



## Assemblées Générale et Syndicale du SYNPREFH

Mardi 10 mai 2005  
9 h 30 - 12 h 00  
14 h 15 - 16 h 15

1



## Rapport activité du Bureau national

2



## Rapport d'activité du BN

- **Fonctionnement du Bureau national**
  - 11 réunions plénières du Bureau
  - 4 réunions téléphoniques
  - 2 assemblées syndicales
  - 2 réunions des délégués régionaux
  - 2 réunions du comité stratégique
  - 15 réunions régionales

3



## Rapport d'activité du BN

- **INPH**
  - 5 réunions du CA
  - 1 assemblée générale
  - 2 réunion de préparation aux élections
  - Réunions régionales
  - Participation aux groupes de travail Hôpital 2007
    - 7 réunions comité de suivi du projet de gouvernance
  - Participation aux négociations statutaires
- **AEPH**
  - Participation aux réunions de Bureau et au congrès

4



## Rapport d'activité du BN

- **Représentations officielles et participation à des groupes de travail**
  - Conseil supérieur des hôpitaux
    - Aucune réunion
  - Conseil supérieur de la Pharmacie
    - 2 réunions
  - Commission statutaire nationale
    - Réunion de préparation, conseils aux candidats, information sur les avis

5



## Ministère de la Santé

- 3 rencontres avec le cabinet du ministre
- 3 réunion plénières de négociation statutaires
- 1 réunion INPH avec le cabinet du ministre
- 3 rencontre avec le directeur de la DHOS
- Réunions diverses :
  - Bilan anticipé de la gouvernance, comité régional du médicament, cahier des charges des bases de données sur le médicament

6



### ● AFSSaPS

- *Rencontre avec le directeur M. Marimbert*
- *Réunions sur la prévention de l'iatrogénie avec les responsables des CRPV*
- *Réunion sur l'accord-cadre et le bon usage des antibiotiques*
- *Participation aux journées de l'AFSSaPS*

7



### Autres activités syndicales

#### ● Contacts syndicaux et associatifs

- *SNPHPU*
  - Congrès
- *FNSIP*
  - Participation à l'assemblée générale
- *SPISP*
  - 2 réunions avec le syndicat des pharmaciens inspecteurs de santé publique
- *ANPPH*
  - Rencontre avec la Présidente
  - Participation aux journées de l'ANPPH à Beaune

8



#### ● Ordre national des Pharmaciens

- *Participation aux journées de l'Ordre*
- **CNHIM**
  - *Participation au bureau et au CA*
- **CLADIMED**
  - *Participation au CA*
- **FHF**
  - *Participation à une table-ronde*
    - Etude nationale des coûts - de la prescription à la tarification
  - *Réunion sur les pôles de santé*

9



### Quelques chiffres

#### ● Questions adhérents

- *160 fiches questions traitées*

#### ● Synprefh-Net

- *2001 : 56*
- *2002 : 74*
- *2003 : 63*
- *2004 : 100*
- *2005 : 45 à ce jour. . .*

10



### Nouveaux Délégués Régionaux

#### ● Bourgogne Franche-Comté

- *Aline LAZZAROTTI*
- *CHU Dijon*
- **Bretagne**
  - *Eric JOBARD*
  - *CH Saint-Brieuc*
- **Centre**
  - *Elisabeth BROUSSARD*
  - *CH Issoudun*

11



### Représentativité du SYNPREFH

	Section Dh inscrits	% adhérents SYNPREFH
PH Temps plein	1 312	59
PH temps partiel	554	17
Assistants	461	24
Attachés	343	6

12



## Elections statutaires

- **SYNPREFH et commission statutaire nationale**
  - 4 sièges sur 6 (69.5% des voix)
- **SYNPREFH et conseil de discipline**
  - 4 sièges sur 6 (68.9% des voix)

13



## Liste SYNPREFH pour l'élection à la COMMISSION STATUTAIRE NATIONALE

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| ● Armelle Develay         | CHU de Nîmes         |
| ● Pascal Poncet           | CH de Montélimar     |
| ● Marie - Hélène Guignard | CHU de Dijon         |
| ● Jean - Louis Vaillieu   | CHS de Dijon         |
| ● Anne - Marie Liebbe     | CH de Compiègne      |
| ● Hélène Barreteau        | CH de Saint-Cloud    |
| ● Pascale Avot            | CH de Creil          |
| ● Pascal Odou             | CH de Dunkerque      |
| ● Pascal Paubel           | CH Sainte Anne Paris |
| ● Sandra Wisniewski       | CHU de Strasbourg    |
| ● Jean - Yves Hissette    | CH de Vannes         |
| ● Robert Malhuret         | CH de Moulins        |

14



## Liste SYNPREFH pour l'élection au CONSEIL DE DISCIPLINE

- |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| ● Armelle Develay       | CHU de Nîmes              |
| ● Jean - Louis Vaillieu | CHS de Dijon              |
| ● Stéphane Antignac     | CH de Cahors              |
| ● Jean-Claude Maupetit  | CHU de Nantes             |
| ● Mariannick Le Bot     | CHU de Brest              |
| ● Christian Cornette    | CHU de Besançon           |
| ● Mireille Jouannet     | CHU de Clermont-Ferrand   |
| ● Guy Lebouvier         | CHU de Caen               |
| ● Pierre Faure          | Hôpital Saint-Louis Paris |
| ● Marie-Agnès Urbina    | CH de Valenciennes        |
| ● Pierre Plocco         | CHU d'Orléans             |
| ● Denis Brossard        | CH Saint-Germain en Laye  |

15



## Elections statutaires

- **Voter et faire voter**
  - Médecins
  - Collègues
- **Moment crucial**
  - Avenir de la profession
  - Conférences contre syndicats
- **Affirmer la représentativité**
  - Des praticiens hospitaliers
  - Du SYNPREFH

16



## Gouvernance

17



## Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005

Simplifiant  
le régime juridique  
des établissements de santé

18



## Décret n°2005-421 du 4 mai 2005

Portant diverses propositions  
relatives au fonctionnement  
des établissements de santé

19



## Projets de décret

- Décret relatif aux CA, aux CME et aux CTE des établissements publics de santé



20



## Projets de décret

- Décret relatif aux conseils de pôles et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé



21



## Ordonnance simplifiant le régime juridique des eds

- Dispositions relatives à la réforme des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé
- Dispositions relatives à l'organisation hospitalière et universitaire
- Dispositions financières
- Dispositions relatives aux centres de lutte contre le cancer
- Dispositions relatives à certains personnels de la fonction publique hospitalière
- Dispositions diverses

22



## Conseil d'administration L.6143-1

- Arrête
  - la politique générale de l'établissement
  - sa politique d'évaluation et de contrôle
- Délibère après avis de la CME et du CTE sur
  - Projet d'établissement et COM
  - Politique d'amélioration continue de la qualité
  - Conditions de prise en charge des patients
  - EPRD et modifications...
  - Plan de redressement éventuel
  - Résultats d'exploitation, bilan social

23



## Conseil d'administration L.6143-1

- Délibère après avis de la CME et du CTE sur
  - Organisation en pôles d'activités et autres structures
  - Politique de contractualisation interne
  - Politique sociale et modalités d'une politique d'intéressement
  - Réseaux de santé et coopérations
  - Acquisitions immeubles, baux...
  - Convention constitutive des CHU
  - Règlement intérieur

24



### Projet d'établissement L. 6143-2

- Définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'eds
- Prend en compte les objectifs de formation, recherche et gestion
- Détermine le système d'information de l'eds
- Comporte
  - Un projet de prise en charge des patients cohérent / projets médical et SIRMT
  - Un projet social
- Compatible avec les objectifs du SOS

25



### Projet d'établissement L. 6143-2

- Définit dans le cadre des territoires de santé la politique de l'eds en matière
  - de participation aux réseaux de santé
  - d'actions de coopération
- Pour réaliser les objectifs, il prévoit les moyens nécessaires
  - d'hospitalisation
  - de personnel
  - d'équipement
- Comprend
  - les programmes d'investissement
  - le plan de financement pluriannuel

26



### Conseil d'administration L. 6143-3

- En cas de situation financière dégradée (définie par décret), le DARH peut
  - Demander au CA de présenter un plan de redressement
  - À défaut de plan adapté, mettre en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées
- Si mise en demeure sans effet après 2 mois ou plan de redressement inefficace...

27



### Conseil d'administration L. 6143-3

- ...le DARH peut, par décision motivée, placer l'établissement sous l'administration provisoire des conseillers généraux des établissements de santé
  - ≤ 12 mois renouvelable une fois
  - Attributions du CA et/ou du directeur assurées par les administrateurs provisoires
  - +/- suspension du conseil exécutif
  - Les administrateurs provisoires informent régulièrement le CA des mesures prises

28



### Conseil d'administration R. 714-2-28

- Informé de la réalisation des objectifs
  - par indicateurs de résultats
  - évolution de l'activité
  - suivi de l'exécution des EPRD
- Peut décider la mise en place
  - d'un comité d'audit
    - en cas d'écart important entre objectifs et résultats sur projet d'établissement et COM
    - ou à la demande de la CME ou du CTE
  - puis d'un plan de redressement

29



### Conseil exécutif L. 6143-6-1

- Présidé de droit par le directeur
- Associant à parité
  - Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci
  - Le P de CME et des praticiens désignés par celle-ci
    - dans le respect des équilibres internes
    - au moins la moitié de responsables de pôles
  - et dans les CHU
    - le directeur de l'UFR ou le président du CCEM
    - le président du CRBS (voix consultative)

30



## Conseil exécutif

L.6143-6-1

- Le directeur a voix prépondérante en cas de partage égal des voix
- Nombre de membres fixé par décision conjointe (limites fixées / décret)
  - du directeur
  - du P de CME
- Si P de CME est le directeur de l'UFR ou le P de la CCEM
  - ⇒ la CME désigne un membre pour le remplacer

31



## Rôle du conseil exécutif

L.6143-6-1

- **Projet d'établissement et COM**
  - prépare les mesures nécessaires à leur élaboration et à leur mise en œuvre
  - en coordonne et en suit l'exécution
- Prépare le projet médical et les plans de formation et d'évaluation
- Contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement
- Donne un avis sur la nomination des responsables de pôles cliniques et médico-techniques et des chefs de service

32



## Conseillers généraux

L.6141-7-2

- **Conseillers généraux des établissements de santé placés auprès du ministre**
  - Fonctionnaires de catégorie A
  - Praticiens titulaires
  - Personnalités hospitalières ou de santé publique
- Propositions sur l'amélioration
  - du fonctionnement des établissements
  - de leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat
- Enquêtes sur la gestion administrative et financière des établissements

33



## Conseillers généraux

L.6141-7-2

- Missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion demandées par les établissements au ministre
- Administration provisoire d'un hôpital public à la demande du DARH
- Financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés



34



## CME

L.6144-1

- Créée dans chaque établissement public de santé
- Dotée de compétences consultatives et appelée à prendre des décisions dans des matières et selon des conditions fixées par voie réglementaire
- Comporte au moins une sous-commission spécialisée
  - Créée par le RI
  - Membres désignés par la CME et experts médicaux ou non médicaux
  - Participe à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins...

35



## CME

L.6144-1

- ...notamment en ce qui concerne :
  - le dispositif de vigilance / produits de santé
  - la lutte contre les infections nosocomiales
  - la définition de la politique du médicament et des DMS et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes
  - la prise en charge de la douleur



36



## Modification de la loi sur les PUI par l'ordonnance

- L'article L. 5126-5 est complété
  - Dans les établissements publics de santé, la CMDMS est constituée par la sous-commission créée en vue d'examiner la définition de la politique du médicament et des DMS et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes
  - Sa composition, son organisation et ses règles de fonctionnement sont fixées par le RI de l'établissement

37



## CME projet de décret



- Consultée pour avis sur
  - Projet d'établissement et COM
  - Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
  - Conditions de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences
  - Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et modifications...
  - Plan de redressement éventuel
  - Résultats d'exploitation, bilan social

38



## CME projet de décret



- Consultée pour avis sur
  - Organisation en pôles d'activités et autres structures
  - Politique de contractualisation interne
  - Politique sociale et modalités d'une politique d'intéressement
  - Réseaux de santé et actions de coopérations
  - Acquisitions immeubles, baux...
  - Convention constitutive des CHU
  - Règlement intérieur

39



## CME projet de décret

- Prépare avec le conseil exécutif le projet médical qui définit les objectifs médicaux, compatibles avec le SOS, dont l'organisation en pôles et autres structures
- Organise la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles
- Avis sur
  - projets de SIRMT
  - fonctionnement des pôles non médicaux / qualité des soins ou santé des malades
  - nomination des responsables de pôles médicaux
- Régulièrement informée
  - situation budgétaire
  - effectifs prévisionnels et réels
  - création, suppression, transformation / postes PH

40



## CME projet de décret

- À défaut de compétences internes l'établissement peut désigner comme membres de sous-commission des experts exerçant au sein d'autres établissements mis à disposition / action de coopération
- Délibération des sous-commissions / rapport d'activité et programme annuel d'actions en présence de représentants des usagers
- Mise en place de sous-commission ≤ 31/12/05

41



## Comité d'établissement L. 6144-6-1

- Le CA peut décider, après avis conforme de la CME et du CTE, de constituer à titre expérimental pour une durée de 4 ans
  - un comité d'établissement se substituant à ces deux instances
- Composition à parité
  - représentants désignés par la CME
  - représentants désignés par le CTE
- Le directeur préside le comité

42



## Contractualisation interne

L. 6145-16

- Avec les pôles d'activité
  - *Négociation puis cosignature*  
Directeur + P de CME / responsable du pôle
  - *Définit*
    - ➔ Objectifs d'activité, de qualité et financiers
    - ➔ Moyens et indicateurs de suivi
    - ➔ Modalités d'intéressement aux résultats de leur gestion
    - ➔ Conséquences en cas d'inexécution du contrat
  - *Evaluation annuelle / objectifs assignés*
    - ➔ Modalités et critères définis par le CA
  - *Délégation de gestion sur décision du directeur*

43



## Organisation interne

L. 6146-1

- Les établissements de santé définissent librement leur organisation interne
- Le CA définit leur organisation en pôles (sauf hôpitaux locaux)
  - *sur proposition du conseil exécutif*
  - *conformément au projet médical*
  - *+/- structures internes*
    - ➔ identifiées par leur activité ou leur organisation
    - ➔ prise en charge médicale
    - ➔ mise au point de protocoles médicaux
    - ➔ enseignement et recherche
    - ➔ évaluation des pratiques
- Secteur psychiatrique peut constituer un pôle

44



## Conseil de pôle

L. 6146-2

- Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle dont
  - *Les attributions*
  - *La composition*
  - *Le mode de fonctionnement*
 sont fixés par décret



45



## Conseil de pôle projet de décret

- Permet l'expression des personnels
- Favorise les échanges d'information/moyens afférents au pôle
- Participe à l'élaboration du contrat interne, du projet et du rapport d'activité du pôle
- Proposition sur fonctionnement du pôle
  - *permanence des soins, tableaux de service*
- Composé
  - *membres de droit*
  - *collèges médecins et personnels*
- Organisation et fonctionnement fixés par RI

46



## Responsable de pôle

L. 6146-3

- Praticien titulaire inscrit par le ministre sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle
- Conditions d'inscription sur la liste définies par décret
- Nommé par le directeur et le P de CME
- Dans les CHU décision conjointe avec le directeur d'UFR ou le P du CCEM
- Si désaccord nomination par le CA
- Le CA définit la durée des mandats
- Les responsables des pôles non médicaux sont nommés par le directeur

47



## Responsable de pôle

R. 714-21

- Nomination après avis
  - *Du conseil de pôle restreint aux médecins, odontologistes et pharmaciens*
  - *De la CME*
  - *Du conseil exécutif*
  - *Dans les CHU*
    - ➔ Du conseil d'UFR
    - ➔ Du président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique



48



## Responsable de pôle L. 6146-6

- Met en œuvre la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle
  - Organise le fonctionnement technique du pôle
  - Autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement
  - Assisté par
    - ↳ cadre administratif
    - ↳ sage-femme cadre ou cadre de santé
    - ✳ pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leur compétence

49



## Responsable de pôle L. 6146-6

- Elabore un projet de pôle avec le conseil
  - Organisation générale
  - Orientations d'activité
  - Actions pour développer
    - ↳ la qualité
    - ↳ l'évaluation des soins
- Fournit au directeur et au P de CME les éléments d'activité et d'évaluation
  - Avancement du projet
  - Evaluation de la qualité des soins

50



## Chef de service et autres... L. 6146-4 et L. 6146-5

- Chef de service
  - Praticien titulaire nommé par le ministre sur une liste nationale d'habilitation à diriger les services
  - Conditions d'inscription sur la liste définies par décret
  - Décision conjointe du directeur et du P de CME
  - Dans les CHU décision cosignée par le directeur d'UFR
- Autre responsable
  - Nommé par le responsable du pôle
- Chef de service et autre responsable
  - Mise en œuvre des missions de la structure
  - Coordination équipe médicale affectée

51



## Coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques L. 6146-9

- Confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Membre de l'équipe de direction
- Nommé par le directeur
- Préside la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques



52



## Calendrier

- Mise en place des pôles ≤ 31/12/06  
*en attendant les services, UF... continuent à fonctionner comme avant l'ordonnance*
- Mandat des CME prorogé jusqu'à 4 mois après la constitution des pôles
- Pour une période de 5 ans, chefs de service de psychiatrie nommés par le ministre
- Dans le mois qui suit la constitution des pôles et ≤ 31/01/2007, la CME désigne les responsables de pôles siégeant au conseil exécutif

53



## Calendrier

- Jusqu'à publication de la liste nationale habilitation et ≤ 31/12/07 les responsables de pôle sont
  - Nommés par le directeur et le P de CME
  - Dans les CHU décision conjointe avec le directeur d'UFR ou le P du CCEM
  - Si désaccord nomination par le CA
- Jusqu'à publication de la liste nationale les chefs de service sont nommés selon la législation antérieure à l'ordonnance
- Les CR constitués deviennent des pôles
- Instance ~ conseil exécutif maintenue jusqu'au renouvellement de la CME

54



## Autres dispositions de l'ordonnance

- Organisation hospitalo-universitaire
  - *Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique consulté sur*
    - Conditions d'organisation de la politique de recherche de l'établissement
- Dispositions financières
  - *EPRD élaboré sur la prévision d'activité*
- Centres de lutte contre le cancer
  - *Modification du régime juridique*
  - *Convention avec université et CHU*
- Dispositions diverses
  - *Suppression d'emplois médicaux*
  - *PH titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés*

55



## Actualités Législatives et Réglementaires

56



## Négociations statutaires

57



### Historique (1)

- Signature entre les syndicats et le ministre d'un protocole d'accord le 2 septembre 2004
  - *Revalorisation des astreintes*
  - *Enveloppe de 15% du montant total des astreintes (495 Millions €) soit 74 millions €*
  - *Modernisation du statut de PH*
  - *Revalorisation de la chirurgie*
- 4 octobre : 4 groupes de travail jamais réunis !
- Ouverture dans la précipitation de 2 jours de négociations le 6 et 10 Janvier devant amener à la signature d'un protocole définitif le 10 Janvier au soir !!!
- Au total 5 réunions plénières et 3 réunions bilatérales

58



### Historique (2)

- 7 versions successives du protocole entre le 7 janvier et le 14 mars
- 14 mars : rencontre de P. Douste-Blazy avec les intersyndicales
- 24 mars : réunion du CA de l'INPH
  - *Décision unanime*
  - *Refus précipitation*
  - *Demande de poursuite des négociations*
- 31 mars : un quart de signature pour la CMH (SNPHPU membre) et le SNAM-HP
- INPH et CHG dénoncent ce « désaccord majoritaire »

59



### Quel projet ?

- Médicaliser la gestion
- Rendre la carrière plus attractive
- Assurer la reconnaissance morale et financière des praticiens
- « Les signataires conscients de la responsabilisation des acteurs impliqués par la nouvelle gouvernance, reconnaissent la nécessité de faire évoluer les dispositifs statutaires dans une perspective globale de modernisation »

60



## Quel contenu ?

- 3 parties indissociables
  - I Revalorisation de l'astreinte
  - II Part complémentaire variable
  - III Adaptation du statut
- Communiqué SYNPREFH 17 février 2005
  - Oui
  - Non en l'état
  - Non

61



## I Revalorisation de l'astreinte

- Indemnité de participation à l'astreinte =
  - AS portée de 24.06 € à 29 € (en brut)
  - AO portée de 36.78 € à 40€ (en brut)
- Convergence progressive en 3 ans des deux types d'astreintes pour n'avoir qu'un seul type d'astreinte
- Indemnité complémentaire
  - Selon nombre de déplacements et niveau d'activité
  - Indemnité portée de 62,11 € à 70 € à partir du 2<sup>ème</sup> déplacement
- Cumul ne peut excéder montant de la permanence sur place

62



	Situation antérieure	1 janvier 2005	2006	2007
Astreinte sécurité	24.06 €	29 €	36 €	40 €
Astreinte opérationnelle	36.78 €	40 €	40 €	40 €
Revalorisation 2 <sup>ème</sup> déplacement	62.11 €	70 €	70 €	70 €
Diminution Nb astreintes	100% = 2.6 M	- 2%	- 25%	- 22%
Assiette IRCANTEC	0%	1/3 Au 1/7	1/3 Au 1/7	1/3 Au 1/7

63



- Redéploiement -en priorité régional- des moyens dégagés par les restructurations des gardes et astreintes (-1200 listes d'astreintes sur 3 ans)
- Dispositif d'encadrement national pour respecter un équilibre interrégional
- Possibilité d'astreintes forfaitisées à la demande des établissements et des équipes médicales concernées (180 €)
- Total 84.2M € contre 74M € en septembre

64



- Evaluations, vérifications et synthèses par une commission régionale paritaire (réglementaire)
- Possibilité de dispense de travail de nuit si les nécessités de service le permettent pour :
  - Plus de 60 ans
  - Femmes enceintes dès le 3<sup>ème</sup> mois
  - Etat de santé dégradé
- Modifications de l'arrêté du 30 avril 2003 à élaborer avec les organisations syndicales signataires

65



## II Part complémentaire variable

- Concernés 3 types d'objectifs cumulables :
  - D'engagement dans une démarche d'accréditation et/ ou d'engagement institutionnel
  - D'efficience des soins et des actes médico-techniques
  - D'engagement collectif à effets individuel

66



## Part complémentaire variable

- L'engagement contractuel collectif est conclu entre
  - *L'équipe médicale concernée et l'établissement*
- Le contrat fixe des objectifs
  - *En cohérence avec contrat de pôle*
  - *Assortis d'éléments de mesure qualitatifs et/ou quantitatifs élaborés selon des méthodes légalement définies*
- Pour une période de 3 ans
  - *Renouvelable après évaluation*

67



## Objectifs d'engagement

- Démarche d'accréditation
  - *Liée à conditions particulières d'exercice*
    - ↳ Chir, gynéco, AR, urgence, réa, psy
  - *La liste des spécialités sera progressivement étendue, sur proposition du comité national de suivi*
- Efficience des soins
  - *Notamment pharmacie et biologie*
    - ↳ Indicateurs facilement identifiables portant sur charge de travail et diversité de l'activité publique
    - ↳ Concertation comité de suivi
    - ↳ Recommandations HAS

68



## Objectifs d'engagement

- Dynamique territoriale
  - *Activité en réseau, partagée, multi-sites pour la psychiatrie, coopération, zone prioritaire ou exercice isolé*
- Enseignement et recherche clinique
  - *En lien avec le dispositif hospitalo-universitaire*

69



## Calendrier

- 2005
  - *Chirurgie publique et Psychiatrie*
    - ↳ Part complémentaire variable de 5% à compter du 1/7/05
    - ↳ Pourra atteindre 15 % au 1/7/07
- A partir de 2006 et au plus tard en 2007
  - *Etendu à l'ensemble des disciplines*
    - ↳ Financement mutualisé
    - ↳ Mise en place TAA
    - ↳ Effort de réorganisation des activités médicales et pharmaceutiques

70



## Engagement institutionnel

- Responsables de pôle
  - *200 € bruts à compter du 1 octobre 2005*
    - ↳ Responsabilité dans contractualisation interne et délégations conférées
- Présidents de CME et responsables pôles
  - *Compensation en temps complémentaire*
  - *Frais de déplacement*
- Complément accord assouplissement ARTT du 13 janvier 2003
  - *Examen dès 2005 des conditions de rachat de jours RTT après avis organisations signataires*

71



## III Modernisation du statut

- Création d'un centre national de gestion
- Commission statutaire nationale
- Commission régionale paritaire
- Simplification du concours
- Publication des emplois
- Profil de poste
- Simplification de la procédure de nomination et d'affectation
- Traitement des situations individuelles particulières
- Reprise d'ancienneté
- Valences d'enseignement et de recherche
- Médicalisation des hôpitaux
- Conseiller général des hôpitaux
- Comité national de suivi

72



## Centre national de gestion

- Sous tutelle ministre, délégation de DHOS/DG
- Véritable gestion des ressources humaines
- Organisation du concours national
- Publication des postes
- Suivi et gestion des carrières
- Information sur régime des retraites
- Gestion des praticiens en recherche d'affectation
- Gestion procédures statutaires
- Organisation des commissions nationales statutaires
- Garantie des actions de formation avec orientations par CNFMCH

73



## Commission régionale paritaire

- Au près de chaque ARH
- Composition :
  - Organisations syndicales représentatives
  - Institutionnels
  - Administration
- Rôle :
  - Mise en place, suivi et régulation du régime
    - ↳ de permanence hospitalière
    - ↳ de contractualisation pour parts variables
  - Propositions au CNG (conflits et conciliation)
  - Suivi financier ressource médicale
  - Adaptation et redistribution des emplois médicaux

74



## Simplification du concours

- « attachés à la qualité des recrutements. . . les signataires estiment que les modalités du concours doivent être simplifiées »
- 2 types de concours
  - Type I examen dossier titres, travaux et services rendus et entretien
    - ↳ si relevant actuel type I et ayant exercé ces fonctions depuis moins de 5 ans
  - Type II : idem + épreuve orale de connaissance professionnelle
- Inscription pour 4 ans sur liste aptitude par ministre

75



## Publication des postes

- Publicité par CNG accessible par Internet
- Sous contrôle des ARH
- Fréquence régulière, au moins 3 fois/an
- Simplification de la procédure de nomination et d'affectation
  - Nomination par ministre
  - Procédure simplifiée lors avis locaux convergents CSn et CNG « tenus informés des décisions »
  - Recours national prévu

76



## Profil de poste

- Pas un contrat individuel entre PH et établissement
- Vocation à expliquer
  - Objectifs à atteindre
  - Actions à mener et moyens mis en œuvre
  - caractéristiques des fonctions
    - ↳ Organisation travail
    - ↳ Valences exercées
    - ↳ Contraintes particulières, exercice multi-sites
- Conditions de la part complémentaire variable
- Proposé par le pôle en liaison avec structures internes et soumis à avis CME
- Validé par le conseil exécutif et transmis CNG dans cadre procédure de recrutement
- Pas utilisé à des fins disciplinaires

77



## Mise en recherche d'affectation

- Décision ministérielle après avis CME et CSN
- Dispositif exceptionnel
  - 50 postes
- Praticien bénéficie d'actions de formation conformes à son projet professionnel
- Le CNG doit faire 3 proposition sur poste vacant ou susceptible d'être créé
- Durée 2 ans maxi
- Possibilité d'être à sa demande placé en DO ou radié des cadres avec indemnités
- Mise en œuvre procédure fixée par voie réglementaire :
  - Groupe de travail
  - 2ème semestre 2005

78



### Autres mesures (1)

- Reprise d'ancienneté
  - Modalités à définir
    - ↳ « Praticiens ayant un parcours professionnel reconnu »
    - ↳ Exerçant en zone déficitaire
    - ↳ Ayant exercé en Europe ou comme praticien attaché
- Disponibilité
  - Adaptation tenant compte des évolutions de la position
- Procédures disciplinaires
  - « Les signataires réaffirment la nécessité de mieux définir et de faire évoluer ces procédures »

79



### Autres mesures (2)

- Valences d'enseignement et de recherche
  - Soutien du ministre pour reconnaissance de l'engagement pour l'enseignement dans les EPS autres qu'hôpitaux locaux
  - Contrat fixant les conditions d'exercice de cette valence
  - Confirmation demandée pour permettre recrutement de PH comme attachés et chargés d'enseignement
  - Pour moins de 30 H/an, pas de nécessité de recourir au dispositif d'activité d'intérêt général, dès lors que PH a autorisation

80



### Autres mesures (3)

- Médicalisation des hôpitaux (d'ici 2008)
  - Psychiatrie 186 postes
  - Gériatrie 275 postes
- Conseiller général des hôpitaux
  - Statut créé auprès du ministre
  - Missions :
    - ↳ Administration provisoire, audit opérationnel, assistance, médiation, expertise
  - Nommés par arrêté :
    - ↳ Personnels enseignants et hospitaliers
    - ↳ Praticiens hospitaliers
    - ↳ Directeurs d'établissement
    - ↳ Directeurs d'ARH
  - Position de détachement

81



### Conclusion du projet de protocole

- Nécessité de faire évoluer les dispositions statutaires des PH et des personnels enseignants et hospitaliers, dans une perspective de modernisation au moment où l'hôpital s'engage dans la nouvelle gouvernance
- Réflexion approfondie à engager au 1<sup>er</sup> semestre 2005 sur :
  - Questions relatives à la retraite complémentaire
  - Statut des PH temps plein et temps partiel
  - Activités libérales
  - Evolutions des CHU
- Propositions avant la fin de 2005 de mesures étalées dans le temps sur Ircantec pour PH et PHU

82



### Quel bilan ?

- Evolution importante depuis la première version, grâce à l'INPH
- Revalorisation de l'astreinte
  - Absence de reconnaissance du temps de déplacement comme temps de travail effectif
  - Pas de garantie du financement de l'IRCANTEC uniquement par enveloppe nationale
- Part complémentaire variable
  - Discrimination entre spécialités sans garantie sur l'évolution du dispositif
  - Pas d'assurance sur le financement et la réelle possibilité de recruter pour le temps compensé

83



### Avis du CNOM

- Attire l'attention des pouvoirs publics, notamment sur la mise en œuvre d'une part complémentaire variable dans la rémunération des praticiens hospitaliers
- Demande de précisions sur les indicateurs choisis
- Assurance qu'ils ne remettent pas en cause l'indépendance professionnelle du médecin vis-à-vis de son employeur
- Refus d'une clause de rendement interdite par la déontologie médicale

84



## Modernisation du statut ?

- **Méthode**
  - ❑ Pas de textes précis, mais promesses de discussion
  - ❑ Mesures renvoyées dans le temps
- **Attractivité du statut**
  - ❑ Beaucoup de flou
  - ❑ Précisions sur l'aspect sanction et discipline
  - ❑ Silence sur l'intégration des libéraux
  - ❑ Réforme du concours et CNG = réforme de la DHOS
  - ❑ Simplification ?
    - ➔ CSN doublée par une CP par région
- **Rien sur la formation**
  - ❑ Au cœur de l'avenir de la profession et de l'hôpital

85



## Sujets à traiter

- **Modification du concours national de praticien hospitalier**
  - ❑ avec une véritable définition des disciplines transversales (hygiène, épidémiologie - santé publique, pharmacologie, toxicologie...)
  - ❑ accessibles à tous les PH médecins ou pharmaciens
- **Socle statutaire unique pour les praticiens hospitaliers avec la réunification des statuts de PH (temps plein et temps partiel)**
  - ❑ **Quelle attractivité pour le temps partiel ?**
    - ➔ Cotisation IRCANTEC sur les 2/3 du salaire seulement
    - ➔ Salaire calculé sur 6/11 ème
    - ➔ Formation continue : 6 jours au lieu de 9 au prorata
    - ➔ Pas de prime de service public exclusif pour ceux qui n'ont pas d'autre activité

86



## Moins de soupçons

- **Quelle image du Praticien . . .**
  - ❑ Irresponsabilité
  - ❑ Qualité des soins non prioritaires
  - ❑ Pas assez de travail
- **Discrimination entre PH et renforcement de l'individualisme (intéressement individuel)**
- **Volonté affichée de casser le statut dans 1ère version et relayée :**
  - ❑ FHF, SCNH
  - ❑ Conférences Directeurs CH et CHU
  - ❑ Conférences des Présidents de CME de CH et CHU
  - ❑ Et plus largement :

87



## Florilège . . .

- «Cela nous conduit d'ailleurs, comme dans d'autres entreprises publiques, à favoriser le développement des contractuels. L'hôpital doit conserver son statut de droit public - je ne suis ni suicidaire, ni ignorant de la réalité sociale de ce pays -, mais comme au CEA, à La Poste, à France Telecom, je suis pour que soit favorisée une transition progressive, entre le statut de fonctionnaire et celui de contractuel, par la conclusion de conventions collectives. »
  - ❑ Jean de KERVASDOUE audition commission parlementaire sur les 35 heures 27/11/2003
- « l'idéologie du « service public » désuète et inadaptée, est devenue, dans l'hôpital comme ailleurs la principale cause d'un mouvement général de déresponsabilisation et de démotivation »
  - ❑ Alain Gérard SLAMA Le Figaro 26/4/2004

88



« Il y a toutefois des corporatismes qui ne concernent pas que cette question de rémunération. Par exemple, peut-on continuer à voir les praticiens hospitaliers nommés par le ministre ? »

- **La comparaison avec ce qui se passe dans les collectivités locales s'impose : un maire choisit ses cadres. Qu'un directeur d'hôpital choisisse les praticiens de son établissement ne me paraît pas du tout incantatoire à la liberté du médecin.**
- **Par rapport à une mission de service public, il n'est pas anormal de formuler des exigences à l'ensemble du personnel et prioritairement à l'ensemble des cadres, c'est-à-dire, essentiellement, les médecins. »**
  - ❑ Claude EVIN Président FHF
  - ❑ Quotidien du Médecin 18 janvier 2005

89



## Et maintenant ?

- « Signer pour discuter »
- **Revenir à la négociation : « Processus par lequel deux personnes ou deux groupes de personnes, après des discussions et parfois des luttes plus ou moins longues, en arrivent à une libre entente. »**
- **VOTER aux élections nationales paritaires**

90



## Groupement de coopération sanitaire

91



## Contexte historique

- GCS institué par ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
  - *Forme nouvelle de coopération*
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 et loi n° 2002-303 du 4 mars 2002
  - *Révision des régime juridique des GCS*
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé
  - *GCS : forme privilégiée de coopération*
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

92



## Membres des GCS

- Un GCS peut être constitué entre
  - des établissements de santé publics ou privés
  - des établissements médico-sociaux
  - des professionnels médicaux libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)
- Un des membres au moins du GCS doit être un établissement de santé
- D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un GCS à condition d'y être autorisés par le directeur de l'ARH

93



## Objets des GCS

- Art. L. 6133-1 du CSP : "*faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres*"
    - Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux
    - Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur
  - Le GCS "*n'est pas un établissement de santé*"
  - Mais dérogation possible
- ⇒ Ambiguïté dans cette dérogation  
⇒ Frontière entre les deux types peut être difficile à déterminer !

94



## Nature juridique

- But non lucratif
- Personne morale
  - de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel
  - de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privés
  - de droit public ou de droit privé lorsqu'il associe des établissements ou organismes publics et des établissements ou personnes privés

95



## Personnels

- Personnels des établissements membres d'un GCS
  - mis à disposition ou détachés dans le GCS
  - conservent leur statut d'origine
- Recrutement possible par le GCS de personnels salariés
- Salariés employés par un GCS de droit public
  - ⇒ droit administratif (statuts de la fonction publique hospitalière et statuts des personnels médicaux)
- Salariés recrutés par un GCS de droit privé
  - ⇒ droit du travail

96



## Régimes financiers et comptables

- **GCS de droit public**
  - soumis à la comptabilité publique
  - Soumis aux contrôles des chambres régionales des comptes
- **GCS de droit privé**
  - comptabilité privée
  - comptes certifiés par un commissaire aux comptes.

97



## Différents types de GCS

- **GCS type "groupement d'intérêt économique"**
  - Réalise ou gère des équipements d'intérêt commun pour le compte de ses membres
  - Equipements
    - blocs opératoires
    - services d'imagerie médicale
    - pharmacies à usage intérieur
  - Peut détenir des autorisations d'équipements lourds
- **GCS type "établissement de santé"**
  - Détient des autorisations d'activité de soins
  - Peut être autorisé à exercer les missions d'un établissement de santé

98



- **GCS type "réseau de santé"**
  - Constitue lui-même un réseau de santé ou
  - Membre d'un réseau de santé ayant une autre forme juridique
- **GCS type "interventions communes des professionnels de santé"**
  - Coopération limitée entre ses membres
  - Objet : permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement
  - Le patient reste pris en charge par les EdS membres du GCS, mais les interventions sur le patient sont réalisées par des professionnels de statuts différents
- **GCS : vocation multiple possible réunissant plusieurs "types" à la fois**

99



## Projets de décret GCS

- **Deux décrets prévus**
  - Un actuel pour GCS non autorisés à exercer les missions d'un EdS
  - Un futur pour GCS autorisés à exercer les missions d'un EdS
- **Décret proche de la rédaction actuelle (art. R. 713-3-1 à -17 CSP)**

100



- **A propos des personnels des GCS**
  - Praticien mis à disposition du GCS  
⇒ conservation de sa situation statutaire
  - Détachement possible des agents de la fonction publique hospitalière dans le GCS  
⇒ maintien de leur situation statutaire
  - Recrutement des médecins, chirurgiens, pharmaciens, biologistes et odontologistes : assuré dans le cadre des décrets relatif aux praticiens attachés, aux assistants des hôpitaux et aux praticiens contractuels des EdS  
⇒ Quid des PH ?

101



## Groupement de coopération sanitaire : une nouvelle race d'hôpital ?

- **Encore beaucoup de questions...**
  - Privatisation de l'hôpital public ?
  - Justification des regroupements pour les pharmacies à usage intérieur ?
  - Situation des personnels titulaires lors des restructurations ?
  - Qualité des recrutements ?
  - Comment faire co-exister des personnels avec des droits et des salaires différents pour les mêmes activités
  - Structure nationale de surveillance ?
  - ...

102



## GCS & SYNPREFH

- Dossier détaillé dans la Lettre Syndicale n° 92
- Demande d'un groupe de travail DHOS
- Recueil d'informations sur les GCS en cours de constitution
- Exigence de maintien dans les GCS d'une dispensation "de proximité"

103



## Intégration de la Pharmacie dans le CHU Réforme des DES

104



## Intégration dans le CHU

- L'attente, l'attente, rien que de l'attente.
- Bon Présage pour la profession
  - « L'attente est en proportion du bonheur qu'elle prépare. » Michel Dupuy
- Le risque
  - « Qui se nourrit d'attente, risque de mourir de faim. » Proverbe français
- Le conseil aux tutelles
  - « Il faut prendre des risques, il faut toujours prendre des risques. Mais l'attente comporte aussi un risque » Paul Desmarais

105



## Intégration dans le CHU

- Seul mouvement durant ces derniers mois :
- Un texte a circulé :
  - Incomplet
  - N'apportant rien de nouveau
  - De manière très « secrète »
- Action du SYNPREFH
  - Récupération de ce texte et analyse
  - Envoi d'un courrier au Ministre Fillon le 18 février pour s'offusquer de ce procédé.
  - Réponse du ministre par la voie de son chef de cabinet Mr Y. de la Barre de Nanteuil, le 1 Mars 2005:
    - ➔ Aucun texte n'a été diffusé par le ministère.
    - ➔ Le SYNPREFH ne sera pas écarté des discussions sur l'intégration.

106



## Réforme des DES

- Participation à la Commission Nationale des Études Pharmaceutiques,
- formation d'un groupe ad hoc devant faire une proposition de réforme
  - D Trépo : Responsable de la sous commission Réforme DES
  - P Courrière : Président de la CNEP
  - M Brazier : Président de la Conférence des Doyens.
  - F Despas : Représentant de la FNSIP
  - J Maldonado : Coordonnateur National de PHC
  - G Aulagner : Représentant du SNPHPU
  - P Odou : Représentant du SYNPREFH

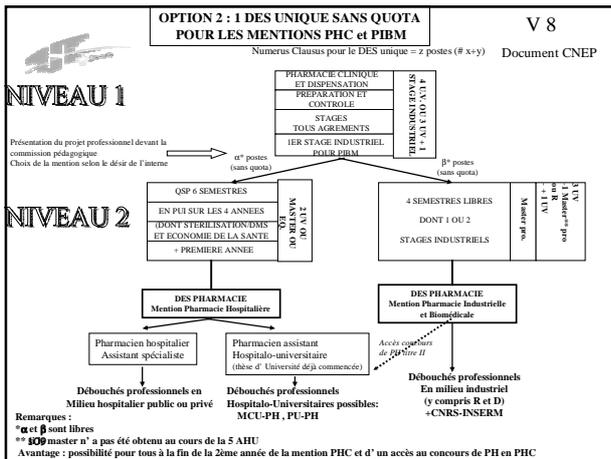
107



## Réforme des DES

- 3 principes annoncés :
  - Un DES Pharmacie Hospitalière
    - ➔ Qualifiant.
    - ➔ Une conformité avec une « spécialisation » européenne.  
(Proposition de directive 2002/0061 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles).
    - ➔ Compatible avec l'intégration de la pharmacie dans le CHU
  - Deux réunions de travail en février et mars 2005.

108



**Réforme des DES** Document CNEP

**Remarques**

- Maintien de PS avec aménagements suite à réflexion approfondie des responsables et représentants des internes ( effectifs , budget spécifique des postes , ... )
- Possibilité d' un cursus orienté Recherche et/ou Enseignement pour les 2 mentions PHC et PIBM , sur des postes définis et avec budget spécifique
- Le DES mention PHC sera qualifiant

110

**Réforme des DES** Document CNEP

**Remarques**

- L' accès au concours de PH en PHC devra être ouvert pour les internes de PS et ceux de la mention PIBM au niveau du type II
- Préciser le rôle de la Commission Pédagogique au niveau de l' Interne en fin de 2<sup>o</sup> année ( projet de cursus et choix de la mention )
- Adapter la 5<sup>o</sup> AHU si l' on souhaite rendre possible un master recherche au cours de cette année
- Trouver un nom pour le DES unique commun aux 2 mentions : PHC et PIBM

111

**Spécialisation & Europe**

112

**Les Directives de libre circulation Directives « sectorielles »**

- Directive du Conseil 85/432/CE du 16 septembre 1985, visant à la coordination des dispositions législatives réglementaires et administratives concernant certaines activités du domaine de la Pharmacie
- Directive du Conseil 85/433/CE du 16 septembre 1985 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres en Pharmacie, et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement pour certaines activités du domaine de la Pharmacie
- Décision du Conseil 85/434/CEE du 16 septembre 1985 portant création d'un Comité Consultatif pour la Formation des Pharmaciens

Parues J.O.C.E. du 24 septembre 1985 N° L253/34-45

113

**La Spécialisation en Pharmacie Hospitalière**

**L'article 3 de la Directive 85/432/CEE:**

« Trois ans au plus tard après l'expiration du délai prévu à l'article 5, la Commission présente au Conseil des propositions appropriées concernant les spécialisations en pharmacie, et notamment celle en pharmacie hospitalière. Le Conseil examine ces propositions dans un délai d'un an. »

- Proposition faites par l'Association Européenne de Pharmaciens des Hôpitaux ( AEPH)
- Propositions présentées au Comité Consultatif pour la Formation des Pharmaciens
- Recommandations pour la spécialisation en pharmacie hospitalière de ce Comité Consultatif

114

## Spécialisations en Pharmacie Hospitalière en Europe:

Comité Consultatif pour la Formation des Pharmaciens:  
rapport et recommandations sur la Spécialisation en Pharmacie Hospitalière  
XV/d/8132/2/99, 10.09.2001

Belgium	Wettelijk diploma van Ziekenhuisapotheker
Finland	Sairaala-farmasian erikoisprovisori
France	Diplôme d'Etudes Spécialisées de pharmacie hospitalière
Germany	Das von den Landesapothekerkammern erteilte Zeugnis des Fachapothekers für klinische Pharmazie
Irlande	Master of Science degree in Hospital Pharmacy
Italie	Diploma di specialista in farmacia ospedaliera
Netherlands	Getuigschrift van erkenning en inschrijving in het specialistenregister van ziekenhuisapothekers
Portugal	Diploma de farmaceutico especialista em Farmacia Hospitalar
Spain	Título de farmaceutico especialista en farmacia hospitalaria
United Kingdom	Postgraduate degrees and diplomas in hospital pharmacy and in the specialised aspects of hospital pharmacy

115



Proposition de Directive du Parlement Européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles  
COM (2002) 119, 7th March 2002

### Constat:

#### 7 professions bénéficient de Directives sectorielles:

1. Docteurs en Médecine
2. Infirmiers
3. Dentistes
4. Vétérinaires
5. Architectes
6. Pharmaciens
7. Sage Femmes

Directives sectorielles pour toutes les professions: impossible

#### Comités consultatifs trop lourds et trop coûteux...

116



Proposition de Directive du Parlement Européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles  
COM(2002) 119 final 2002/0061 (COD)  
Présentée par la Commission

### Réunit en une seule et même Directive :

- la législation existante des Directives Sectorielles (Directives 85/432 et 85/433/CEE pour la pharmacie)
- la législation existante du Système Général

### Dans cette proposition de Directive :

- L'article 3 de la Directive 85/432/CEE qui portait mention de la spécialisation en Pharmacie Hospitalière a disparu
- Ne figurent que les spécialisations déjà mises en place dans 100% des Etats membres.
- Tous les Comités Consultatifs sont remplacés par un seul et même Comité.

117



Proposition de Directive du Parlement Européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles  
COM(2002) 119 final 2002/0061 (COD)  
Présentée par la Commission

### Lobbying de l'AEPH :

#### Soutien d'amendements pour la réintégration de la spécialisation en Pharmacie Hospitalière dans la proposition de Directive :

- Amendement Zappala (amendements 268 et 357) (rédigés à l'instigation de l'AEPH) adoptés par le Parlement Européen en première lecture le 11 Février 2004
- Amendement Karras (amendement 48) en deuxième lecture en Avril 2005
- Après du Conseil des Ministres
- Après du Parlement Européen
- Après de la Commission
- Au niveau national

118



## F.M.C.

119



## FORMATION CONTINUE

- Mise en place du Conseil National de la Formation Médicale Continue Hospitalière en février 2004  
(loi du 4 mars 2002 et décret d'application du 14 novembre 2003)
- Composition : 32 membres représentant les organisations ordinales, les UFR, les syndicats, les conférences de Présidents de CME, les fédérations des spécialités médicales et des personnalités qualifiées
- Président : Pr Dominique BERTRAND

120



## FORMATION CONTINUE

- **Fonctionnement** : une réunion plénière mensuelle et sous-groupes chargés de faire des propositions
- **Groupe 1** : Orientations nationales de la FMC avec définition de thèmes prioritaires de formation
- **Groupe 2** : Agrément des organismes de formation
- **Groupe 3** : Procédures d'évaluation avec définition des critères

121



## FORMATION CONTINUE

Travail réalisé par le CN FMCH

- Rédaction d'un règlement intérieur
- Rédaction d'un glossaire permettant d'avoir un langage commun
- Analyse de la situation actuelle de la FMC des praticiens
- Priorisation des thèmes nationaux de FMC
- Charte pour les organismes de FMC
- Evaluation des pratiques professionnelles
- Transparence du financement

122



## FORMATION CONTINUE

Pour un PH

3 conditions pour valider l'obligation de FMC

- Obtention de 300 crédits sur 5 ans (barème en cours de finalisation)
- Présentation d'un plan individuel de formation pour les 5 années suivantes
- Démonstration de la mise en place d'une démarche d'évaluation de ses pratiques professionnelles

Ces 3 conditions seront présentées au Conseil Régional dont il dépend.

123



## Décret relatif au contrat de bon usage

124



## Décret contrat de bon usage

- Mentionné à l'art. L. 162-22-7 du CSS
- Contrat signé entre l'ARH et le directeur de l'établissement après avis conforme de la CME et de la CMDMS
- Durée de 3 à 5 ans
- Transmis aux caisses d'assurance maladie (modification, suspension, résiliation)
- Dans un délai de 4 mois après publication du décret

125



## Décret contrat de bon usage

- Fixe son calendrier d'exécution
  - Mentionne les objectifs quantifiés et les indicateurs de suivi et de résultats
    - *Evaluation périodique*
  - Rapport d'étape annuel et rapport final adressés à l'ARH
  - Contrôle sur pièces et sur place par l'ARH
    - *Mise en œuvre du contrat*
- ⇒ Taux de remboursement par la SS pour l'année suivante, arrêté par le DARH, avant le 1er décembre

126



## Décret contrat de bon usage

- Observatoire régional
  - Représentants des CMDMS
  - Suivi et analyse des pratiques de prescriptions
  - Echanges sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments, produits et prestations
  - Rapport annuel
  - Référencement des protocoles thérapeutiques
  - Possibilité d'observatoire inter régional

127



## Annexe : Contrat type

- Titre liminaire
- Titre 1er : Obligations générales
  - Chapitre I : amélioration et sécurisation du circuit du médicament et des produits et prestations
  - Chapitre II : développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau et respect des référentiels
  - Chapitre III : engagements spécifiques aux spécialités et aux produits et prestations de la liste (L.162-22-7)
- Titre 2 : Procédure d'autoévaluation
- Titre 3 : Suspension, cessation du contrat et entrée en vigueur

128



## Titre liminaire

- Objet du contrat
  - Déterminer les objectifs en vue
    - ➔ d'améliorer et de sécuriser du circuit du médicament et des DMS
    - ➔ de garantir leur bon usage
  - Préciser les actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs
  - Organiser le cadre de l'évaluation des engagements

129



## Titre liminaire

- Rapport annuel
  - Transmis avant le 15 octobre à l'ARH
  - Support informatique normalisé
  - Ecarts constatés/engagements
  - A défaut, taux de remboursement fixé à 70%
  - Eléments attestant du respect des engagements : prescriptions...

130



## Titre liminaire

- Taux de remboursement par la SS
  - Communiqué par le DARH avant le 10 novembre
  - Observations de l'établissement dans les 10 jours
  - Arrêté par le DARH avant le 1er décembre

131



## Titre 1er : obligations générales

- Deux types d'engagements
  - D'ordre général relatifs à l'amélioration et à la sécurisation du circuit du médicament et des DMS
    - ➔ Développer une démarche qualité pour améliorer et sécuriser le circuit
    - ➔ Favoriser et garantir
      - ▣ pratiques pluridisciplinaires ou en réseau
      - ▣ respect des référentiels
  - Spécifiques aux produits de la liste

132



## Titre 1er : obligations générales

- Respect des engagements souscrits
  - Remboursement à 100% par la SS pour les produits de la liste
- Non respect des engagements souscrits
  - Remboursement entre 70 et 100%

133



## Amélioration et sécurisation du circuit

- Etat des lieux
  - Référentiels
  - Recommandations
  - Résultats de certification HAS
  - Rapports DRASS

134



## Amélioration et sécurisation du circuit

- Programme pluriannuel d'actions portant a minima sur
  - Informatisation du circuit
  - Prescription et dispensation à délivrance nominative
  - Traçabilité du circuit
  - Système qualité
  - Centralisation de la préparation des anticancéreux
- Objectifs cibles, indicateurs de suivi et/ou de résultats, échéancier

135



## Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau et respect des référentiels

- Développement des pratiques pluridisciplinaires (interne, régional, territorial)
- Participation à l'observatoire régional
- Communication des informations nécessaires au suivi et à l'analyse des pratiques de prescription régionale

136



## Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau et respect des référentiels

- Engagement de l'établissement
  - Cancer
    - ↳ Pratique pluridisciplinaire au sein de l'établissement
    - ↳ Protocoles validés et actualisés
  - Médicaments orphelins
    - ↳ Avis du centre de référence
    - ↳ Prescriptions conformes aux protocoles

137



## Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau et respect des référentiels

- Pour les produits de la liste, utilisation conforme
  - ↳ AMM
  - ↳ Indications prévues par la liste
  - ↳ Protocoles
    - AFSSaPS
    - HAS
    - Institut national du cancer
  - ↳ A défaut, argumentation dans le dossier médical
    - travaux de sociétés savantes
    - publications internationales (comité lecture)

138



### Engagements spécifiques aux produits de la liste

- Prescription et dispensation à délivrance nominative
- Traçabilité
  - Prescription
  - Administration/implantation
  - Suivi des retours
- Suivi consommations /patient et /service
  - Spécialités : code UCD
  - Produits et prestations : codage spécifique
- CMDMS prévoit les consommations, analyse et explique les écarts...

139



### Engagements spécifiques aux produits de la liste

- Avenant au contrat
  - Objectifs qualitatifs ou quantitatifs pour améliorer l'usage de certains produits
  - À l'initiative du DARH ou du directeur de l'établissement
  - Au vu des échanges conduits par l'observatoire sur l'utilisation de ces produits

140



### Engagements spécifiques aux produits de la liste

- Si facturation d'un produit en dehors du champ prévu par la liste
  - Récupération par la SS sans délai de l'indu
  - Signalement par la SS à l'ARH
  - Taux de remboursement pour l'année suivante arrêté par le DARH  $\leq 95\%$

141



### Titre 2 : procédure d'autoévaluation

- Application des engagements souscrits
  - Dispositif de suivi et d'audit interne
  - Evaluation dans le rapport annuel
- Produits de la liste : respect des termes du contrat et de la conformité aux référentiels déclarés
  - Respect des indications
  - Respect des modalités de dispensation

142



### Titre 3 : suspension, cessation et entrée en vigueur du contrat

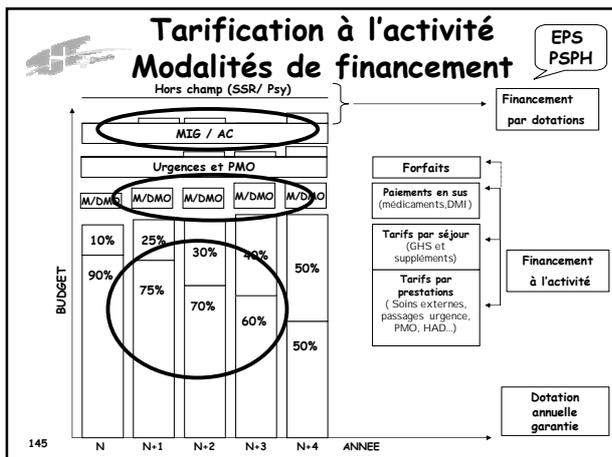
- Si constat par le DARH de l'inexécution des engagements
  - Délai de deux mois donné à l'établissement
  - Sinon suspension du contrat
  - Délai d'un mois donné à l'établissement
  - Sinon cessation du contrat
- Possibilité de mettre fin au contrat d'un commun accord
- Le DARH informe la SS

143



### Tarification à l'Activité T2A

144



### Tarification à l'activité LFSS 2005

- Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 (JO du 21 décembre 2004)
- Application de la T2A au 1<sup>er</sup> mars 2005 pour établissements privés sous OQN
- Convergence des tarifs public - privé : 50% en 2008 avec objectif à atteindre de 100% en 2012
- Diverses dispositions, notamment pour les DOM

### Tarification à l'activité Circulaires «EPS+PSPH» 2005

- Circulaire n°DHOS-F-O/DSS-1A/2005 n°119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
- ODMCO (publics + privés)
- GHS (MCO)
- GHT (HAD)
- Suppléments journaliers (réa, SI, néonatal)
- Forfaits : dialyse, urgences, PO, « petit matériel »
- MIGAC
- MERRI
- Listes Médicaments et DM financés en sus des GHS (projet ?)

EPS  
PSPH

### Tarification à l'activité Circulaires «EPS+PSPH» 2005

- Circulaire n°DHOS-F-O/DSS-1A/2005 n°181 du 5 avril 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
- Dotations régionales / ARH :
  - ODMCO / ARH :
  - Tarifs
  - Forfaits
  - DAC
  - DMI / Médicaments
  - DAF (Psy, SSR)
  - MIGAC

EPS  
PSPH

### Tarification à l'activité Circulaire « ES privés » 2005

- Circulaire n°DHOS/F3/F1/2005103 du 23 février 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
- Application de la T2A au 1<sup>er</sup> mars 2005 pour établissements privés sous OQN
- GHS (MCO)
- GHT (HAD)
- Suppléments journaliers (réa, SI néonatal)
- Forfaits : dialyse, urgences, PO
- Coefficients géographiques
- Coefficients de transition régionaux

Privés  
sous OQN

### Tarification à l'activité MIGAC (1)

- Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale (JO du 10 avril 2005) : article D.162-6 à D.162-8 du CSS
- Enseignement, recherche, rôle de référence, innovation :
  - Recherche médicale, innovation (recherche clinique)
  - Enseignement et formation des personnels médicaux et paramédicaux
  - Recherche, enseignement, formation, expertise, coordination et évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par certains structures spécialisées, activités hautement spécialisées assurées par structures assumant rôle de recours



## Tarification à l'activité MIGAC (2)

- **Participation aux missions de santé publique :**
  - Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques, expertise réalisée par centres de référence au bénéfice des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public
- **Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient réalisées par équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes**
  - Collecte, conservation, distribution des produits d'origine humaine (à l'exception de la part de cette activité couverte par tarifs de cession)
  - Assistance aux patients pour accès aux droits sociaux et dispositifs ayant pour objet de favoriser maintien des soins de proximité et accès à ceux-ci
  - Dépistage anonyme et gratuit VIH
  - Prévention et éducation pour la santé
  - Conseil en matière éthique, bioéthique et protection des personnes
  - Veille sanitaire, gestion des risques sanitaires liés à circonstances exceptionnelles
  - Aide médicale urgente (SAMU, SMUR)

151



## Tarification à l'activité MIGAC (3)

- **Participation à définition et mise en œuvre des politiques publiques dans domaines :**
  - Politique hospitalière
  - Développement du dialogue social dans secteur hospitalier
  - Coopération internationale en matière hospitalière

152



## Tarification à l'activité MIGAC (4)

- **Financement des activités de soins pour populations spécifiques :**
  - Prise en charge femmes enceintes dans centres périnatal de proximité
  - Prise en charge détenus dans unités hospitalières spécialisées ou dans établissements pénitentiaires
  - Prise en charge populations en difficultés par équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé

153



## Tarification à l'activité MIGAC (5)

- **Arrêté à paraître :**
  - liste des structures, programmes, actions, actes et produits prise en charge par dotation nationale
  - Dotation « limitée »

154



## Tarification à l'activité MIGAC (6)

- **Arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale (JO du 26 avril 2005)**
  - **liste exhaustive des MIGAC**
    - > 70 sous différentes « catégories » :
      - ATU (nominative et cohorte)
      - Stimulateurs corticaux profonds, implants cochléaires, organes artificiels
      - PHRC, STIC, ARC (cancer)
      - **Comités régionaux** chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments et de produits et de prestations, CRPV, ...
    - **Montant dotation annuelle financement MIGAC fixé par DARH en fonction des engagements du COM de l'établissement ou contrat spécifique**
    - **Limitée par dotation régionale MIGAC**

155



## Tarification à l'activité Médicaments et DM (1)

- **Vocation à être inclus dans le tarif des GHS**
- **Paiement en sus de certains médicaments et DM :**
  - **Onéreux** (CTJ élevé) **et**
  - introduisant **hétérogénéité** dans les **distributions des coûts par séjours et**
  - inscrits sur **liste limitative de médicaments et DM « coûteux »**

156



## Tarification à l'activité Médicaments et DM (2)

- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (J.O. du 19 décembre 2004) : article L.162-22-7 CSS

→ « L'état fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une AMM dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé ... qui peuvent être prises en charge, sur présentation de factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ..., ainsi que certains produits et prestations ... peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées... »

→ Notion de « contrat de bon usage des médicaments et des produits et des prestations »

157



## Tarification à l'activité Médicaments et DM (3)

- Arrêté du 2 août 2004 pris en application du I de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et fixant les tarifs de référence nationaux par activité (JO du 22 août 2004) (= circulaires du 2 février 2004 et du 21 juillet 2004)

→ Tarifs nationaux des GHS pour les EPS et les PSPH

→ Coefficients géographiques (annexe 2)

→ Liste des spécialités pharmaceutiques financées en sus (annexe 6) :

- 90 spécialités (avec AMM)

- 214 présentations

- 40 laboratoires

→ Liste des dispositifs médicaux financés en sus (annexe 7)

158



## Tarification à l'activité Médicaments (1)

- ANTICANCEREUX
- CANCEROLOGIE : MEDICAMENTS ASSOCIES
- ANTIFONGIQUES « COUTEUX »
- MEDICAMENTS ORPHELINS ET ASSIMILES
- FACTEURS DE LA COAGULATION
- AUTRES MEDICAMENTS DERIVES DU SANG
- ERYTHROPOIETINES
- ANTI-TNF ALPHA
- AUTRES MEDICAMENTS

1<sup>ère</sup> Liste  
2004

Liste 2004  
complémentaire

159



## Tarification à l'activité Médicaments (2)

« 1<sup>ère</sup> liste »  
2005 ?

- Circulaire n°DHOS-F-O/DSS-1A2005 n°119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

→ Liste Médicaments et DM financés en sus des GHS (« définis par arrêté dans les prochains jours ») ?

- 90 (+ 8) spécialités

- > 225 présentations

- = liste 2004 + nouvelles présentations (ex. Kogenate®, Eloxatine®) + 8 spécialités ...

160



## Tarification à l'activité Médicaments (3)

« 1<sup>ère</sup> liste »  
2005 ?

- Circulaire n°DHOS-F-O/DSS-1A2005 n°119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

- Annexe V : Nouvelles spécialités sur liste 2005 ?

- BEROMUN
- GLIADEL
- YTRACTIS
- ZAVESCA
- HUMIRA
  - AREZIA ?
  - ZOMETA ?
  - NEULASTA ?

Liste définitive  
fixée par arrêté  
Date publication ?

161



## Tarification à l'activité Médicaments (4)

ONDAM

- Régulation des dépenses (LFSS 2004) :

→ au niveau macro-économique : tarif de responsabilité = prix de vente déclaré par laboratoire au CEPS, en cas de désaccord du CEPS, tarif de responsabilité décidé par CEPS

→ au niveau micro-économique : taux de remboursement de 100% ou un taux minoré (entre 70% et 100%) en cas de non respect des engagements contractuels signés avec ARH en matière de bon usage des médicaments (« contrat de bon usage »)

162



## Tarification à l'activité Médicaments (5)

- **Facturation** sur la base :
  - **prix payé par l'établissement** (prix d'achat)
  - **majoré d'une marge d'intéressement** :
    - ⇒ = fraction de l'écart entre le prix payé par l'établissement et le tarif de responsabilité, fixée par arrêté Ministre de la Santé
    - (xx % pour l'établissement ?)

163



## Tarification à l'activité Médicaments (5)

- **Fixation du prix de vente / tarif de responsabilité** tient compte (LFSS 2004) :
  - **prix de vente pratiqués**
  - **prix des médicaments à même visée thérapeutique**
  - **volumes de ventes prévus ou constatés**
  - **conditions réelles ou prévisibles d'utilisation du médicament**
  - **ASMR**
- **Accord cadre « hôpital » CEPS - LEEM** signé le 30 mars 2004 (y compris pour médicaments rétrocedés)

164



## Tarification à l'activité Prix des spécialités (1)

- **Avis relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale (JO du 31 décembre 2004)**
- 86 spécialités (209 présentations), dont :
  - ✓ 46 avec accord (110 présentations) entre CEPS et laboratoires
  - ✓ 40 avec absence d'accord entre CEPS et laboratoires (99 présentations), prix décidés par CEPS
  - ✓ Tarif de responsabilité applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2005

165



## Tarification à l'activité Prix des spécialités (2)

- **Avis relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale (JO du 18 février 2005)**
  - ✓ 4 spécialités (11 présentations) passent de la catégorie « absence d'accord » à accord CEPS - laboratoires
- **Avis relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale (JO du 23 février 2005)**
  - ✓ Prix PAXENE® alignés sur prix TAXOL®
- **Avis relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale (JO du 9 mars 2005)**
  - ✓ Prix MONOCLATE® alignés sur prix des autres facteurs VII1 de la coagulation

166



## Tarification à l'activité Tarif de responsabilité

- **Avis relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale (JO du 31 décembre 2004 + JO des 18 février, 23 février et 9 mars 2005)**
  - **Tarif de responsabilité** = prix de vente par UCD + TVA  
= prix maximum de facturation
  - **Prix opposables aux établissements, pas aux laboratoires**
  - **Si prix marché > prix publié, différence non facturable au patient**
  - **Si prix marché < prix publié, marge d'intéressement pour établissement (taux ?)**

167



## Tarification à l'activité Dispositifs Médicaux (1)

- Liste limitative de dispositifs médicaux = 26 catégories de DM de « cardiologie »
  - VALVES CARDIAQUES
  - PROTHESES VASCULAIRES
  - ENDOPROTHESES VASCULAIRES « STENTS »
  - STIMULATEURS CARDIAQUES
  - DEFIBRILLATEURS CARDIAQUES
  - IMPLANTS D'EMBOLISATION ARTERIELLE « COILS »
  - « CŒURS ARTIFICIELS »,...

1<sup>ère</sup> Liste  
2004

168

**Tarification à l'activité Dispositifs Médicaux (2)** EPS  
PSPH  
Privés  
sous OQN

« 1<sup>ère</sup> liste » 2005 ?

● **Circulaire n° DHOS-F-O/DSS-1A2005 n° 119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale : Annexe VI : DM sur liste 2005**

- Implants cardiaques
- Implants vasculaires
- Implants digestifs
- Implants articulaires (coudé, épaule, genou, hanche, rachis, poignet, cheville, doigts)
- Ligaments artificiels
- Substituts osseux
- Implants tendineux
- Implants sur mesure
- Implants ORL
- Implants urogénitaux
- Implants mammaires
- Implants d'expansion cutanée gonflable
- Valves cardiaques
- Plaques d'obturation et patches
- Implants de pontage imprégnés de dérivés d'origine animale...
- Implants d'embolisation artérielle
- Implants endovasculaires, couverts ou non
- Implants ou substituts osseux
- Obturbateurs à ciment centro-médullaires pour pose d'implants articulaires

Liste définitive  
fixée par arrêté  
Date publication ?

169

**Tarification à l'activité Dispositifs Médicaux (3)** EPS  
PSPH  
Privés  
sous OQN

« 1<sup>ère</sup> liste » 2005 ?

● **Circulaire n° DHOS-F-O/DSS-1A2005 n° 119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale : Annexe VI : DM sur liste 2005 (suite)**

- Greffons cornéens
- Greffons osseux
- Greffons vasculaires
- Greffons tendineux
- Greffons valvulaires cardiaques, conduits valvulaires ou fragments valvulaires
- Stimulateurs cardiaques
- Sondes de stimulateur cardiaque
- Pompes implantables
- Neurostimulateur médullaire quadripolaire implantable
- Neuromodulateur des racines sacrées implantable
- Moniteurs ECG implantables
- Défibrillateur cardiaque implantable
- Sondes de défibrillation cardiaque
- Neurostimulateur du nerf vague gauche

Liste définitive  
fixée par arrêté  
Date publication ?

→ Voir code LPPR, titre III, chapitres 1 à 4

170

**Tarification à l'activité Dispositifs Médicaux (4)** Privés  
sous OQN

« 1<sup>ère</sup> liste » 2005 ?

● **Circulaire n° DHOS-F-O/DSS-1A2005 n° 119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale : Annexe VI : DM sur liste 2005 – uniquement privés « lucratifs »**

- Certains implants vasculaires
- Certains implants digestifs
- Implants neurologiques
- Implants d'ostéosynthèse
- Implants ORL
- Implant pleuropulmonaire
- Certains implants urogénitaux
- Implants pouvant intéresser plusieurs appareils anatomiques ...
- Implant pleuropulmonaire de renfort des lignes d'agrafage pour résection parenchymateuse après exérèse d'une partie du poumon pour emphysème ou cancer

→ Voir code LPPR, titre III, chapitres 1 et 2

171

**Tarification à l'activité Dispositifs Médicaux (5)** ONDAM

● **Régulation des dépenses (LFSS 2004) :**

- au niveau macro-économique :  
**tarif de responsabilité = prix LPPR (CEPS)**
- au niveau micro-économique : **taux de remboursement de 100% ou un taux minoré (entre 70% et 100%) en cas de non respect des engagements contractuels signés avec ARH en matière de bon usage des dispositifs médicaux (« contrat de bon usage »)**

172

**Tarification à l'activité Dispositifs Médicaux (6)**

● **Facturation sur la base :**

- **prix payé par l'établissement (prix d'achat)**
- **majoré d'une marge d'intéressement :**
  - ⇒ = fraction de l'écart entre le prix payé par l'établissement et le tarif LPPR, fixée par arrêté Ministre de la Santé (**xx % pour l'établissement ?**)

173

**Tarification à l'activité Questions en suspens pour 2005 ?**

● **Publications prochaines ? :**

- ✓ **Liste Médicaments ?** → arrêté à paraître
- ✓ **Liste Dispositifs Médicaux ?** → arrêté à paraître
- ✓ **Contrat « bon usage » ?** → décret à paraître
- ✓ **Marge d'intéressement ?** (« équilibrée » ?) → arrêté à paraître
- ✓ **MIGAC** → arrêté à paraître

174



## Circuit du Médicament

175



## Circuit du médicament

- Les recommandations pour la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés
  - *Enquête publique lancée en urgence en plein été*
  - *Nombreuses contributions des adhérents du Synpreph*
  - *Remontée auprès de la DHOS de la synthèse (réalisée par nos soins)*
  - *...., Silence*

176



## Circuit du médicament

- Dossier erreur médicamenteuse avec l'AFSSAPS
  - *Août 2003 le Synpreph propose à l'afssaps une collaboration entre pharmaciens hospitaliers et Centre National de Pharmacovigilance afin de travailler sur le risque lié aux erreurs médicamenteuses*
  - *Juillet 2004 : Invitation du réseau REEM à exposer son expérience*
  - *Volonté du CNPV a développer des partenariats avec les professionnels*
  - *Problèmes de territoire :*
    - *entre : DHOS, AFSSAPS et INVS*
    - *Entre : « vigilance produit » et « vigilance pratique »*

177



## Circuit du médicament

- *Volonté de pragmatisme de part et d'autre*
- *formation, de binômes « pharmacien, pharmacovigilant ».*
- *Objectif : lutter contre les erreurs médicamenteuses évitables dans les établissements de santé. Participant :*
  - Amiens
  - Besançon
  - Brest
  - Clermont Ferrand
  - Dijon
  - Grenoble
  - Limoge
  - Lyon
  - Paris
  - Marseille

178



## Circuit du médicament

- *Septembre 2004 première réunion des binômes qui décide :*
  - *L'afssaps adresse à chaque binôme un questionnaire afin de recenser les initiatives déjà en place ou la proposition d'expérience qui pourrait être envisagée.*
  - *Synthèse des propositions*
  - *Plan d'action*
- *Mars 2005 réunion de confirmation du dispositif, restent à préciser :*
  - *Les attentes de l'afssaps*
  - *Définition d'une méthodologie commune*

179



## Codification / interopérabilité

- standards d'interopérabilité
  - *Comme les autres secteurs médicotchnique (radiologie : DICOM, biologie : HPRIM), la pharmacie hospitalière s'est dotée de standards d'interopérabilité :*
    - *PN13 : groupe de prénormalisation N° 13*
    - *CIO : Codification interopérable*
  - *Intérêts*
    - *Faire communiquer les applications du circuit du médicament, internes et externes à l'établissement,*
    - *Identifiants et descriptifs du médicament uniques dans toutes les applications,*
    - *Facilite les exportations de données : T2A, Exploitations statistiques, EDI...*

180



## Codification / interopérabilité

- ➔ Gestion externalisée des fichiers médicaments pour tous les attributs communs : code, libellé, voies, forme, nombre de gouttes/ml... : gain de temps au profit du cœur du métier
- ❑ La référence à ces standards doit être mentionnée dans les cahiers des charges (CCTP) relatifs au circuit du médicament, par les pharmaciens ou les informaticiens.
- ❑ Textes types disponibles sur
  - ➔ [www.phast.fr](http://www.phast.fr)
- ❑ Contacts :
  - ➔ GIP GMSIH : [www.gmsih.fr](http://www.gmsih.fr)

181



## Codification / interopérabilité

- ❑ Groupe de travail du GMSIH
  - ❑ A l'invitation du GMSIH le Synprefh participe à un groupe de travail sur l'interopérabilité entre :
    - ➔ le système d'information de la pharmacie et le système d'information de l'établissement de santé (SIH)
    - ➔ le système d'information de la pharmacie hospitalière et les systèmes d'information des officines.

182



## Codification / interopérabilité

- ❑ Ce travail sera relayé au niveau international dans le cadre du consortium IHE (Integrating Healthcare Enterprise) qui associe à ce jour plusieurs pays européens, américains (USA, Canada), asiatiques (Japon, Corée) et l'Australie.

183



## Systèmes d'information sur le médicament

- ❑ Participation du SYNPREFH aux travaux du CNIS (Conseil national de l'information statistique) sur le médicament.
  - ❑ Objectifs
    - ➔ Faire l'état des lieux de l'information sur le médicament en France
    - ➔ Proposer des solutions pour améliorer la mise à disposition d'informations
  - ❑ Conclusions
    - ➔ « Le manque le plus inquiétant concerne la phase de dispensation des médicaments à l'hôpital, qu'il s'agisse de mesurer la rétrocession ou d'étudier la consommation de médicaments par les patients hospitalisés »

184



## Systèmes d'information sur le médicament

- ❑ Préconisation
  - ➔ « l'organisation par la DRESS d'un recueil d'informations portant sur les différents aspects de la consommation de médicaments à l'hôpital »
- ❑ Expertise du SYNPREFH :
  - ➔ ce recueil d'informations doit
    - ❑ Etre ambitieux,
    - ❑ Etre automatisé
    - ❑ Permettre de constituer un infocentre utilisable par l'ensemble des partenaires intéressés par les données sur le médicament à l'hôpital (DHOS, Cour des comptes, Caisses d'assurance maladie,, ARH, DRASS ...
    - ❑ Supprimer toutes les enquêtes chronophages imposées aux pharmaciens

185



## Systèmes d'information sur le médicament

- ❑ Le projet tel qu'il est proposé actuellement par la DRESS ne nous semblant pas répondre à toutes ces exigences, ce point a été précisé dans le courrier de politique générale adressé au ministre par le président du SYNPREFH

186



## Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

187



## Préparateurs en pharmacie hospitalière (1)

- Relire Lettre Syndicale 91- 3<sup>ème</sup> trimestre 2004
  - VAE : Valorisation des acquis de l'expérience , Arrêté 25 janvier 2005 pour Aide-soignant en attente pour PPH.
  - FC : formation continue. RAS. Sur le site de Paris, une dizaine de pph en place suivent certains modules (Sté, DMS).
  - Ouvertures des Centres de TOURS et de METZ.

188



## Préparateurs en pharmacie hospitalière (2)

- Deux soucis
  - Age limite : Décret 15 février 2005 relatif aux dérogations à la limite d'âge supérieur (suite de contrat d'apprentissage, inaptitude physique...) peu d'impact.
  - Financement : régionalisation. Donc interventions locales +++.
- En conclusion, Dossier en phase transitoire
  - pierre fauve

189



## Assurances Professionnelles

190



## Assurances professionnelles

- Patient victime d'un dommage subi à l'hôpital
  - Demande d'action punitive (sanctions)
  - Demande de réparations (dommages et intérêts)

191



## Assurances professionnelles

- Juridictions saisies
  - Dans 99 % des cas la juridiction saisie sera le tribunal administratif (TA) car considéré comme faute de service
    - Défaut d'organisation
    - Faute non grave qui ne coupera pas le lien qui unit le praticien à son établissement
    - C'est l'hôpital qui pourra être jugé responsable

192



## Assurances professionnelles

- **Dans 1% des cas**
  - Faute personnelle du praticien (faute détachable du service)
  - Dans ce cas le praticien répond personnellement de ses actes devant une juridiction pénale ou civile

193



## Assurances professionnelles

- **Conséquences éventuelles des actions civiles et pénales**
  - Prison, amende, dommages et intérêts
  - Au tribunal correctionnel le juge pénal estime que l'infraction constitue:
    - ⌘ Une faute détachable du service et fixe lui-même les dommages et intérêts
    - ⌘ Une faute de service et demande au TA de fixer les dommages et intérêts

194



## Assurances professionnelles

- **Une faute pénale ne constitue pas ipso facto une faute détachable du service**
  - Une condamnation pénale d'un praticien n'entraîne pas ipso facto sa condamnation au civil
  - La faute pénale n'est pas assimilée à une faute détachable du service
  - Le plus souvent même si une faute pénale est retenue à l'encontre du praticien c'est donc l'établissement hospitalier qui indemnise les victimes

195



## Assurances professionnelles

- **Une faute pénale ne constitue pas ipso facto une faute détachable du service (cour cassation 17/09/2002)**
  - L'épouse du patient DCD obtient le condamnation pénale d'un médecin hospitalier pour homicide involontaire.
  - L'épouse de la victime demandait aussi des dommages et intérêts sur le fondement de la faute personnelle commise par le PH
  - Les juges ne condamnent pas le médecin à payer des dommages et intérêts, jugeant qu'il ne s'agit pas d'une faute détachable du service

196



## Assurances professionnelles

- **Jurisprudence chez le pharmaciens hospitaliers**
  - **3 cas seulement de condamnations pénales depuis 1963**
    - Pour la dernière affaire jugée en 2002 et reconnue comme une faute détachable du service il n'y avait pas de dommages et intérêts demandés!!!

197



## Assurances professionnelles

- **Que fait le SYNPREFH**
  - **Le syndicat assure la protection juridique de ces adhérents hospitaliers**
    - Travaillant dans un établissement public de santé
    - A jour de cotisation
    - Après accord du bureau national
    - Cette défense est assurée par le cabinet LUCAS BALOUP
  - **Point sur les demandes faites par le SYNPREFH pour une responsabilité civile professionnelle groupée**

198