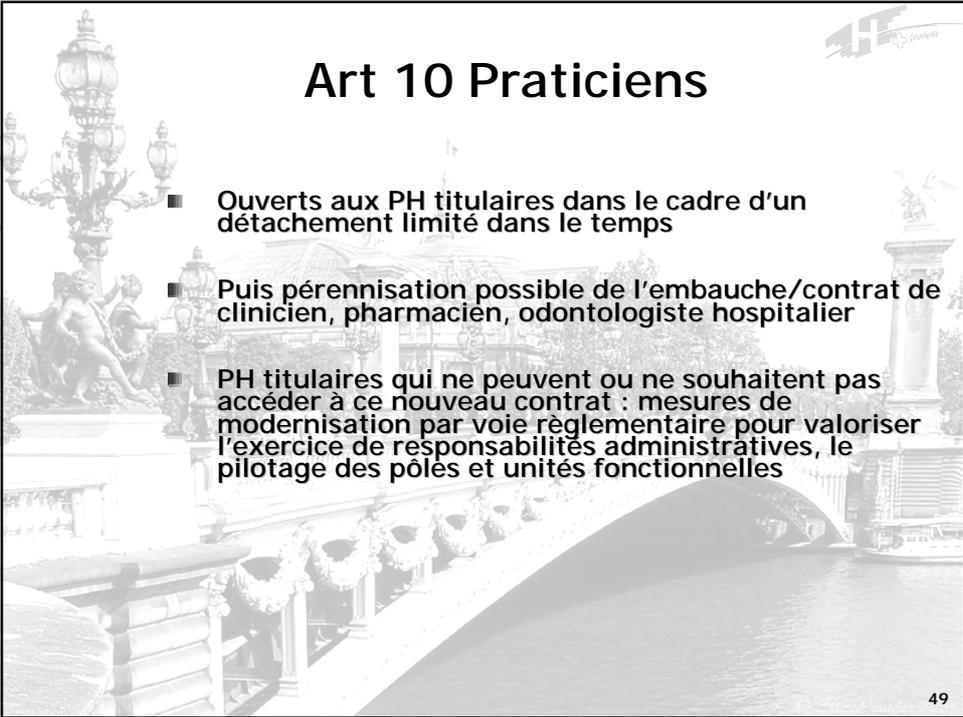
47

Art 10 Praticiens

■ Un nouveau statut contractuel

- **destiné à renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins**
- **et à offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital.**
- **En pratique, les rémunérations seront modulées sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment d'activité.**
- **La rémunération du praticien comportera une part fixe, et une part variable en fonction du degré de réalisation des objectifs définis chaque année, avec une large amplitude de variation individuelle**

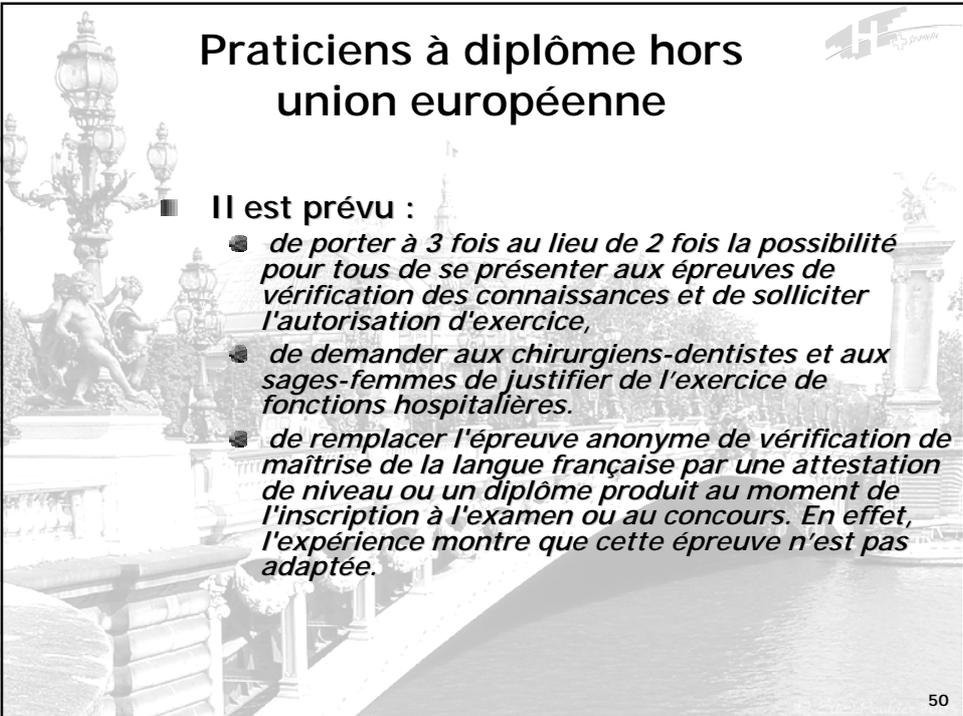
48



Art 10 Praticiens

- Ouverts aux PH titulaires dans le cadre d'un détachement limité dans le temps
- Puis pérennisation possible de l'embauche/contrat de clinicien, pharmacien, odontologiste hospitalier
- PH titulaires qui ne peuvent ou ne souhaitent pas accéder à ce nouveau contrat : mesures de modernisation par voie réglementaire pour valoriser l'exercice de responsabilités administratives, le pilotage des pôles et unités fonctionnelles

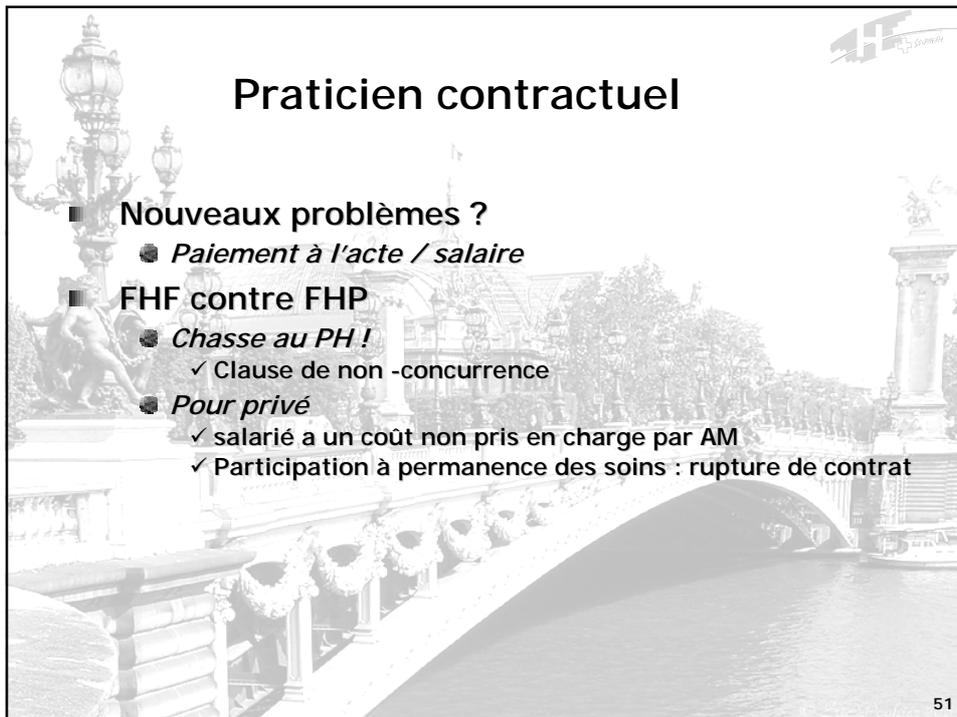
49



Praticiens à diplôme hors union européenne

- Il est prévu :
 - de porter à 3 fois au lieu de 2 fois la possibilité pour tous de se présenter aux épreuves de vérification des connaissances et de solliciter l'autorisation d'exercice,
 - de demander aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes de justifier de l'exercice de fonctions hospitalières.
 - de remplacer l'épreuve anonyme de vérification de maîtrise de la langue française par une attestation de niveau ou un diplôme produit au moment de l'inscription à l'examen ou au concours. En effet, l'expérience montre que cette épreuve n'est pas adaptée.

50



Praticien contractuel

- Nouveaux problèmes ?
 - *Païement à l'acte / salaire*
- FHF contre FHP
 - *Chasse au PH !*
 - ✓ Clause de non -concurrence
 - *Pour privé*
 - ✓ salarié a un coût non pris en charge par AM
 - ✓ Participation à permanence des soins : rupture de contrat

51



Favoriser coopérations entre ES

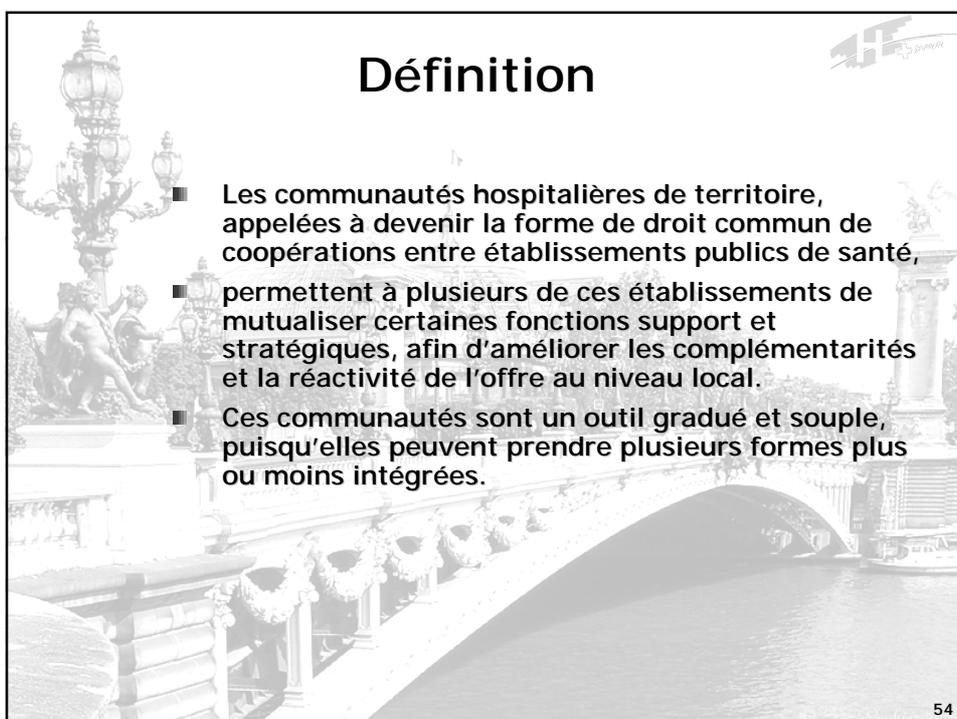
- 2 modalités
 - *Communauté hospitalière de territoire (CHT)*
 - ✓ Mode de coopération privilégié entre EPS
 - *Groupeement de coopération sanitaire (GCS)*
 - ✓ Mode de coopération privilégié entre ES publics et privés ou coopérations avec professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social
- Disparition des SIH dans un délai de 3 ans à compter de la parution de la loi

52



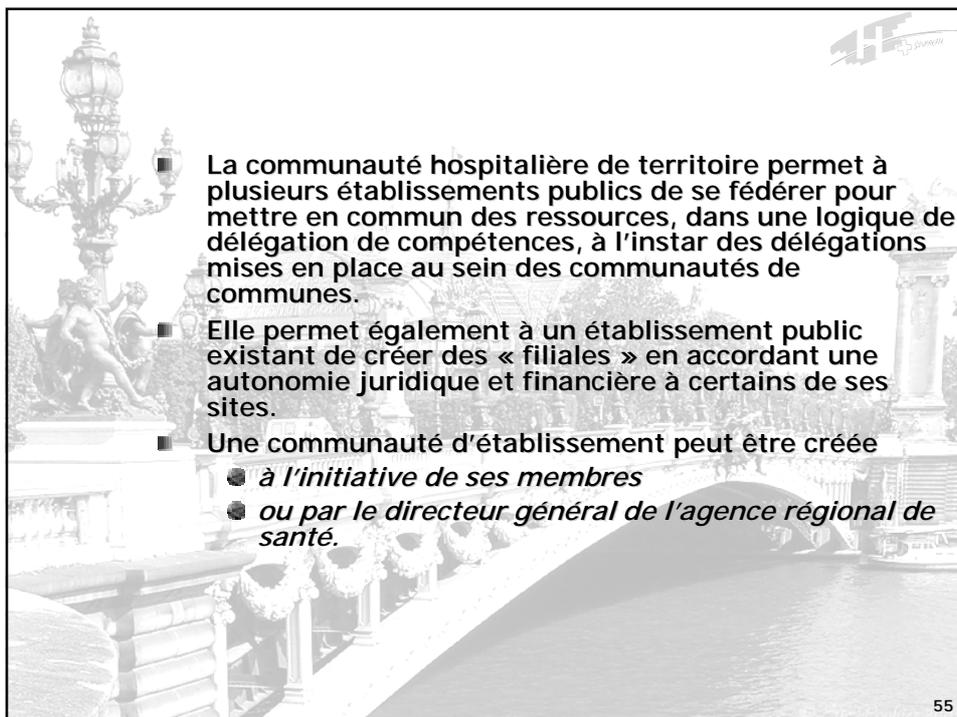
Communautés hospitalières de territoire

Article 12 du projet de loi



Définition

- Les communautés hospitalières de territoire, appelées à devenir la forme de droit commun de coopérations entre établissements publics de santé,
- permettent à plusieurs de ces établissements de mutualiser certaines fonctions support et stratégiques, afin d'améliorer les complémentarités et la réactivité de l'offre au niveau local.
- Ces communautés sont un outil gradué et souple, puisqu'elles peuvent prendre plusieurs formes plus ou moins intégrées.



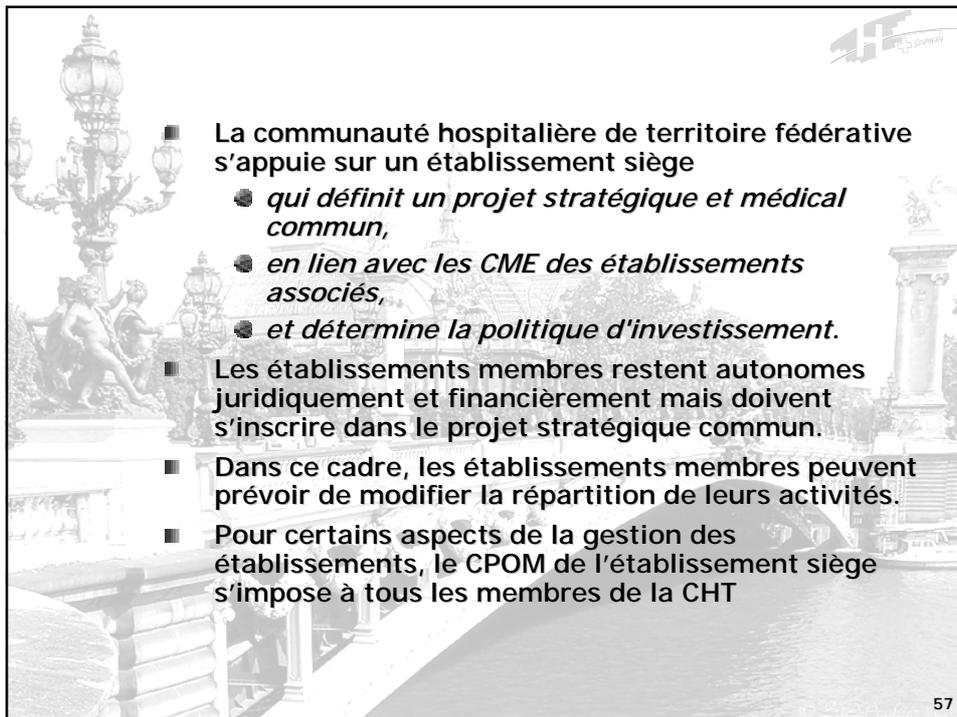
- La communauté hospitalière de territoire permet à plusieurs établissements publics de se fédérer pour mettre en commun des ressources, dans une logique de délégation de compétences, à l'instar des délégations mises en place au sein des communautés de communes.
- Elle permet également à un établissement public existant de créer des « filiales » en accordant une autonomie juridique et financière à certains de ses sites.
- Une communauté d'établissement peut être créée
 - à l'initiative de ses membres
 - ou par le directeur général de l'agence régional de santé.

55



- Il existe deux modalités d'organisation des CHT afin de s'adapter aux différents contextes territoriaux
 - **La CHT « tête de réseau » ou fédérative :**
 - ✓ l'un des établissements préexistants assure le rôle d'établissement siège. la CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissements lourds, systèmes d'information...).
 - **La CHT intégrée :**
 - ✓ les établissements préexistants confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites de la communauté hospitalière de territoire intégrée ; ils conservent néanmoins des instances consultatives, à la différence de la fusion simple prévue à l'article L. 6131-1 à L. 6131-3.

56



- La communauté hospitalière de territoire fédérative s'appuie sur un établissement siège
 - *qui définit un projet stratégique et médical commun,*
 - *en lien avec les CME des établissements associés,*
 - *et détermine la politique d'investissement.*
- Les établissements membres restent autonomes juridiquement et financièrement mais doivent s'inscrire dans le projet stratégique commun.
- Dans ce cadre, les établissements membres peuvent prévoir de modifier la répartition de leurs activités.
- Pour certains aspects de la gestion des établissements, le CPOM de l'établissement siège s'impose à tous les membres de la CHT

57



Convention constitutive de la CHT

Fixe la répartition des droits et obligations des établissements adhérents et de la communauté, notamment :

- La composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de la CHT qui comprennent chacun des représentants des établissements adhérents ;
- Les modalités de coopération et de mutualisation entre les établissements adhérents et la communauté hospitalière de territoire en matière
 - ✓ de gestion et de mutualisation des ressources humaines
 - ✓ et de gestion des systèmes d'information hospitaliers.

58



Instances

- La commission médicale d'établissement de la communauté hospitalière de territoire est composée en partie de représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements adhérents.
- Le comité technique d'établissement de la communauté hospitalière de territoire est composé en partie de représentants du personnel des établissements adhérents. Un comité technique d'établissement local se réunit dans les établissements adhérents.

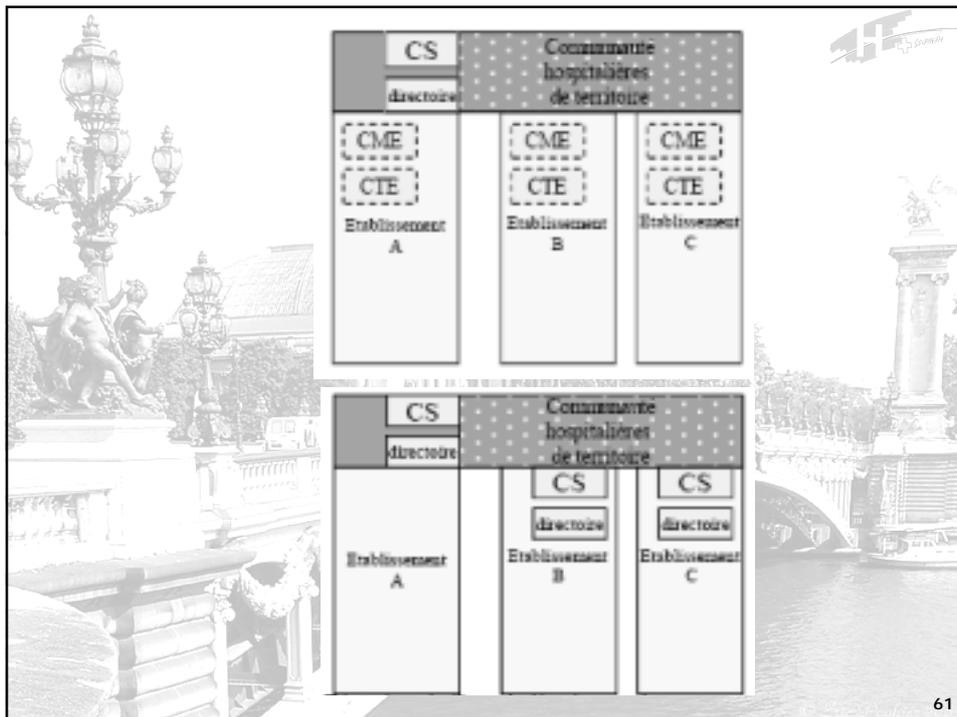
59



La CHT intégrée

- est dotée d'une direction unique.
- Dans ce cas, l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'agence régionale de santé entraîne fusion des établissements concernés.
- La représentation du personnel non médical est maintenue dans chaque établissement fusionné dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

60

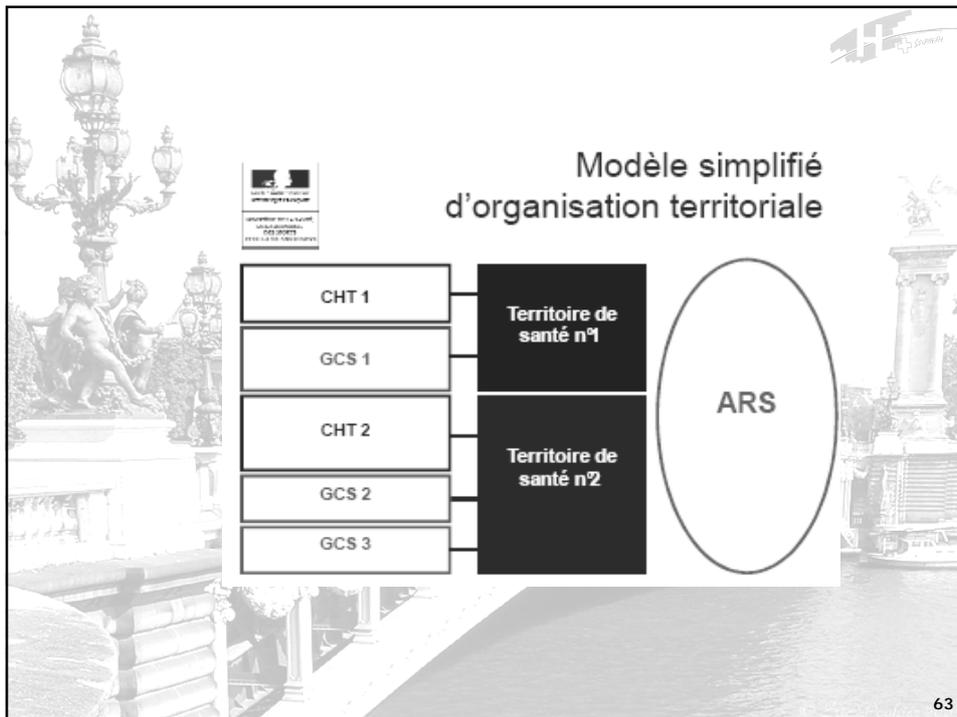


61

Art 13 GCS

- Création à l'initiative de ses membres ou par le directeur de l'ARS
- Comprend au moins 2 membres dont un ES
- GCS de droit public ou privé
- 2 types de GCS
 - GCS de mise en commun de moyens
 - GCS autorisé à exercer des activités de soins est un ES (si GCS de droit public = EPS)
- Création d'une convention constitutive
- Signe CPOM avec ARS

62

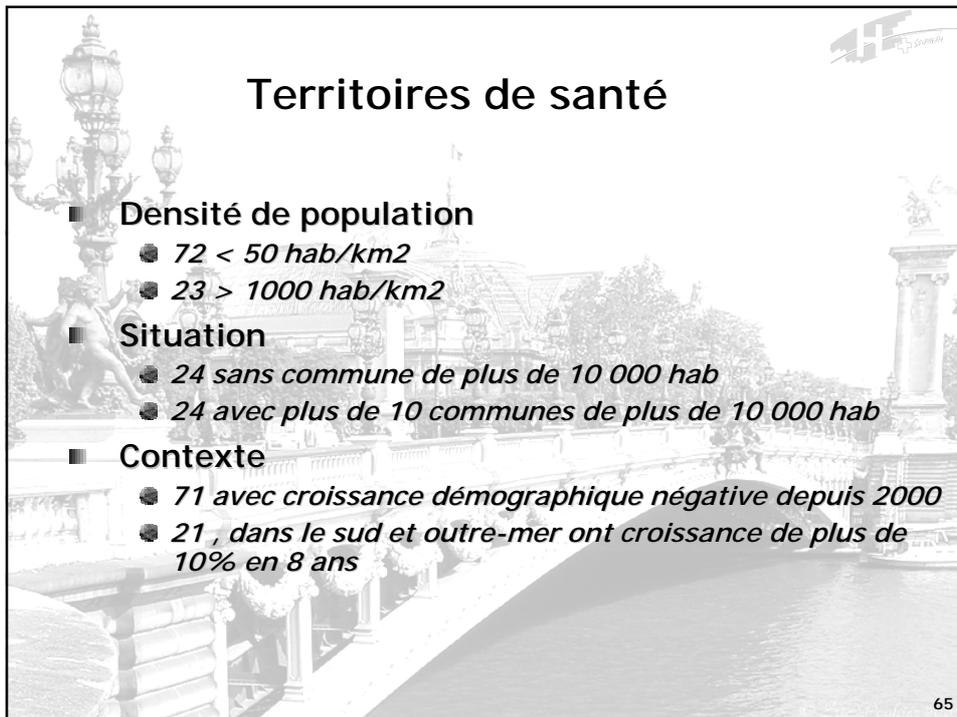


63

Territoires de santé

- Anciens secteurs sanitaires
- Nombre ?
 - *Entre 150 et 300 selon maille retenue, pas de définition officielle*
 - ✓ Proximité, recours, référence. . .
- Hétérogénéité de taille
 - *40 < 50 000 habitants*
 - *Lille, Nantes, Paris ouest, Marseille (1 300 000)*
- De superficie
 - *10 < 100km2 Paris, Lyon*
 - *23 > 5000 km2*

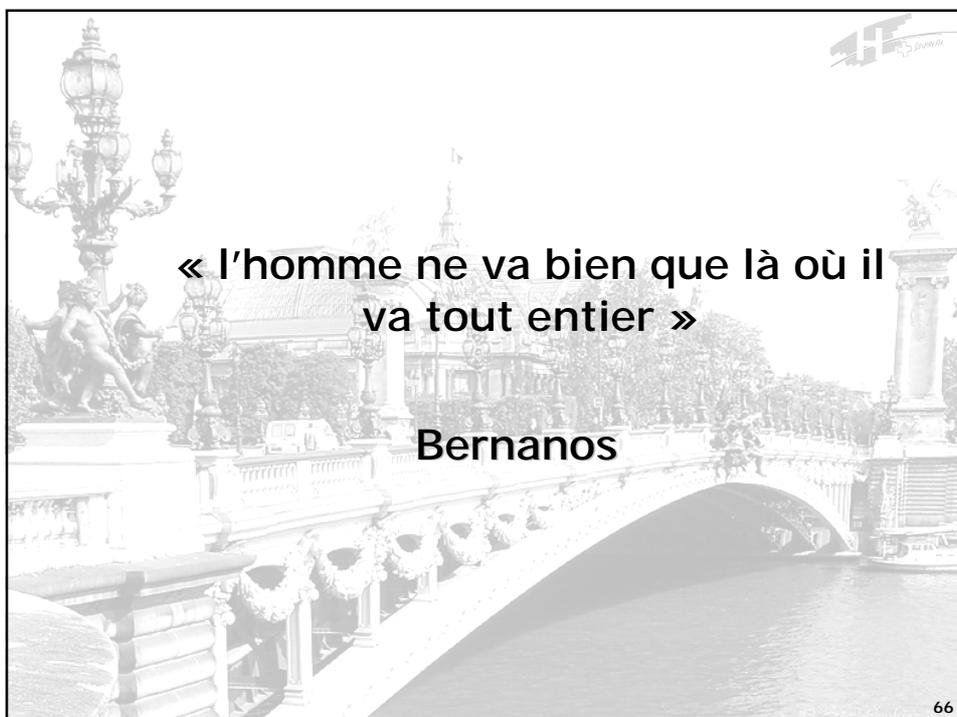
64



Territoires de santé

- **Densité de population**
 - 72 < 50 hab/km²
 - 23 > 1000 hab/km²
- **Situation**
 - 24 sans commune de plus de 10 000 hab
 - 24 avec plus de 10 communes de plus de 10 000 hab
- **Contexte**
 - 71 avec croissance démographique négative depuis 2000
 - 21, dans le sud et outre-mer ont croissance de plus de 10% en 8 ans

65



« l'homme ne va bien que là où il va tout entier »

Bernanos

66

Thesorimed

- Mise au point janvier 2009

Bertrand Decaudin



67

Statut de la base

- Principe acquis d'une base

- *Publique (reconnaissance institutionnelle)*
- *Indépendante (COE garant de cette indépendance)*
- *Gratuite (accès web)*
- *À visée premièrement hospitalière*

- Reconnaissance du statut de base publique par les tutelles

- *GIE SIPS ⇔ maîtrise d'ouvrage du futur portail ministériel*
- *Convention signée le 11 décembre 2008*
 - ✓ www.medicfrance.sante.gouv.fr
 - ✓ www.portailmedicaments.sante.gouv.fr

68



Engagement du Synprefh

- **Comité d'Orientation et d'Expertise**
 - *3 représentants titulaires et 3 suppléants*
 - *Présidence du COE*
 - *6 réunions en 2008*
- **Comité directeur**
 - *Présence du Président du COE avec voix consultative*
 - *3 réunions en 2008*

69



Développement de la base

- **2008 ⇔ Année de déploiement**
 - *Optimisation des procédés de mise à jour de la base*
 - ✓ Moyens humains et informatiques
 - *Déploiement d'un système AQ optimisé*
 - ✓ Validation interne et externe
 - *Mise en ligne du site Web*
 - *Collaborations institutionnelles et techniques*
 - ✓ AFSSaPS, Haute Autorité de Santé
 - ✓ Stabilis, ETSAD, Europharmat

70



Perspectives pour 2009

- **Investissements**
 - *Informations gérées par la base*
 - ✓ Développement de nouveaux modules (médicaments & dm)
 - *Intranet pour les établissements de santé*
- **Orientations**
 - *Ouverture sur la ville (pharmacie et médecine)*
 - *Mise en place d'un lien direct entre le GIE et les utilisateurs*

71

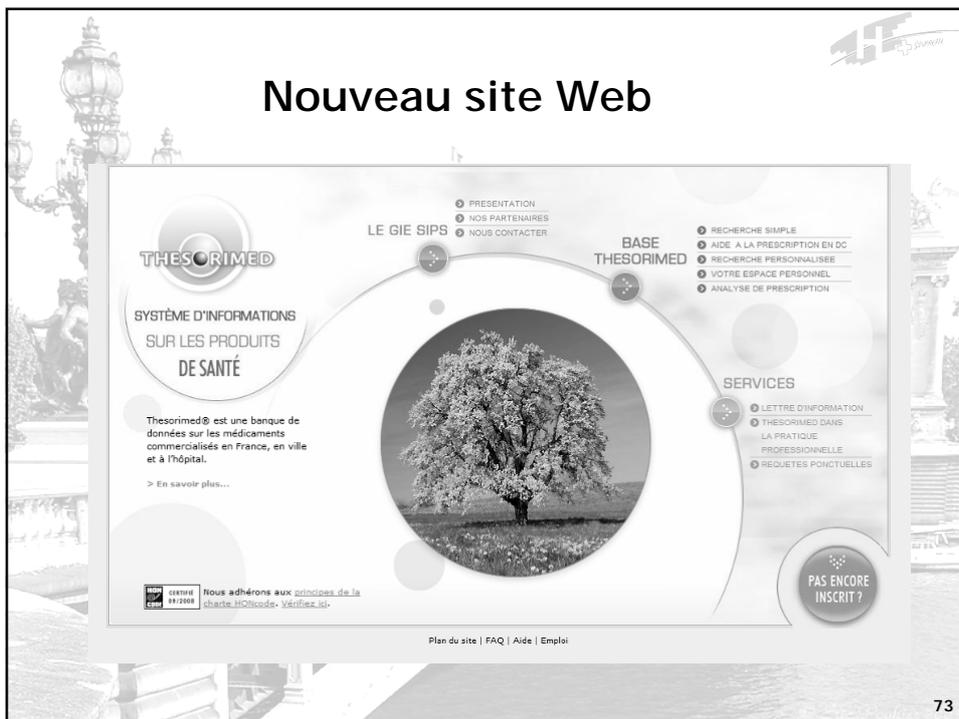


Perspectives pour 2009

- **Développements**
 - *Mise à jour en temps réel de la base*
 - ✓ Minimum une MàJ par semaine
 - *Mise en ligne de la V2 du site web*
 - ✓ Optimisation de l'ergonomie
 - ✓ Nouvelles fonctionnalités
 - *Portail ministériel Produits de Santé*

72

Nouveau site Web

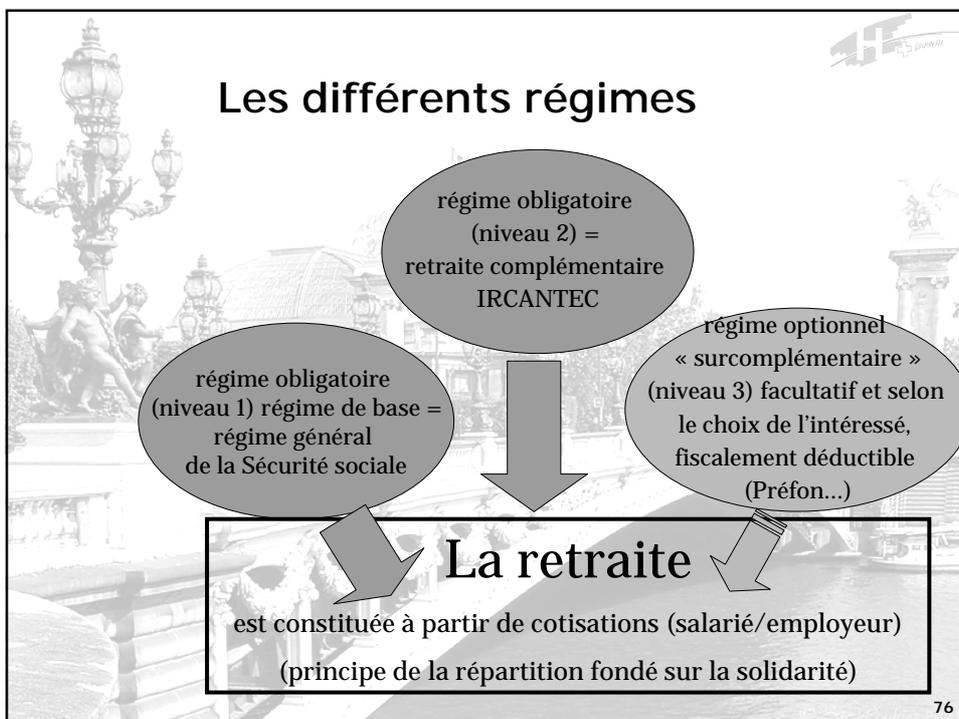


73

Nouveau site Web



74





Régime général

SECURITE SOCIALE

- *A partir de 60 ans (âge légal de la retraite)*
- *Au plus tard à 65 ans voire 70 ans*
- *A taux plein si 160 trimestres de cotisations actuellement, mais augmentation progressive pour atteindre en 2012 164 trimestres*
- *A taux plein à 65 ans*
- *Minoré selon le nombre de trimestres manquants*
- *En réalité, le montant atteint 44% du plafond (modalités de calcul en vigueur), soit en 2008 :*
1 220 € par mois

77



Retraite complémentaire

IRCANTEC

- *Majeure partie de la pension retraite du PH*
- *A taux plein à 65 ans*
- *Mais dès 60 ans, si 160 trimestres (en 2008) totalisés auprès du régime de la Sécurité sociale. Sinon minoration définitive par un coefficient selon l'âge et le nombre de trimestres*
- *Calculée à partir de l'assiette de cotisation*

78

Retraite complémentaire

IRCANTEC

- **Assiette de cotisation** = rémunération brute + toutes les indemnités (sujétion + temps additionnel + jury de concours + formation et enseignement) pour les PH plein temps titulaires, PHC, PAC
- 2/3 pour PH temps partiel, PHA, PC temps partiel ou PH avec activité libérale
- hors prime d'engagement de service public, prime multi-établissement, astreintes, prime de recrutement prioritaire

79

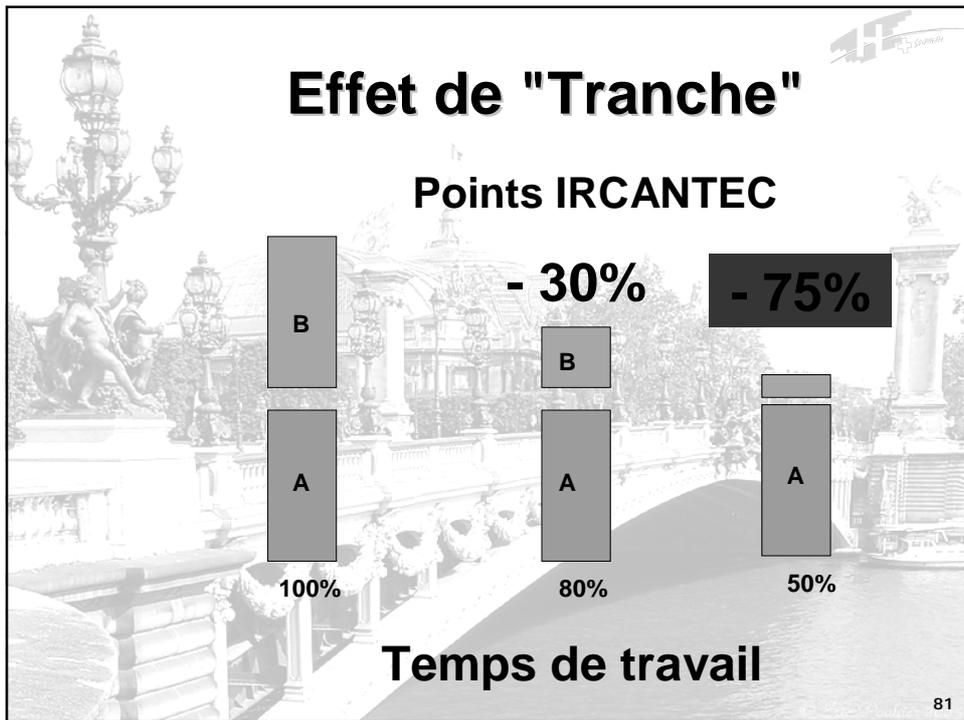
Retraite complémentaire

IRCANTEC

- **L'assiette de cotisations est divisée en 2 tranches :**
 - ✓ **tranche A** : fraction inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale (2 859 € en 2009)
 - ✓ **tranche B** : fraction de l'assiette au dessus de ce plafond

	Tranche A	Tranche B
Salarié	2.25 %	5.95 %
Employeur	3.38 %	11.55 %
Total	5.63 %	17.5 %

80

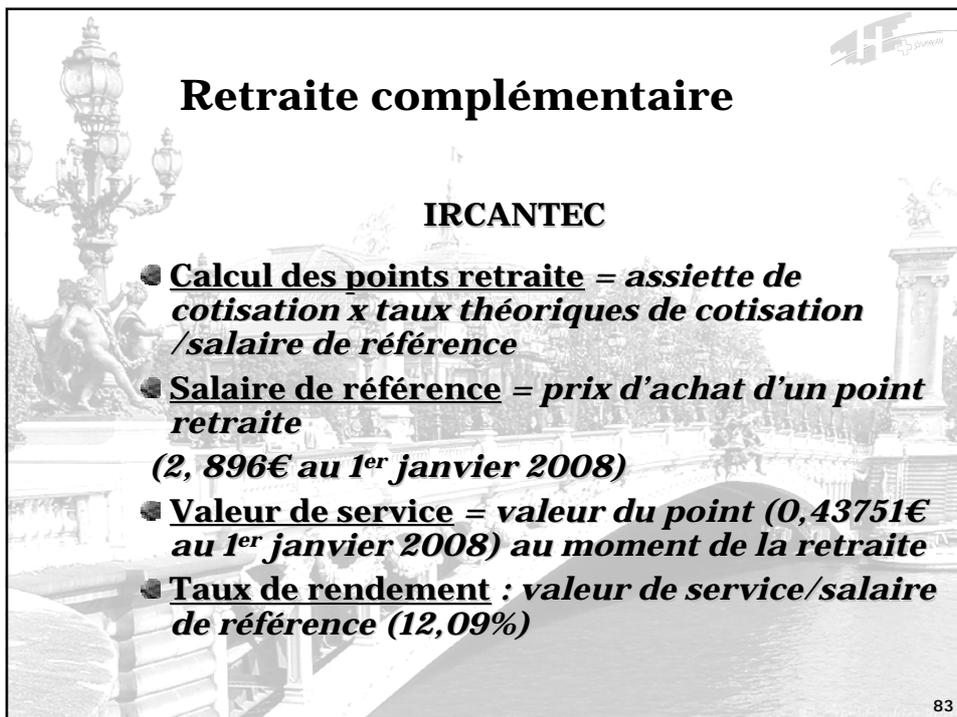


Retraite complémentaire

IRCANTEC

• ***En réalité, les cotisations sont prélevées sur 125 % de l'assiette mais les points sont calculés sur 100 %.***

82



Retraite complémentaire

IRCANTEC

- **Calcul des points retraite = assiette de cotisation x taux théoriques de cotisation / salaire de référence**
- **Salaire de référence = prix d'achat d'un point retraite (2, 896€ au 1^{er} janvier 2008)**
- **Valeur de service = valeur du point (0,43751€ au 1^{er} janvier 2008) au moment de la retraite**
- **Taux de rendement : valeur de service/salaire de référence (12,09%)**

83

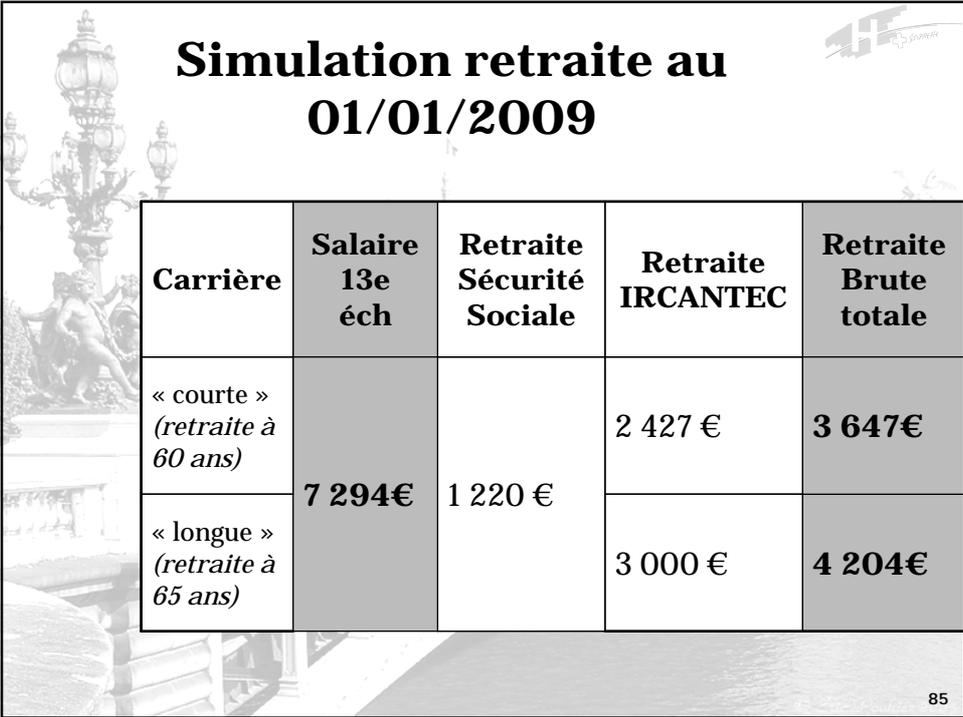


Retraite complémentaire

IRCANTEC

- **Montant brut annuel de la retraite IRCANTEC = nombre de points (actuellement 80 à 90 000 points) X valeur de service au moment du versement de la retraite**

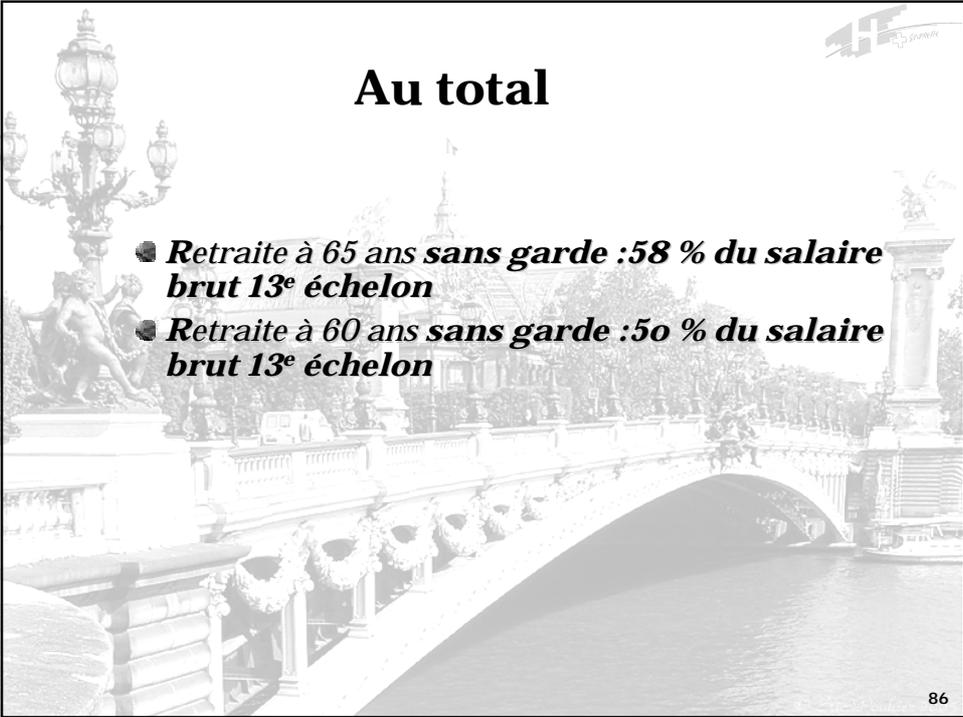
84



Simulation retraite au 01/01/2009

Carrière	Salaire 13e éch	Retraite Sécurité Sociale	Retraite IRCANTEC	Retraite Brute totale
« courte » (retraite à 60 ans)	7 294€	1 220 €	2 427 €	3 647€
« longue » (retraite à 65 ans)			3 000 €	4 204€

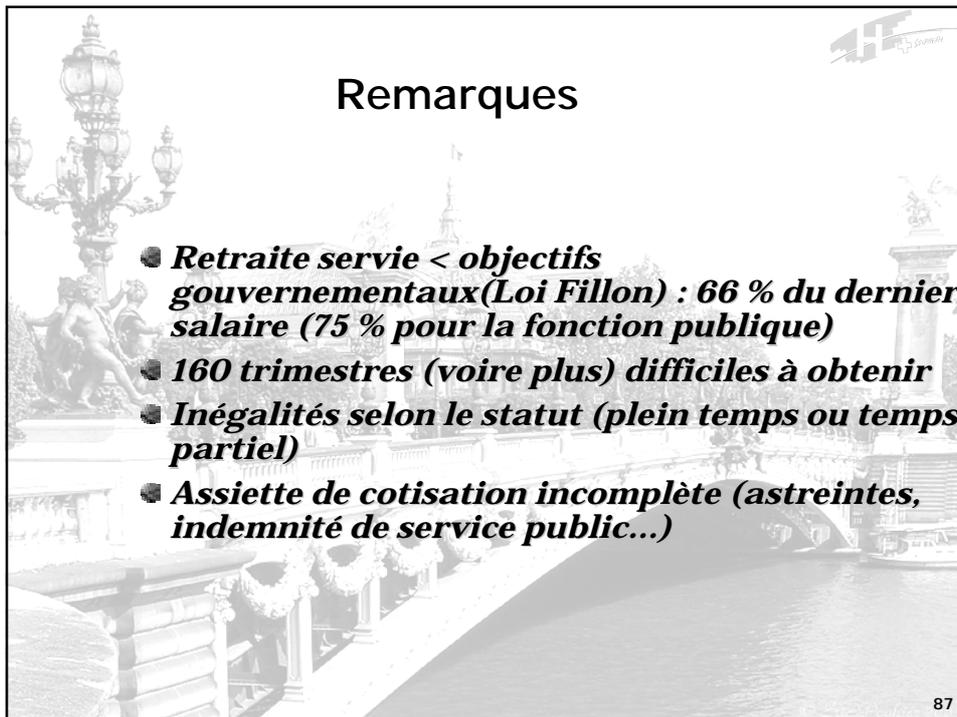
85



Au total

- **Retraite à 65 ans sans garde :58 % du salaire brut 13^e échelon**
- **Retraite à 60 ans sans garde :50 % du salaire brut 13^e échelon**

86

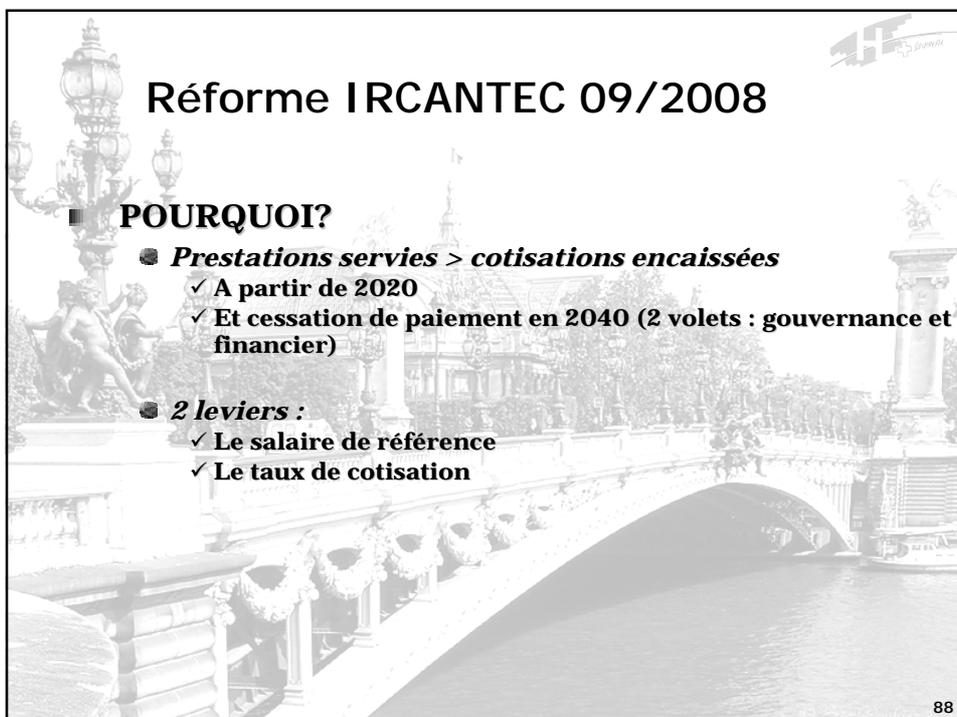




Remarques

- **Retraite servie < objectifs gouvernementaux (Loi Fillon) : 66 % du dernier salaire (75 % pour la fonction publique)**
- **160 trimestres (voire plus) difficiles à obtenir**
- **Inégalités selon le statut (plein temps ou temps partiel)**
- **Assiette de cotisation incomplète (astreintes, indemnité de service public...)**

87





Réforme IRCANTEC 09/2008

- **POURQUOI?**
 - **Prestations servies > cotisations encaissées**
 - ✓ A partir de 2020
 - ✓ Et cessation de paiement en 2040 (2 volets : gouvernance et financier)
 - **2 leviers :**
 - ✓ Le salaire de référence
 - ✓ Le taux de cotisation

88

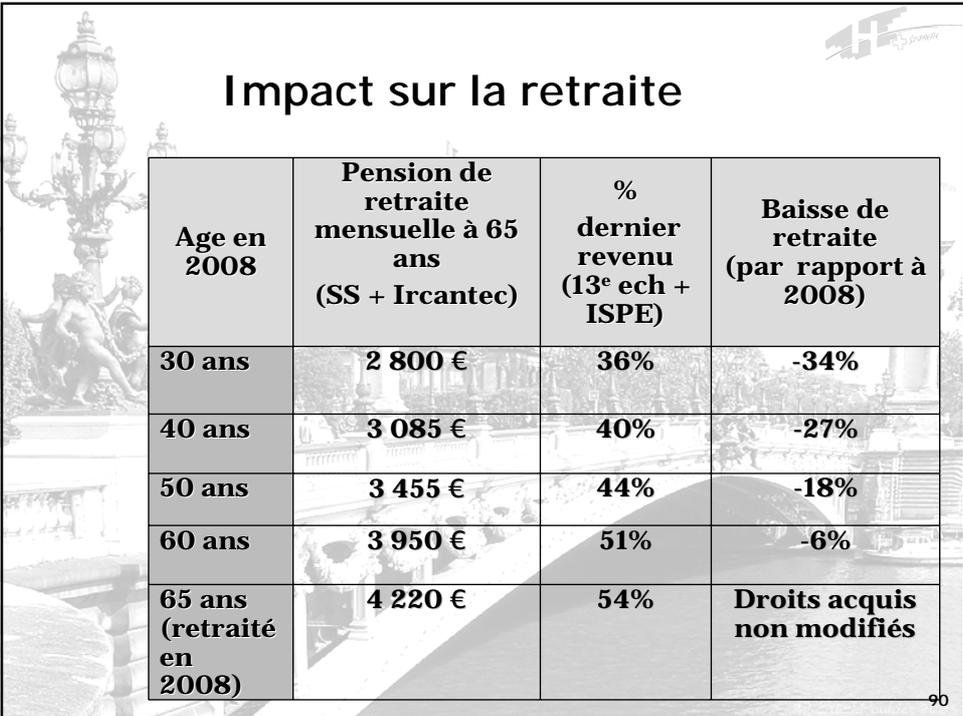




Modifications

- Valeur de service inchangée
- Prix d'achat du point augmente de:
 - (2,9 €.....4,5 € en 2015)
- Taux de cotisation augmente:
 - 4,50 % à 5,6% pour la tranche A
 - 14% à 15,6% pour la tranche B

89

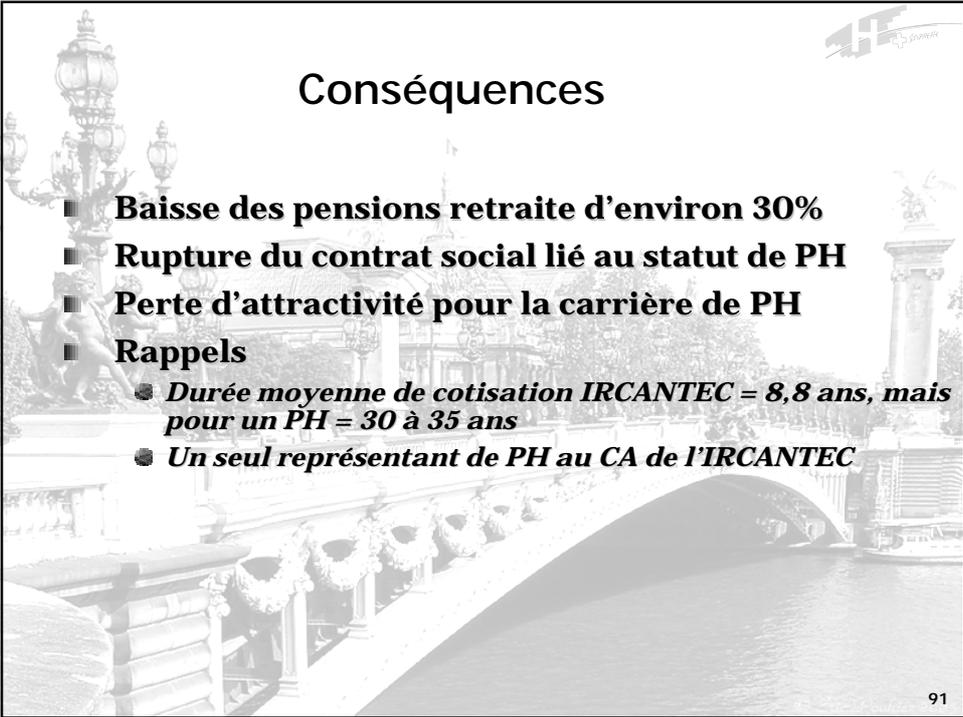




Impact sur la retraite

Age en 2008	Pension de retraite mensuelle à 65 ans (SS + Ircantec)	% dernier revenu (13 ^e ech + ISPE)	Baisse de retraite (par rapport à 2008)
30 ans	2 800 €	36%	-34%
40 ans	3 085 €	40%	-27%
50 ans	3 455 €	44%	-18%
60 ans	3 950 €	51%	-6%
65 ans (retraité en 2008)	4 220 €	54%	Droits acquis non modifiés

90



Conséquences

- **Baisse des pensions retraite d'environ 30%**
- **Rupture du contrat social lié au statut de PH**
- **Perte d'attractivité pour la carrière de PH**
- **Rappels**
 - *Durée moyenne de cotisation IRCANTEC = 8,8 ans, mais pour un PH = 30 à 35 ans*
 - *Un seul représentant de PH au CA de l'IRCANTEC*

91



Propositions du gouvernement

- **Elargissement de l'assiette de cotisations avec toutes les primes (service public, multi-établissement, chefferie de pôle...)**
- **Elargissement de l'assiette pour les temps partiels de 66% à 70%**
- **Augmentation de rémunération pour les PH à temps partiel**
 - *mesure déjà actée mais non appliquée(!)*

92



Propositions du gouvernement

- **Assujettissement des astreintes dans la limite de 4500 par an**
 - *(ce qui a été acté en Juillet 2007)*
- **Surcôte en points**
 - *2,5% chaque année après 60 ans si on a le nb de trimestres requis*
 - *3% après 65 ans*
 - ✓ *Duperie totale car le nombre de trimestres obligatoire augmente*
- **Application de ces mesures en 2010**
 - *(rien en 2009)*

93



Propositions de l'INPH

- **La situation de l'IRCANTEC n'étant pas alarmante, pourquoi avoir précipité les décisions, sans envisager notamment les propositions de la Caisse des Dépôts et des Consignations ?**
 - *Maintien d'un taux de remplacement de 75%*
 - ✓ *Augmentation des cotisations de 1351 €/an*
 - *Soit 38 € mensuel pour le PH*
 - *Soit 74 € mensuel pour l'établissement*
- **Objectif : maintenir 80 000 points hors gardes**

94

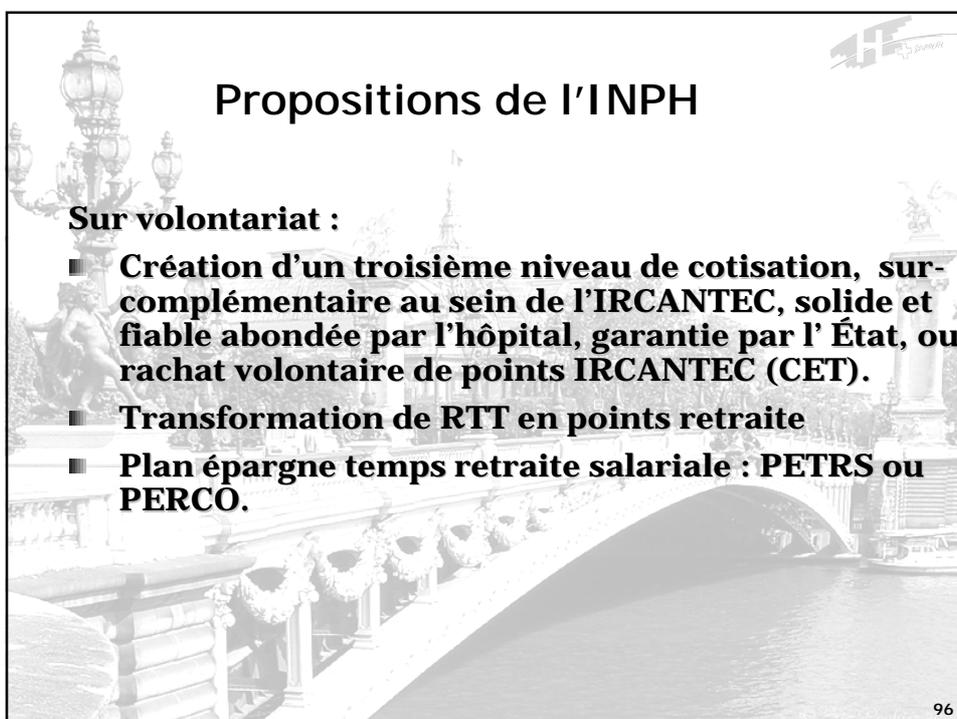




Propositions de l'INPH

- **Intégration de toutes les astreintes (forfait + appels courts) dès le 1^{er} euro, dans l'assiette de cotisation.**
- **Inclusion de toutes les primes dans l'assiette, (exercice public + 6% pour notre retraite)**
- **Surcote pour travail à partir de 60 ans, MAIS sans exigence des 160 trimestres.**

95





Propositions de l'INPH

Sur volontariat :

- **Création d'un troisième niveau de cotisation, sur-complémentaire au sein de l'IRCANTEC, solide et fiable abondée par l'hôpital, garantie par l'État, ou rachat volontaire de points IRCANTEC (CET).**
- **Transformation de RTT en points retraite**
- **Plan épargne temps retraite salariale : PETRS ou PERCO.**

96



Propositions de l'INPH

- **Mesures d'équité pour les PH à temps partiel (élargissement de l'assiette IRCANTEC de 66% à 100%, proratisation en tranche A et B).**
- **Proratisation en tranche A et B pour les PH à temps réduit**

97



Négociations avec le ministère

- Réunion entre les intersyndicales de PH et ministères de la santé et des finances du 1er et 9 octobre 2008
 - *Négociations????*
- Grève le 16 et 17 Octobre
 - *Massivement suivie*
- Et alors?
- Et ensuite?

98



Remerciements...

- ... à Jean GARRIC (SNPHAR, délégué général INPH), pour le prêt de ses diapositives !

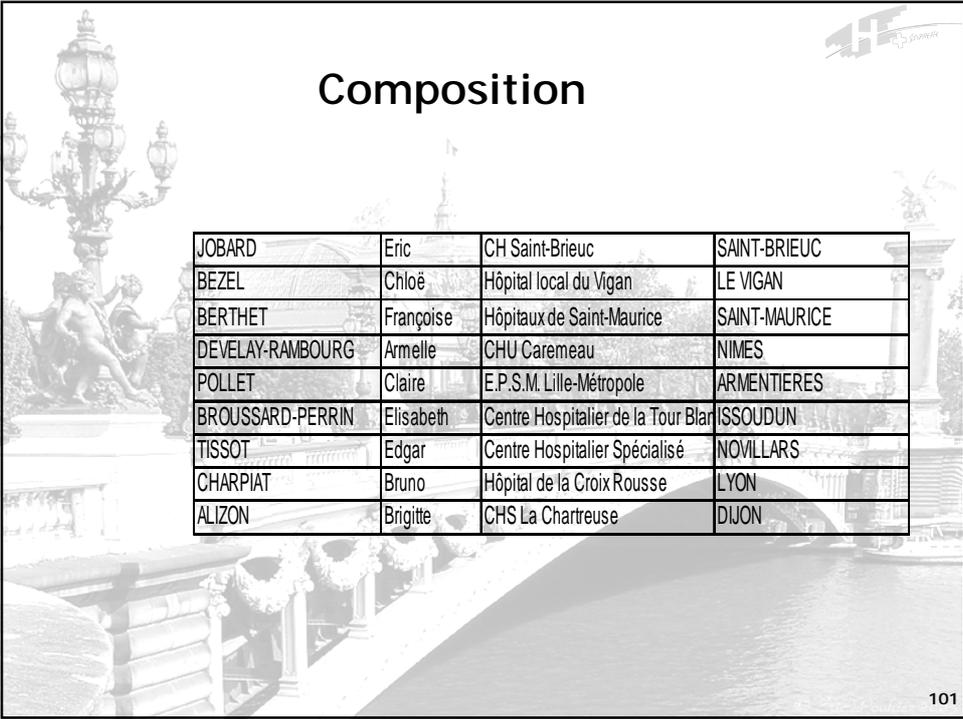
99



Livre blanc de la pharmacie hospitalière

Groupe de travail
Education thérapeutique

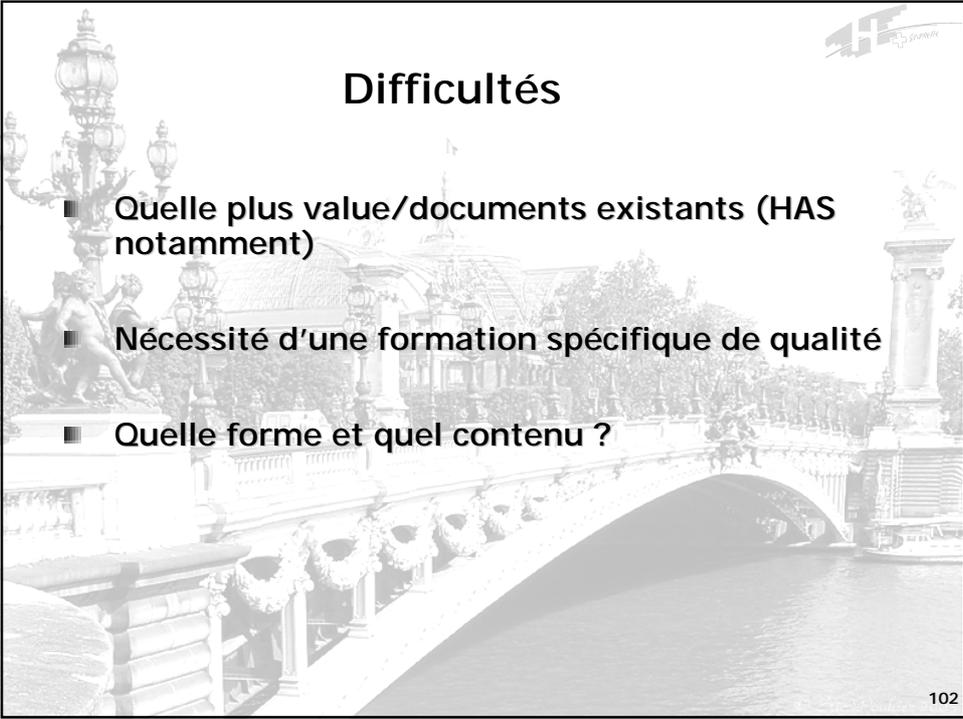
100



Composition

JOBARD	Eric	CH Saint-Brieuc	SAINT-BRIEUC
BEZEL	Chloë	Hôpital local du Vigan	LE VIGAN
BERTHET	Françoise	Hôpitaux de Saint-Maurice	SAINT-MAURICE
DEVELAY-RAMBOURG	Armelle	CHU Caremeau	NIMES
POLLET	Claire	E.P.S.M. Lille-Métropole	ARMENTIERES
BROUSSARD-PERRIN	Elisabeth	Centre Hospitalier de la Tour Blanche	ISSOUDUN
TISSOT	Edgar	Centre Hospitalier Spécialisé	NOVILLARS
CHARPIAT	Bruno	Hôpital de la Croix Rousse	LYON
ALIZON	Brigitte	CHS La Chartreuse	DIJON

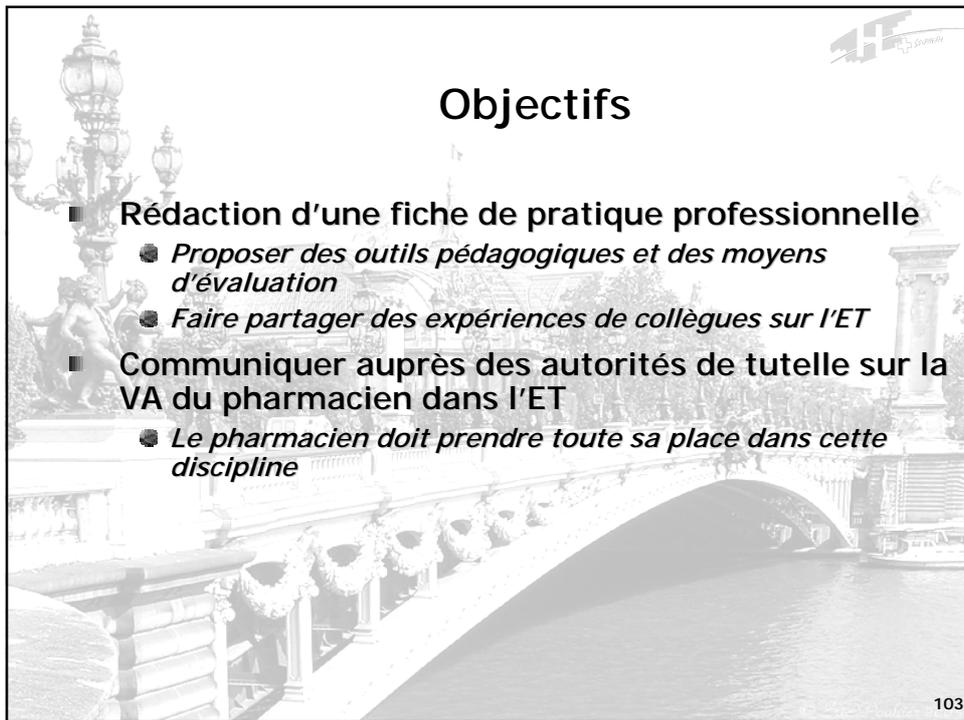
101



Difficultés

- Quelle plus value/documents existants (HAS notamment)
- Nécessité d'une formation spécifique de qualité
- Quelle forme et quel contenu ?

102



Objectifs

- Rédaction d'une fiche de pratique professionnelle
 - *Proposer des outils pédagogiques et des moyens d'évaluation*
 - *Faire partager des expériences de collègues sur l'ET*
- Communiquer auprès des autorités de tutelle sur la VA du pharmacien dans l'ET
 - *Le pharmacien doit prendre toute sa place dans cette discipline*

103



Calendrier

- 1ère réunion téléphonique en janvier
- Répartition des tâches
- Version martyre pour 1er mars
- Finaliser la FPP pour Hopipharm

104



Thèmes de la FPP

- Définition
- Législation et réglementation
- Position syndicale et objectifs pour la profession
- Formation initiale et continue
- Recommandations HAS
- Rapport Saoult et Charbonnel
- Outils professionnels pharmaceutiques en ET
- Démarches existantes en France
- Education thérapeutique dans les autres pays
- Bibliographie

105



Livre blanc de la pharmacie hospitalière

Groupe de travail EHPAD

106

Composition

ARMAND	Sophie	EHPAD Territoire de Belfort
BLANC	Olivier	CH Saint Jean d'Angely
BONATOUT	Michèle	CH Uzes
DIEU	Bernard	CHU Rouen
Espagne	Monique	EHPAD Montoldre
FIABANE	Edwige	HL de Vitteaux
LE BOT	Mariannick	CHU Brest
TAILLEFER	Catherine	H des Portes de Camargue

107

EHPAD

- **Permanence des soins**
 - *Présence du pharmacien*
 - *Remplacement*
 - *Astreinte*
- **Informatisation**
 - *Circuit des produits pharmaceutiques*
 - *Préparation des doses à administrer*
 - *Automatisation*

108

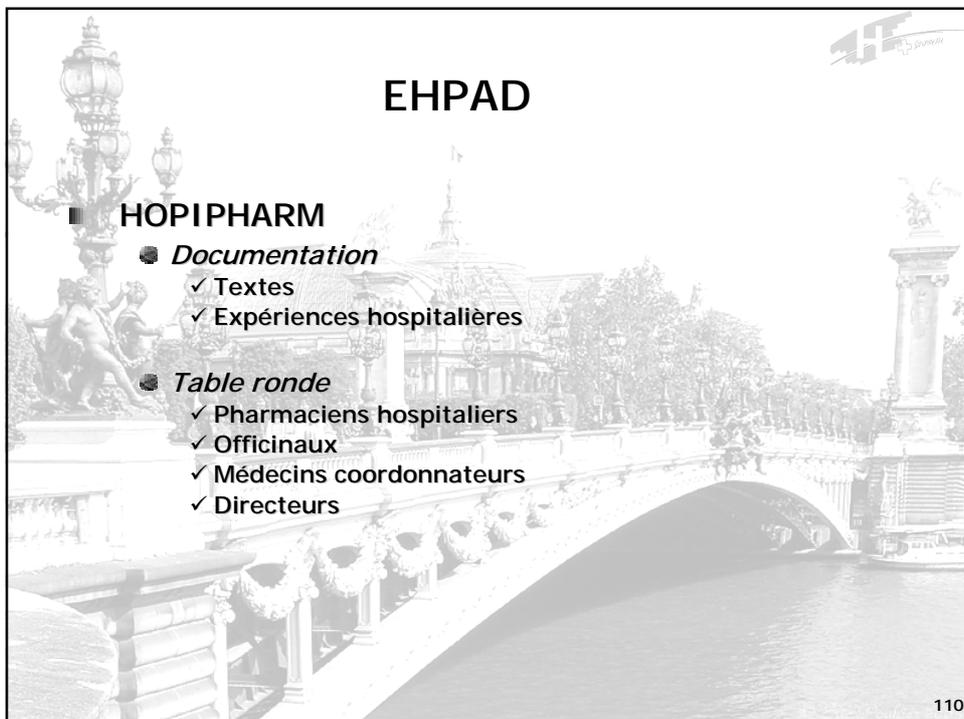


EHPAD

- **Référencement**
 - *COMEDIMS*
 - *Agrément/statut des produits (RH)*
 - *Financement (T2A)*

- **Coopération**
 - *Communauté Hospitalière de Territoire*
 - *Groupement de Coopération Sanitaire*
 - *Officinaux*

109



EHPAD

- **HOIPHARM**
 - *Documentation*
 - ✓ Textes
 - ✓ Expériences hospitalières

 - *Table ronde*
 - ✓ Pharmaciens hospitaliers
 - ✓ Officinaux
 - ✓ Médecins coordonnateurs
 - ✓ Directeurs

110



Livre blanc de la pharmacie hospitalière

**Groupe de travail
Permanence pharmaceutique**

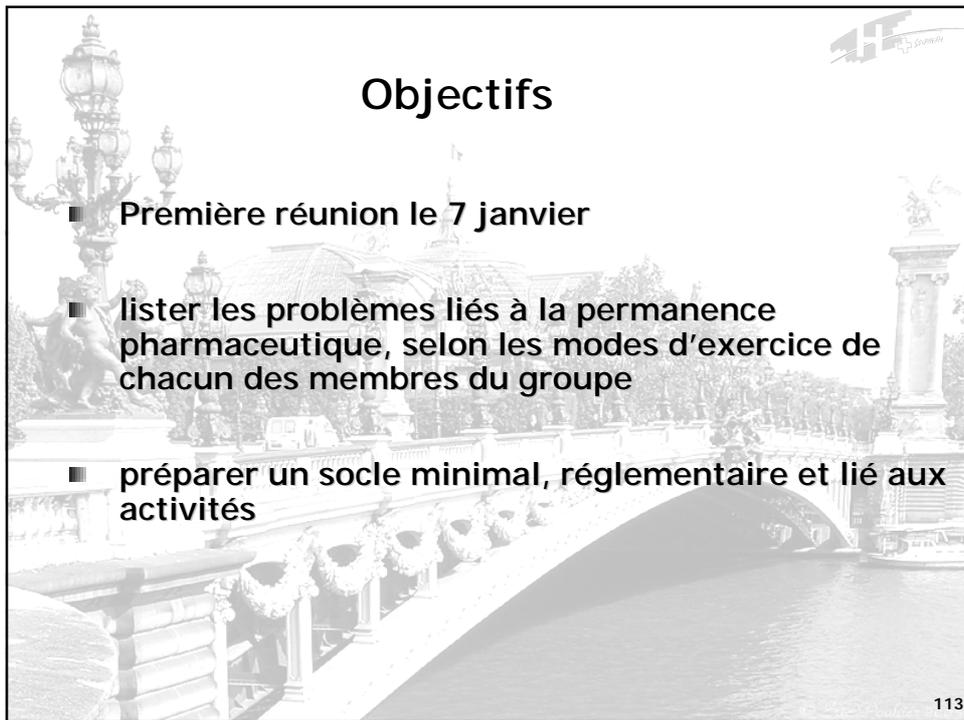
111



Composition

- **Isabelle Bruc, CH Pontails**
- **Christine Descampeaux, CH Cherbourg-Octeville**
- **Benjamin Barin, CH Nantes, vice-président FNSIP**
- **Marie-Hélène Guignard, CHU Dijon**
- **Pascal Maire, Hospices Civils de Lyon**
- **Xavier Barbaut, CH Beaune**
- **Jean-Louis Vailliau, CHS Chartreuse Dijon**

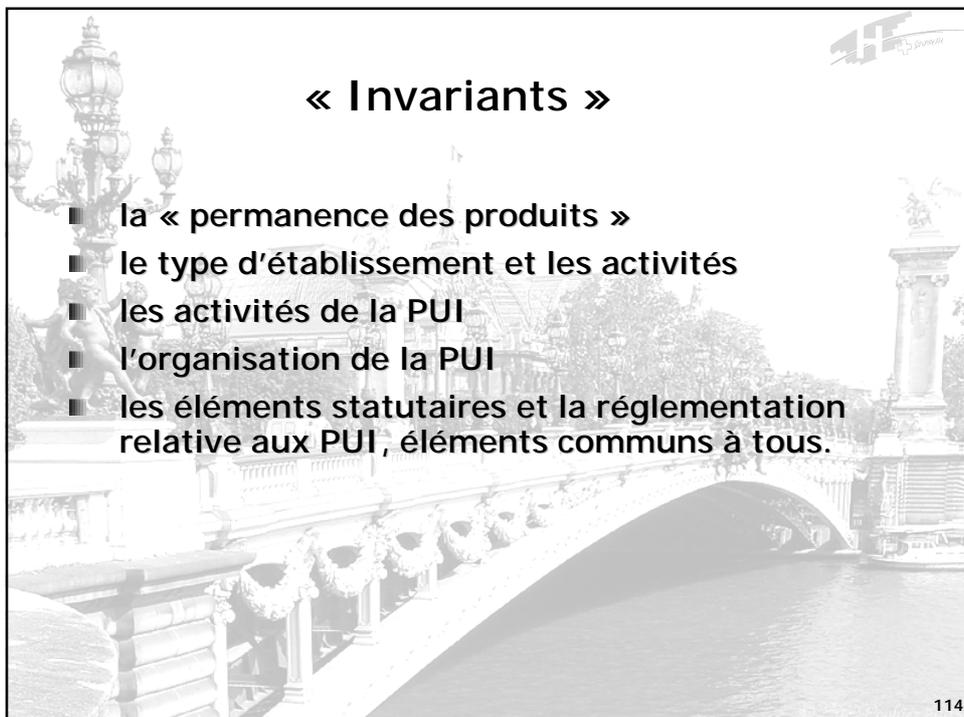
112



Objectifs

- Première réunion le 7 janvier
- lister les problèmes liés à la permanence pharmaceutique, selon les modes d'exercice de chacun des membres du groupe
- préparer un socle minimal, réglementaire et lié aux activités

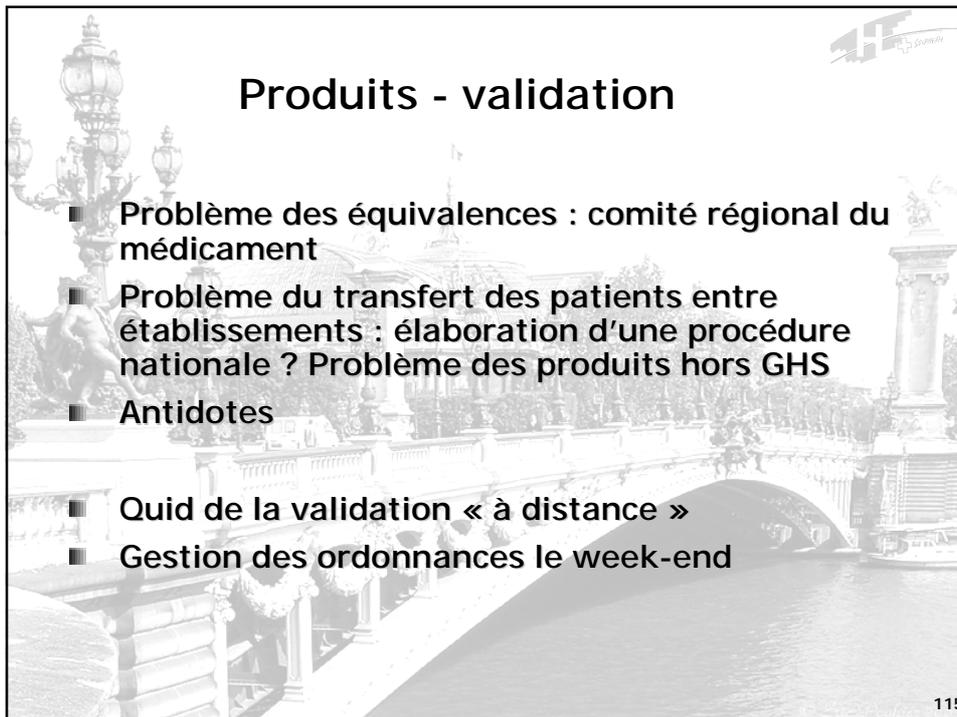
113



« Invariants »

- la « permanence des produits »
- le type d'établissement et les activités
- les activités de la PUI
- l'organisation de la PUI
- les éléments statutaires et la réglementation relative aux PUI, éléments communs à tous.

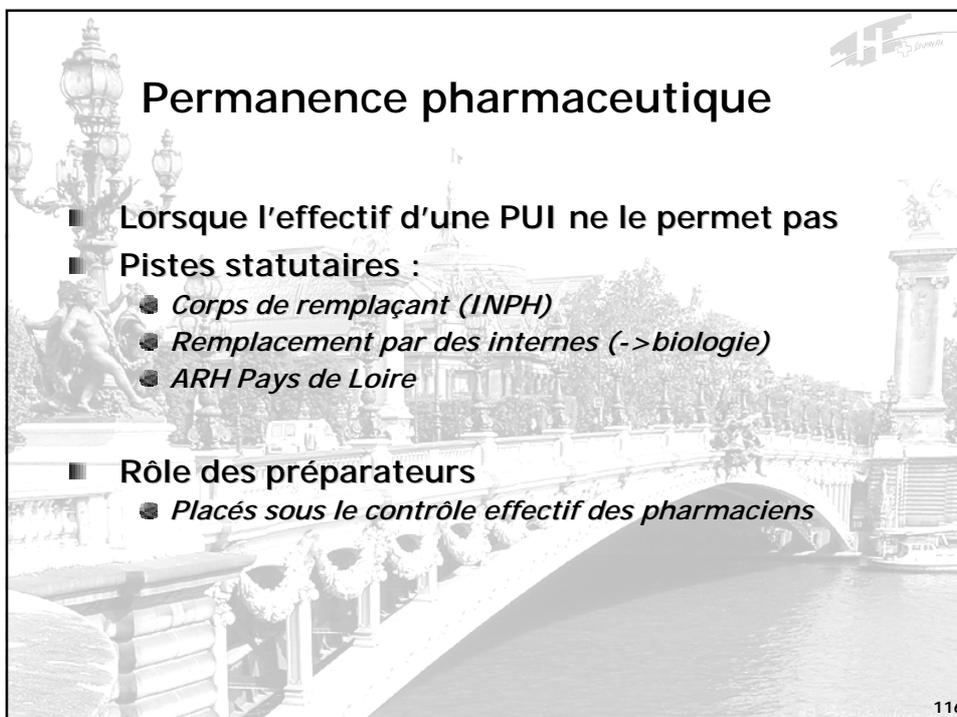
114



Produits - validation

- Problème des équivalences : comité régional du médicament
- Problème du transfert des patients entre établissements : élaboration d'une procédure nationale ? Problème des produits hors GHS
- Antidotes
- Quid de la validation « à distance »
- Gestion des ordonnances le week-end

115



Permanence pharmaceutique

- Lorsque l'effectif d'une PUI ne le permet pas
- Pistes statutaires :
 - *Corps de remplaçant (INPH)*
 - *Remplacement par des internes (->biologie)*
 - *ARH Pays de Loire*
- Rôle des préparateurs
 - *Placés sous le contrôle effectif des pharmaciens*

116

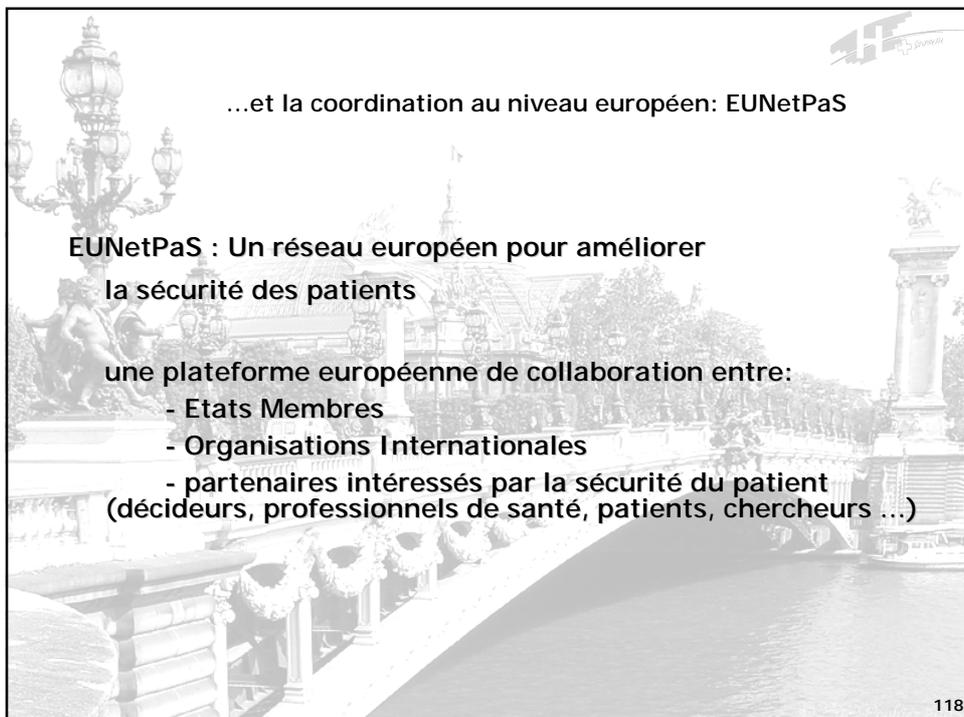


EUNetPas

**Réseau Européen pour
améliorer la sécurité des
patients**

Anne-Marie Liebbe

117



...et la coordination au niveau européen: EUNetPaS

**EUNetPaS : Un réseau européen pour améliorer
la sécurité des patients**

une plateforme européenne de collaboration entre:

- Etats Membres
- Organisations Internationales
- partenaires intéressés par la sécurité du patient
(décideurs, professionnels de santé, patients, chercheurs ...)

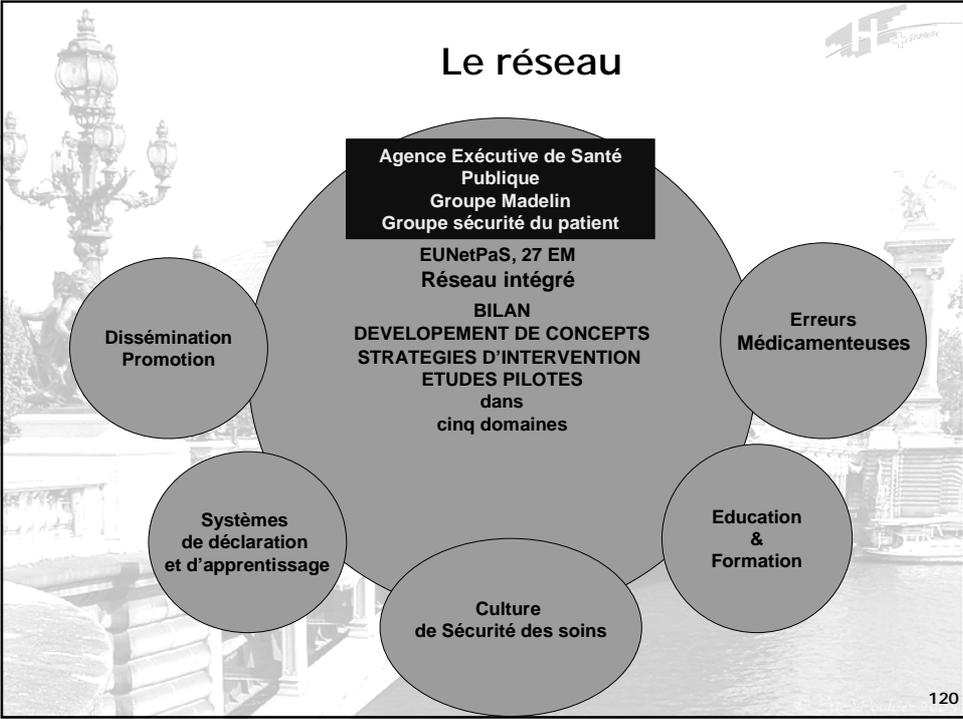
118

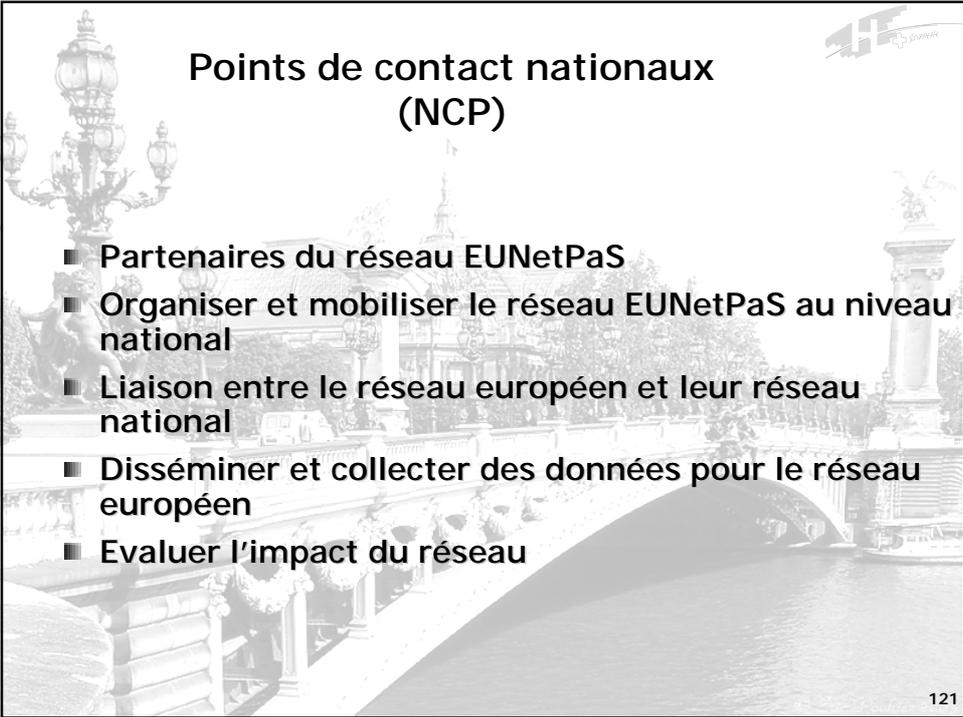


Coordination au niveau Européen

- EUNetPaS : Un réseau européen pour améliorer la sécurité des patients
- une plateforme européenne de collaboration entre :
 - *Etats Membres*
 - *Organisations Internationales*
 - *partenaires intéressés par la sécurité du patient (décideurs, professionnels de santé, patients, chercheurs ...)*

119

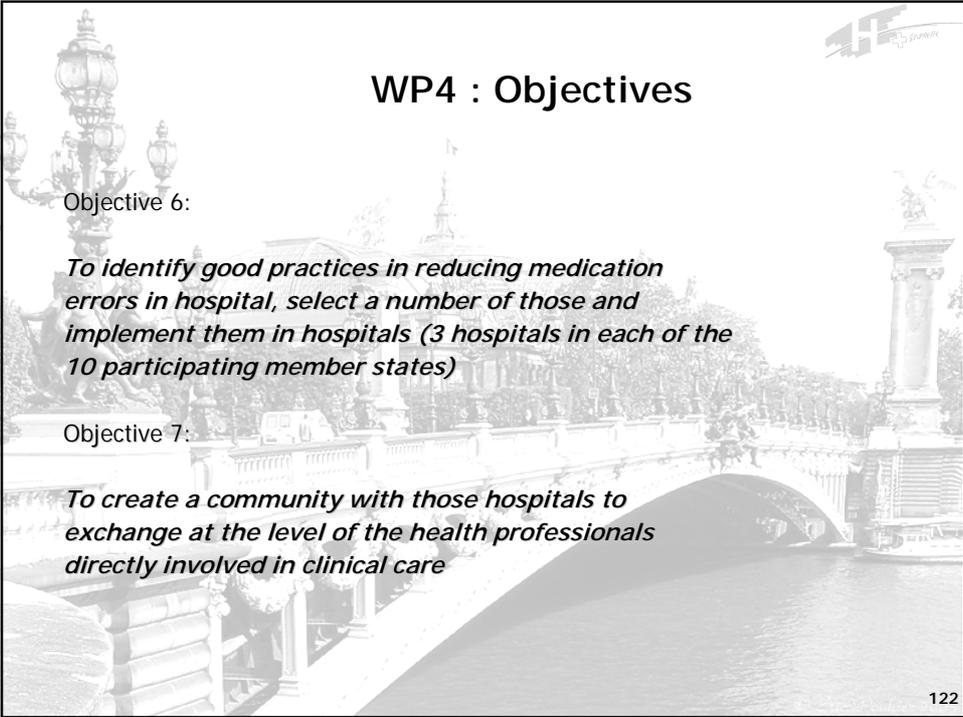




Points de contact nationaux (NCP)

- Partenaires du réseau EUNetPaS
- Organiser et mobiliser le réseau EUNetPaS au niveau national
- Liaison entre le réseau européen et leur réseau national
- Disséminer et collecter des données pour le réseau européen
- Evaluer l'impact du réseau

121



WP4 : Objectives

Objective 6:

To identify good practices in reducing medication errors in hospital, select a number of those and implement them in hospitals (3 hospitals in each of the 10 participating member states)

Objective 7:

To create a community with those hospitals to exchange at the level of the health professionals directly involved in clinical care

122



WP4 : Partners involved

- LEADER:
 - *HOPE (Européan federation of hospital)*
- CORE GROUP (6):
 - *Autiche, Belgique, Finlande, EFN (infirmières), PGEU (pharmaciens)*
- PILOT ENGAGEMENT (10):
 - *Lituanie, Danemark, Pays Bas, France, Portugal, Grèce, Irlande*

123



WP4 français

- HAS
- DHOS
- Conseil de l'ordre
- Afssaps
- CNAMTS
- Collectif europe et médicament
- Etablissements de santé

124



WP4 : missions

- Recensement et sélection des bonnes pratiques
 - *Couvrir les différentes étapes de la prise en charge*
 - *Implication des différents professionnels de santé*
 - *Faisabilité*
 - ✓ Transposabilité dans les Etats membres
 - ✓ Simple, peu couteuse, facile à mettre en oeuvre
- Transformations des bonnes pratiques en outils (méthode)
- Selection des hôpitaux participants
- Organisation des tests

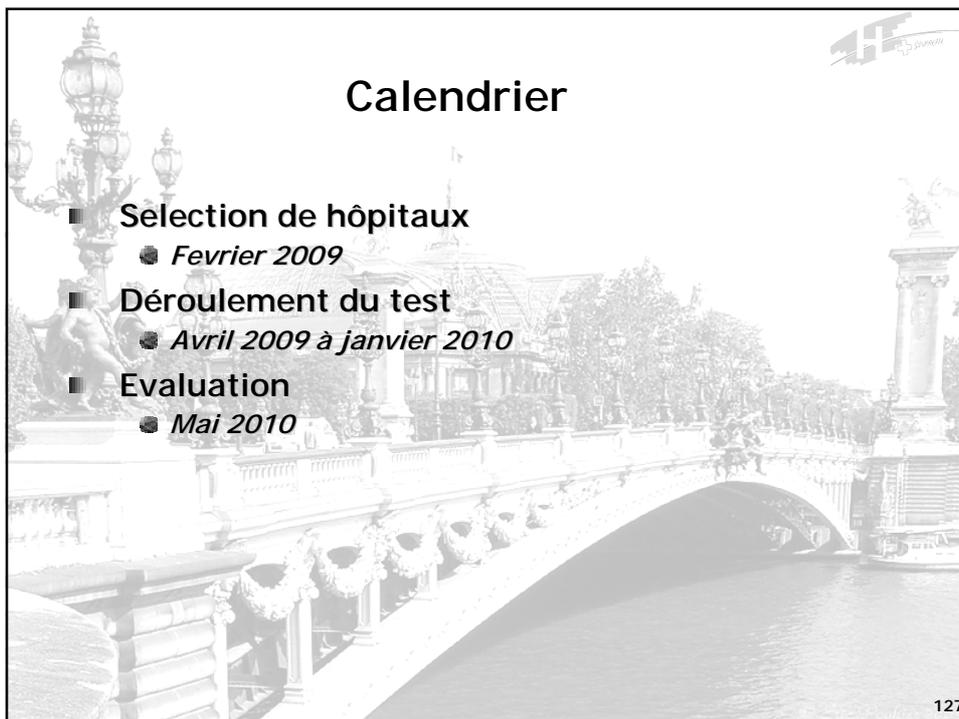
125



Les bonnes pratiques sélectionnées

- Port d'un gilet jaune pour éviter d'être dérangé pendant la préparation des médicaments dans l'unité (DK)
- « Réconciliation » des médicaments à la sortie et à l'entrée des patients (DK)
- Sécurité médicamenteuse pour une meilleure qualité de vie chez les personnes âgées (Suède)
 - *information éducation thérapeutique*
 - *Réduction des prescriptions d'hypnotiques et antidépresseurs*
- Compte rendu de traitement médicamenteux à la sortie pour le patient et les professionnels (suède)

126



Calendrier

- **Selection de hôpitaux**
 - *Fevrier 2009*
- **Déroulement du test**
 - *Avril 2009 à janvier 2010*
- **Evaluation**
 - *Mai 2010*

127



HAD et circuit du médicament

Mireille Jouannet – CHU Clermont-Ferrand

**Jean-Marc Trivier – OMEDIT Nord
Pas de Calais**

128



HAD

- Les structures d'HAD sont des établissements de santé sans hébergement
 - *Accréditation - certification*
 - *Sécurité et qualité des soins*
 - *Lutte contre les infections nosocomiales*
 - *Contrat de Bon Usage (propre pour les HAD sans PUI et avec PUI autonome)*
- Création soumise à autorisation
 - *5 ans*
 - *Renouvelable selon l'évaluation de l'activité*

129



HAD

- Objectif 2010 :
 - *Passer de 4739 places en 2002 à 15000 places en 2010*
- ATIH 2007 : 204 établissements
 - *92 publics*
 - *17 PSPH*
 - *75 publics non lucratifs*
 - *20 privés lucratifs*

130



HAD ET PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Différentes possibilités

- La structure d'HAD fait partie d'un établissement d'hospitalisation (55%)
- La structure d'HAD ne fait pas partie d'un établissement d'hospitalisation
 - Elle dispose d'une PUI (2%) : Santé Services IdF, Soins et Santé Lyon, Santé Service Angers, AURAL de Strasbourg (adossée à la PUI de la structure de dialyse)
 - Elle ne dispose pas d'une PUI (43%)

131



Structure d'HAD dépendant d'un établissement d'hospitalisation

- Les produits de santé sont fournis par la PUI de l'ES
- Pas d'intervention possible des pharmaciens d'officine

132

Structure d'HAD ne dépendant pas d'un établissement d'hospitalisation

Art L.5126-5

Art L.5126-2

■ HAD avec PUI

- *Les produits pharmaceutiques sont fournis par le pharmacien gérant de la PUI*
- *Convention possible avec d'autres PUI ou un établissement pharmaceutique pour assurer une partie de l'approvisionnement :*
 - ✓ spécialités pharmaceutiques reconstituées,
 - ✓ Préparations magistrales
 - ✓ Préparations hospitalières

133

Structure d'HAD ne dépendant pas d'un établissement d'hospitalisation (2)

Art R.5126-112

■ HAD sans PUI : approvisionnement

- *Les produits pharmaceutiques autres que les médicaments RH sont fournis*
 - ✓ Soit par une pharmacie d'officine sur commande écrite du médecin coordonnateur de l'établissement
 - ✓ Soit par la pharmacie d'officine ayant passé convention avec l'établissement
- *Les médicaments RH sont fournis par le laboratoire pharmaceutique, sur commande écrite*
 - ✓ Du médecin coordonnateur de l'établissement
 - ✓ Du pharmacien ayant passé convention avec l'établissement
- *Cas particulier*
 - ✓ Les prestataires de services sont autorisés à approvisionner les structures d'HAD en gaz pour usage médical (art R.5126-10)

134

Structure d'HAD ne dépendant pas d'un établissement d'hospitalisation (3)

Art L.5126-6

■ HAD sans PUI : dispensation

☛ *« lorsque les besoins pharmaceutiques d'un établissement mentionné à l'article L5126-1 ne justifient pas l'existence d'une pharmacie, des médicaments, produits ou objets ... destinés à des soins urgents peuvent, par dérogation aux articles L.5126-1 et L.5126-5, être détenus et dispensés sous la responsabilité*

- ✓ Du médecin coordonnateur de l'établissement
- ✓ Ou d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement

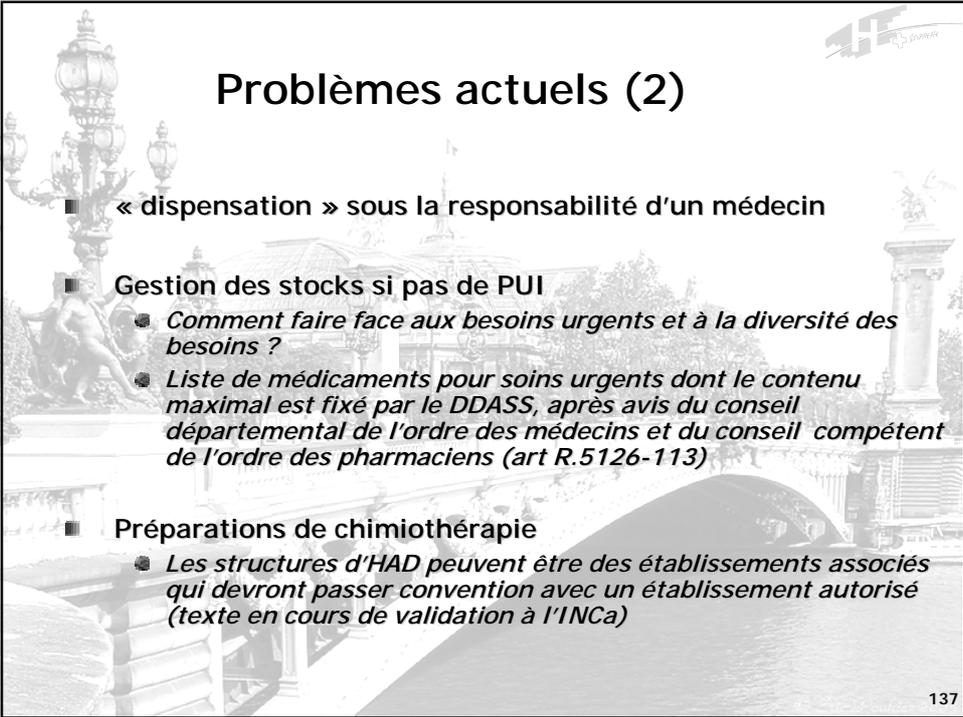
Après avis de l'autorité administrative et du conseil de l'Ordre des Pharmaciens

135

Problèmes actuels (1)

- **Unicité d'approvisionnement : gestion du médicament assurée soit par PUI, soit par officines**
 - ☛ *Difficultés d'organisation et surcoûts liés à la gestion d'une PUI*
 - ☛ *Complexité du circuit du médicament*
- **De nombreuses structures d'HAD sans PUI ont passé des conventions avec des centres hospitaliers pour l'approvisionnement en médicaments RH**
 - ☛ *Actuellement ces conventions n'ont pas de base légale*
- **Prescription des médicaments hospitaliers**
 - ☛ *par médecin traitant (seul prescripteur référent selon circulaire DHOS/O3/2006/506 du 01/12/2006 mais non hospitalier) ?*
 - ou
 - ☛ *par médecin coordonnateur (souvent libéral, assimilé hospitalier en tant que salarié de l'HAD et seulement habilité à prescrire en cas d'urgence absolue) ?*

136



Problèmes actuels (2)

- « dispensation » sous la responsabilité d'un médecin
- Gestion des stocks si pas de PUI
 - *Comment faire face aux besoins urgents et à la diversité des besoins ?*
 - *Liste de médicaments pour soins urgents dont le contenu maximal est fixé par le DDASS, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens (art R.5126-113)*
- Préparations de chimiothérapie
 - *Les structures d'HAD peuvent être des établissements associés qui devront passer convention avec un établissement autorisé (texte en cours de validation à l'INCa)*

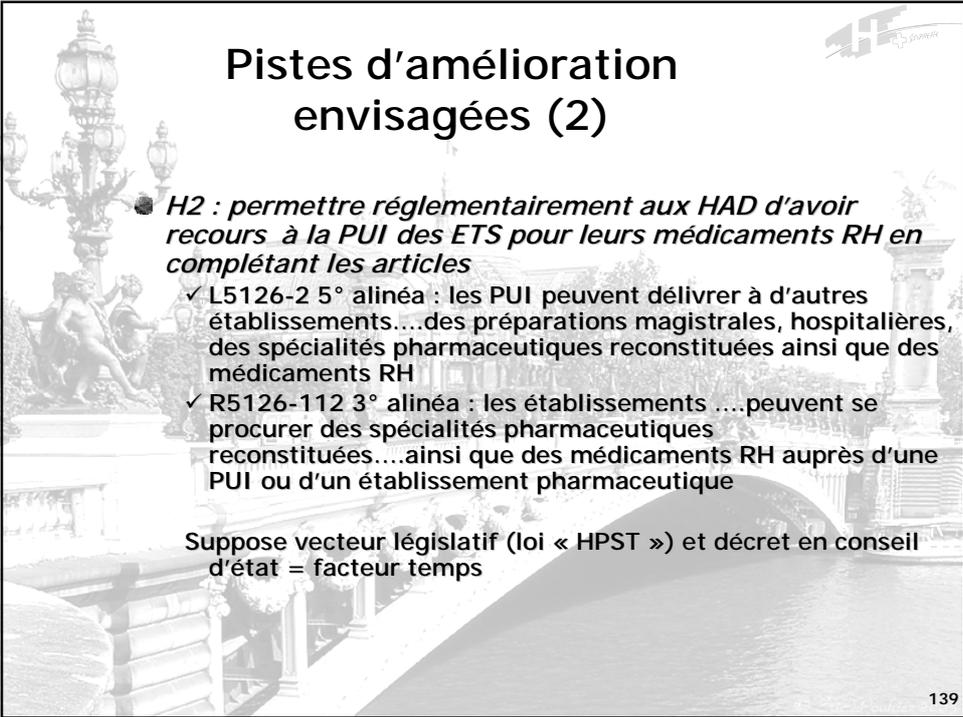
137



Pistes d'amélioration envisagées (1)

- Groupe de travail DHOS/CNOP sections A & H/conférence des DARH/conférence des PHIR/FNEHAD/réseau des OMÉDITs (5 novembre – 4 décembre 2008)
- Approvisionnement en médicaments de la réserve hospitalière pour les HAD sans PUI :
 - *H1: rappeler la réglementation aux laboratoires pharmaceutiques (Art R.5124-45 8° et Art R.5126-112 2° alinéa) qui permet la fourniture de médicaments RH pour besoins urgents sur commande écrite du pharmacien ou du médecin responsable au niveau de l'HAD de la détention et de la dispensation de ces médicaments*

138

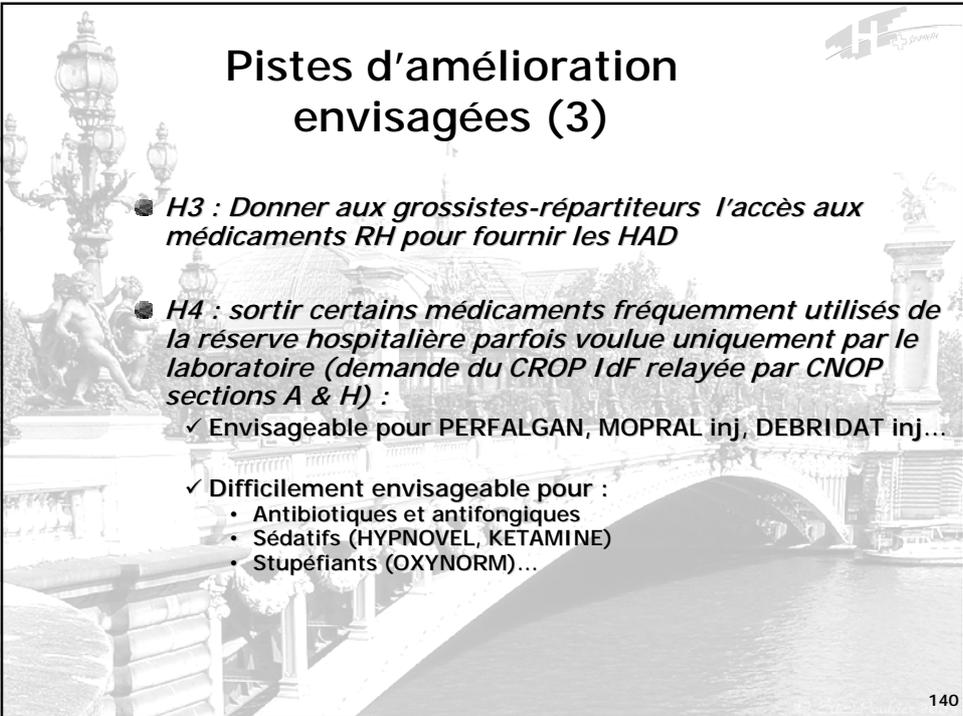


Pistes d'amélioration envisagées (2)

- **H2 : permettre réglementairement aux HAD d'avoir recours à la PUI des ETS pour leurs médicaments RH en complétant les articles**
 - ✓ L5126-2 5° alinéa : les PUI peuvent délivrer à d'autres établissements...des préparations magistrales, hospitalières, des spécialités pharmaceutiques reconstituées ainsi que des médicaments RH
 - ✓ R5126-112 3° alinéa : les établissementspeuvent se procurer des spécialités pharmaceutiques reconstituées....ainsi que des médicaments RH auprès d'une PUI ou d'un établissement pharmaceutique

Suppose vecteur législatif (loi « HPST ») et décret en conseil d'état = facteur temps

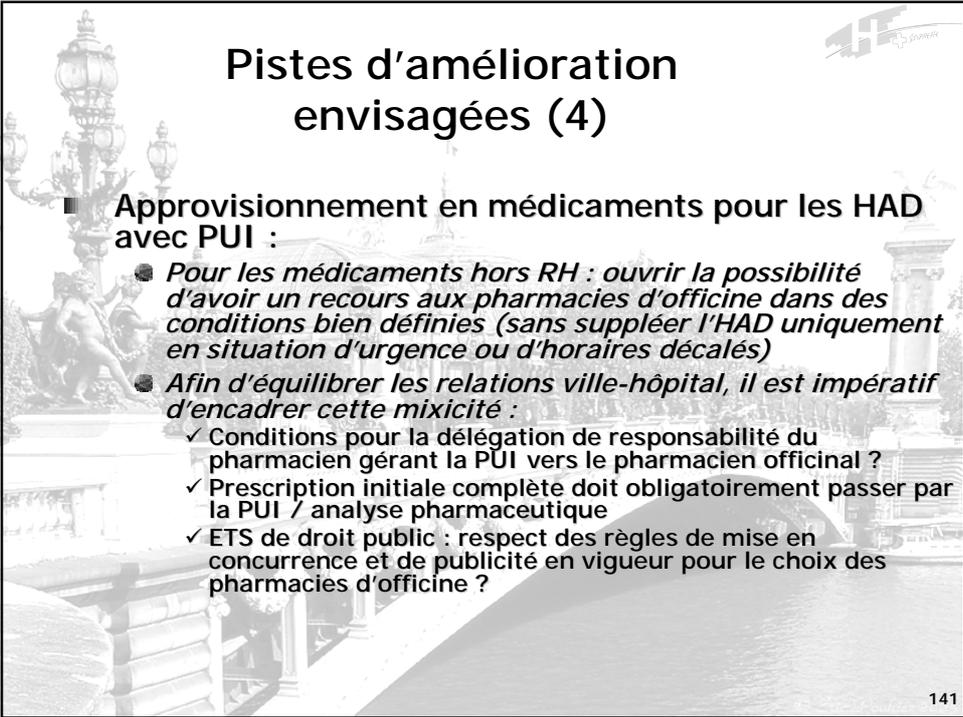
139



Pistes d'amélioration envisagées (3)

- **H3 : Donner aux grossistes-répartiteurs l'accès aux médicaments RH pour fournir les HAD**
- **H4 : sortir certains médicaments fréquemment utilisés de la réserve hospitalière parfois voulue uniquement par le laboratoire (demande du CROP IdF relayée par CNOP sections A & H) :**
 - ✓ Envisageable pour PERFALGAN, MOPRAL inj, DEBRIDAT inj...
 - ✓ Difficilement envisageable pour :
 - Antibiotiques et antifongiques
 - Sédatifs (HYPNOVEL, KETAMINE)
 - Stupéfiants (OXYNORM)...

140



Pistes d'amélioration envisagées (4)

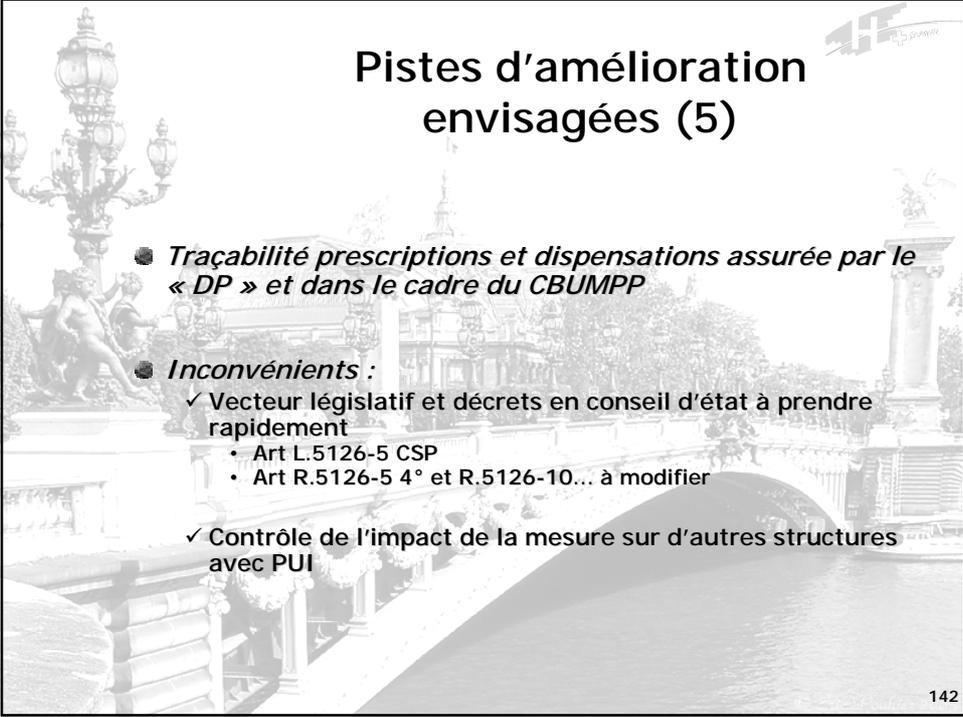
■ Approvisionnement en médicaments pour les HAD avec PUI :

- *Pour les médicaments hors RH : ouvrir la possibilité d'avoir un recours aux pharmacies d'officine dans des conditions bien définies (sans suppléer l'HAD uniquement en situation d'urgence ou d'horaires décalés)*

- *Afin d'équilibrer les relations ville-hôpital, il est impératif d'encadrer cette mixité :*

- ✓ Conditions pour la délégation de responsabilité du pharmacien gérant la PUI vers le pharmacien officinal ?
- ✓ Prescription initiale complète doit obligatoirement passer par la PUI / analyse pharmaceutique
- ✓ ETS de droit public : respect des règles de mise en concurrence et de publicité en vigueur pour le choix des pharmacies d'officine ?

141



Pistes d'amélioration envisagées (5)

- *Traçabilité prescriptions et dispensations assurée par le « DP » et dans le cadre du CBUMPP*

- *Inconvénients :*

- ✓ Vecteur législatif et décrets en conseil d'état à prendre rapidement
 - Art L.5126-5 CSP
 - Art R.5126-5 4° et R.5126-10... à modifier
- ✓ Contrôle de l'impact de la mesure sur d'autres structures avec PUI

142



Assemblée Générale SYNPREFH

30 janvier 2009

Traçabilité : Cadre réglementaire

Avis paru au Journal Officiel le 16 mars 2007

« En liaison avec les représentants des entreprises pharmaceutiques, l'AFSSAPS a retenu le principe du changement du code CIP de 7 à 13 caractères et du code à barres 39 vers l'EAN 128 (associé à un marquage Data Matrix ECC.200) selon le système EAN.UCC. »

Traçabilité : Cadre réglementaire

Obligations dans les transactions demain

L'article R. 5124-58 publié au JO du 24 août 2008 précise que
« ... pour chaque transaction d'entrée et de sortie doivent être conservées

- le numéro de lot
- et la date de péremption des différents lots ... »

« La sécurisation des informations ...justifie l'usage systématique de la voie informatique pour les transactions entre les différents opérateurs depuis la mise sur le marché jusqu'à la livraison aux destinataires autorisés. »

145

Cadre réglementaire Conséquences

Au niveau des opérateurs industriels :

- adaptation des chaînes de conditionnement des fabricants pour imprimer le Data Matrix
- adaptation des systèmes informatiques pour échanger l'Avis d'expédition (DESADV)

Au niveau des pharmacies d'Officine et des Pharmacies à usage intérieur des établissements de santé :

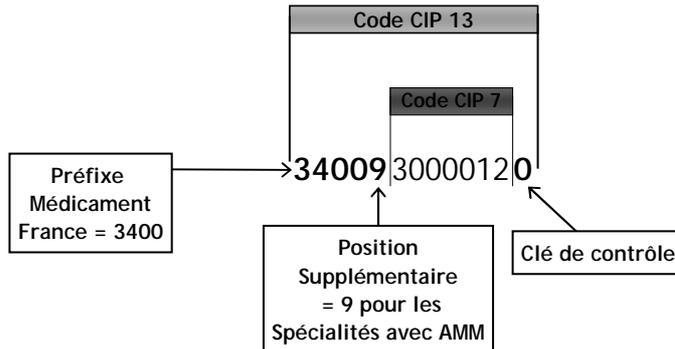
- adaptation des systèmes informatiques pour reconnaître le 13 caractères et échanger avec notamment vers les caisses d'assurance maladie

146

Cadre réglementaire Conséquences

Codification du CIP (Code Identifiant Présentation)

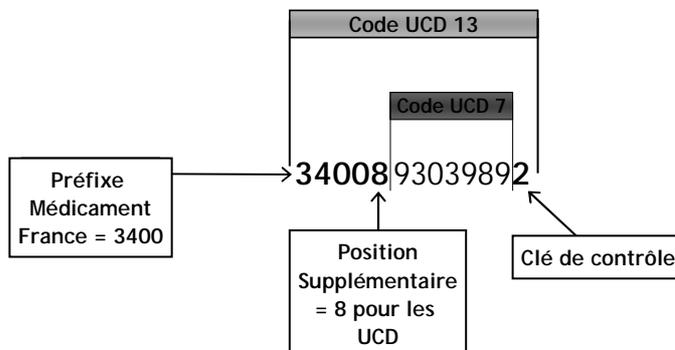
Passage du code AMM/CIP de 7 à 13 caractères
selon la structure de codification internationale GS1
Cette structure est pour le médicament



Cadre réglementaire Conséquences

Codification de l'UCD (Unité Commune Dispensation)

Passage du code UCD de 7 à 13 caractères
selon la structure de codification internationale GS1
Cette structure est pour l'UCD



Cadre réglementaire Conséquences

Traçabilité avec numéro de lot et la date de péremption associés au code produit

La norme internationale GS1-128 a été choisie pour associer ces informations

AI 1	Donnée 1	AI 2	Donnée 2	AI 3	Donnée 3
------	----------	------	----------	------	----------

01	Identification produit	17	Date de péremption	10	Numéro de lot
----	------------------------	----	--------------------	----	---------------

0 + Code CIP à 13 caractères

AAMMJJ

Max 20 caractères alphanumériques

FNC1	01	03400930000120	17	080710	10	2872
------	----	----------------	----	--------	----	------

010340093000012017080710102872

Le marquage retenu est le Data Matrix ECC200

Cadre réglementaire Conséquences

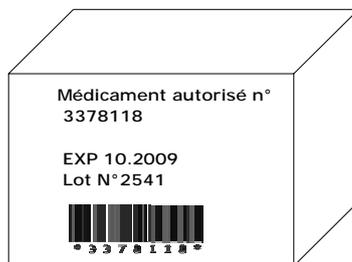
Imprimer en clair :

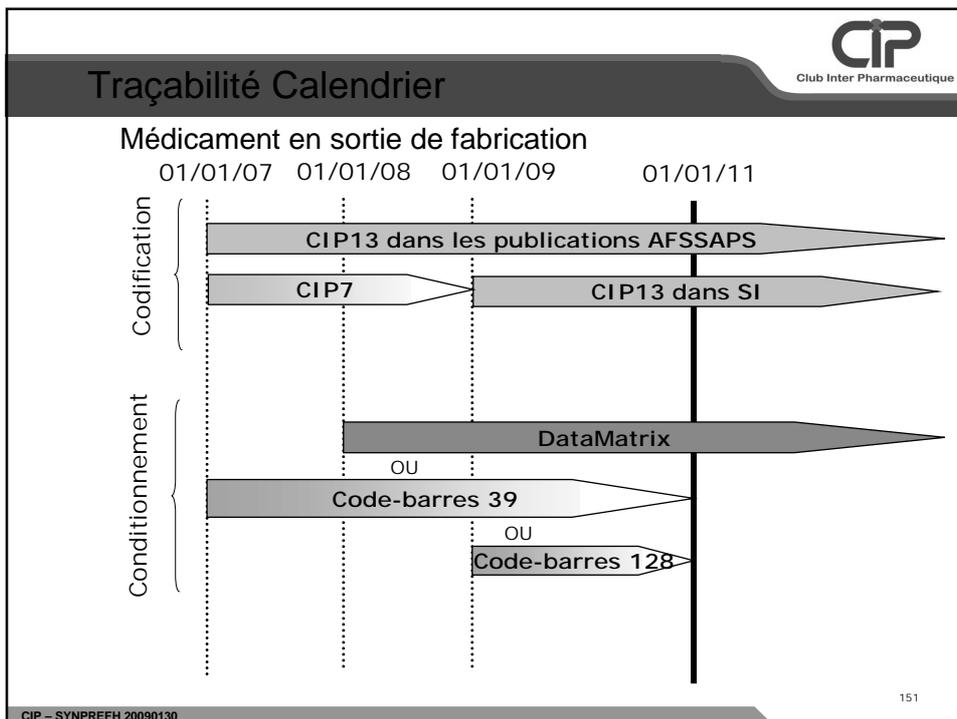
Actuellement
CIP7
Date de péremption
Numéro de lot

Code barre
Marquage linéaire

Prochainement
CIP13
Date de péremption
Numéro de lot

Data Matrix
Marquage bidimensionnel





CIP
Club Inter Pharmaceutique

Cadre réglementaire Conséquences

Mise à disposition par le CIP sur le site www.ucdcip.org
des tables de correspondance

CIP7 - CIP13
et
UCD7 - UCD13

152

CIP – SYNPREFH 20090130



Club Inter Pharmaceutique

Diffusion des UCD

Création du site www.ucdcip.org

à la demande de la DHOS

pour les hospitaliers et les fabricants

153

CIP – SYNPREFH 20090130



Site hospitalier

Club Inter Pharmaceutique

[Association](#)
[Actualités](#)
[Base UCD](#)
[Recommandations](#)

[> Actualités](#)

Le Club Inter Pharmaceutique

Le Club Inter-Pharmaceutique, association loi 1901 à vocation technique regroupe les fabricants, les répartiteurs et les dépositaires ainsi que les organisations patronales ou professionnelles de la pharmacie d'officine et des pharmaciens hospitaliers.

Le CIP développe la **codification** des médicaments tant pour les présentations (**code CIP**) en lien avec l'AFSSAPS, que pour les unités communes de dispensation utilisées à l'hôpital (**code UCD**). Le CIP travaille également sur la symbolisation des codes et la **normalisation** des opérations commerciales et logistiques.

ACTUALITÉS

- [↳ Les rencontres CIP](#)
- [↳ CIP13-UCD13 calcul de la clé de contrôle](#)
- [↳ L'évolution de la Codification et de la Traçabilité : Avis publié au Journal Officiel de décembre 2007](#)
- [↳ Le code UCD retenu comme norme d'échange à l'hôpital par le Ministère de la Santé](#)
- [↳ Charte Transport](#)

Les rencontres CIP

Les Rencontres CIP ont eu lieu les 12 & 13 mars 2008 au Musée DAPPER (PARIS 16ème).

CIP13-UCD13 : calcul de la clé de contrôle

Pour connaître la méthode de calcul de vos CIP13-UCD13, [cliquez ici](#)

L'évolution de la Codification et de la Traçabilité : Avis publié au Journal Officiel

▶ Accès

Cette section donne accès aux bases de données du CIP pour les établissements de santé.

Login :

Mot de passe :

[Inscription](#)

[Mot de passe oublié ?](#)

OK

▶ Agenda

▶ Lexique

▶ Suggestions et remarques

info@ucdcip.org

AGENDA

28 Janvier 2009

10h à 13h Réunion HOP-FAB

Site hospitalier

Club Inter Pharmaceutique

Association Actualités Base UCD Recommandations

> Actualités

Espace privatif

Cet espace vous permet de consulter la base UCD et les recommandations, en cliquant sur le menu en haut de page.

Dans la suite de l'accord d'échange d'information signé entre l'AFSSAPS et le CIP en 2007 et en accord avec l'AFSSAPS nous avons mis en place, pour chaque spécialité, un lien vers l'extrait du Répertoire des Spécialités du site Internet de l'AFSSAPS. En utilisant ce lien vous accédez directement à la page correspondante du site Internet de l'AFSSAPS. Le contenu et la mise à jour de ces fiches produits sont assurés exclusivement par l'AFSSAPS.



Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

La dernière actualisation des données date du : 29/01/2009.

ACTUALITÉS

- > La table de Correspondance CIP7-CIP13 et UCD7-UCD13
- > Les rencontres CIP
- > CIP13-UCD13 calcul de la clé de contrôle
- > L'évolution de la Codification et de la Tracabilité : Avis publié au Journal Officiel
- > L'évolution de la Codification et de la Tracabilité : Point à l'Assemblée Générale de décembre 2007
- > Le code UCD, nouvelle norme d'échange à l'hôpital par le ministère de la Santé
- > Charte Transport

Bienvenue Agnès Vabois

Agenda

Lexique

Déconnexion

Suggestions et remarques

info@ucdciip.org

AGENDA

28 Janvier 2009

10h à 13 h Réunion HOP-
FAB

ucd7_ucd13 20081215.txt - Bloc-notes

Fichier Edition Format Affichage ?

```

9000013; 3400890000130
9000036; 3400890000369
9000042; 3400890000420
9000059; 3400890000598
9000065; 3400890000659
9000071; 3400890000710
9000088; 3400890000888
9000094; 3400890000949
9000102; 3400890001021
9000119; 3400890001199
9000131; 3400890001311
9000154; 3400890001540
9000160; 3400890001601
9000177; 3400890001779
9000183; 3400890001830
9000208; 3400890002080
9000214; 3400890002141
9000220; 3400890002202
9000237; 3400890002370
9000243; 3400890002431
9000266; 3400890002660
9000272; 3400890002721
9000289; 3400890002899
9000295; 3400890002950
9000303; 3400890003032
9000326; 3400890003261
9000332; 3400890003322
9000349; 3400890003490
9000355; 3400890003551
9000361; 3400890003612
9000378; 3400890003780
9000390; 3400890003902
9000409; 3400890004091
9000421; 3400890004213

```

Site hospitalier

Club Inter Pharmaceutique

[Association](#) / [Actualités](#) / [Base UCD](#) / [Recommandations](#)

> Offres et services / Base UCD / Critère et dates

[Critère simple](#) / [Critère et dates](#) / [Classes ATC](#) / [Mes recherches](#) / [Mes paramètres](#)

↳ Recherche - Critère et dates

Indiquez votre critère de recherche :

Libellé UCD

Saisissez le mot clé ou la valeur recherchée dans ce critère :

Affiner la recherche pour la période comprise :

Entre le (jj/mm/aaaa) :

et le (jj/mm/aaaa) :

au sujet de l'information :

Nombre de lignes à afficher par page :

Nombre maximum de résultats à retourner :

Cochez la case pour ne pas afficher les UCD supprimés :

Utiliser la personnalisation de l'affichage des colonnes :

Site hospitalier

Club Inter Pharmaceutique

[Association](#) / [Actualités](#) / [Base UCD](#) / [Recommandations](#)

> Offres et services / Base UCD / Résultat

[Critère simple](#) / [Critère et dates](#) / [Classes ATC](#) / [Mes recherches](#) / [Mes paramètres](#)

BAS DE PAGE

↳ Navigation/Options

- ↳ Modifier la recherche
- ↳ Nouvelle Recherche
- ↳ Exporter en CSV
- ↳ Exporter en Excel
- ↳ Enregistrer ma recherche
- ↳ Imprimer
- ↳ Personnaliser l'affichage des colonnes
- ↳ Alerte

↳ Résultat de la recherche

Votre recherche : Date de commercialisation de l'UCD comprise entre le '09/12/2008' et le '16/12/2008' : 74 UCD affichée(s) sur 74 trouvée(s)

Page 1 / 1

Lib. UCD	UCD7	UCD13	Laboratoire	Commercialisation	Remplaçant (UCD13)
ACEBUTOLOL RBX 200MG CPR	9317321	3400893175149	RANBAXY PH.GEN	15/12/2008	
ACID.ALENDRONIQ.ALT 70MG CPR	9312126	3400893121269	ALTER	09/12/2008	
AMOXICILLINE RBX 500MG GELU	9319393	3400893193938	RANBAXY PH.GEN	12/12/2008	
BETAMETHASONE ARW 2MG C.DISP	9322515	3400893225158	ARROW GENERIQUE	09/12/2008	
BETAMETHASONE ARW0.05% BLUV30ML	9323555	3400893235553	ARROW GENERIQUE	16/12/2008	
BICALUTAMIDE ACT 50MG CPR	9296410	3400892964102	TORLAN	12/12/2008	
CALCIUM FOL.WTR 50MG INJ FL	9310073	3400893100738	SANOFI AVENTI.F	15/12/2008	3400891619287
CEFPODOXIME EG ENF/88 FP100ML	9321504	3400893215043	EG LABO	10/12/2008	
CEFTAZIDIME ACT 0.5G INJ FL	9298550	3400892985503	TORLAN	12/12/2008	
CEFTAZIDIME ACT 1G INJ FL	9298567	3400892985671	TORLAN	12/12/2008	
CEFTAZIDIME ACT 2G INJ FL	9298573	3400892985732	TORLAN	12/12/2008	
CIPROFLOX.MKG.200MG/100ML POC	9314846	3400893148464	MYLAN	16/12/2008	3400892597744

Site UCDCIP : alerte 20080424000025

CIP [info@cipclub.org]

À : VABOIS Agnes

 Pièces jointes :  UCDCIP_20080424000025_20090120_064607.csv (663 o)

Bonjour Agnès Vabois,

 Voici le résultat de l'alerte 20080424000025 que vous avez demandée sur le site <http://www.ucdcip.org>

Recherche UCD ayant été remplacée par une autre UCD entre le '19/01/2009' et le '19/01/2009' : 1 UCD affichée(s) sur 1 trouvée(s)

Date: 20/01/2009 à 06:46:07

Cordialement,

Le Club Inter-Pharmaceutique

Sup.	Lib. UCD	UCD13	UCD7	Laboratoire	Remplacé par (UCD13)	CIP7	Agr. coll.	Remplacé par (UCD7)
	CALCIUM D3 TVC.500MG CPR	3400892447261	9244726	TEVA CLASSICS	3400892508856		DÉFINITIF	9250885

 Evolution du code CIP **Points à valider localement**

- ✚ Informer les Directions des services informatiques.
- ✚ Faire le point de l'ensemble des outils informatiques locaux qui gèrent des codes UCD et CIP (GEF, prescription, traçabilité, dispensation, gestion de stock ...).
- ✚ Vérifier si les interlocuteurs SSI locaux sont informés.
- ✚ Vérifier dans quels délais les SSI locales sont en mesure de répondre techniquement à cette évolution.
- ✚ S'assurer au sein de groupes projets que les futurs outils sont "GS1 compatibles".
- ✚ Vérifier que les outils de lecture sont capables de lire ce type de marquage.
- ✚ Envisager les modalités d'intégration automatique de ces informations aux outils locaux (interopérabilité, flux avec la base CIP, CIO...)

Evolution du code CIP (boîte) :

- ✚ Mesurer l'impact local de l'évolution de ce code.
- ✚ Les outils sont ils capables de gérer la transcodification durant plusieurs années (code interne / CIP7 / CIP-GS1-13).
- ✚ Les outils sont ils capables d'intégrer et utiliser l'information qui sera intégrée dans le GS1-128 (date de péremption, numéro de lot...).

Evolution du code UCD (unité consommable) :

- ✚ Mesurer l'impact local de l'évolution de ce code.
- ✚ Pas d'évolution à ce jour, donc pas d'impact immédiat.
- ✚ Mais une probable / nécessaire évolution dans les mois ou années à venir.

Evolution des codes / DM :

- ✚ Utiliser la démarche actuelle dans le domaine des médicaments pour renforcer l'incitation des fournisseurs de dispositifs médicaux à mettre en œuvre cette codification compatible avec nos contraintes sanitaires et comptables.