



Brest, le 2 mars 2009

Madame la Sénatrice, Monsieur Le Sénateur,

Le Synprefh (Syndicat national des pharmaciens d'établissements publics de santé) est membre de l'Intersyndicale nationale des praticiens hospitaliers (INPH), et regroupe la majorité des praticiens hospitaliers pharmaciens des établissements publics de santé.

Nous avons choisi de servir l'hôpital public pour améliorer l'efficacité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients ainsi que garantir la qualité et la continuité du circuit des produits de santé.

En amont de la discussion prochaine de la loi HPST au Sénat et suite aux amendements votés par l'Assemblée Nationale sur les premiers articles du titre 1 de la loi, nous souhaitons attirer votre attention sur la grande inquiétude des praticiens hospitaliers face à la teneur de plusieurs dispositions, non modifiées malgré leurs propositions.

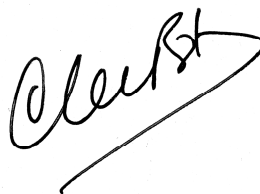
Dans le service public hospitalier, les responsables médicaux, pharmaceutiques et odontologiques engagés avec un dévouement d'ailleurs sans cesse souligné par les responsables politiques lors de situations d'urgences (canicule) ou d'épreuves sanitaires doivent être partie prenante de la conduite générale de l'établissement. L'ordonnance du 2 mai 2005 préconisait une élaboration des décisions partagée – ce qui ne signifie pas absence de décision !- entre la direction et les médecins désignés par leurs pairs au sein de la CME ; il serait incompréhensible de revenir sur cet apport de la réforme de la gouvernance. Ce partage constitue en effet le meilleur garant, en ces temps de contraintes budgétaires, du maintien de la synergie et de la motivation nécessaires à la réalisation des projets d'établissements. Or ce rôle apparaît très diminué par le projet de loi puisque les praticiens ne sont plus en charge au sein de la CME d'élaborer le projet médical.

La réforme de l'hôpital ne peut se faire contre l'avis du personnel médical. Le titre I de la loi tel qu'il vient d'être voté modifie profondément la place et l'influence du corps médical au sein des instances décisionnelles. Pour éviter une démobilisation des praticiens et nuire à l'attractivité des carrières hospitalières, le Synprefh revendique un juste équilibre entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical. La majorité des amendements proposés vise à reconnaître la place et le rôle primordial des praticiens et de la communauté médicale pour toutes les décisions interférant avec la qualité des soins, l'indépendance professionnelle des

médecins et le respect de leurs obligations déontologiques. Par ailleurs, certaines modifications statutaires proposées risquent d'aggraver davantage le déficit démographique dans plusieurs spécialités, reproduisant dans le public ce qui existe dans le secteur privé, notamment des différentiels de rémunérations dissuasifs. Ces mesures sont de nature à détourner nos jeunes collègues de certaines spécialités.

Ainsi, nous vous sollicitons avec l'ensemble des syndicats de l'INPH afin de défendre les modifications ci-jointes de la première partie du projet de loi qui nous apparaissent primordiales pour développer l'attractivité de l'hôpital public et permettre à nos confrères d'exercer pleinement leurs missions.

Vous remerciant de l'attention que vous pourrez porter à ces propositions, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées



Mariannick LE BOT
Présidente du SYNPREFH

ANNEXE AMENDEMENTS

1. Amendement relatif au **projet médical (Art 6)**

La reconnaissance de la prééminence de la communauté médicale dans la définition de la stratégie médicale des établissements est seule garante de la cohésion et du développement de l'hôpital public. Cela constitue la clé de voûte de l'ensemble du dispositif.

Le Président de la commission médicale d'établissement, en tant que Vice-Président du directoire, doit être reconnu comme étant responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, qui est arrêté par le directoire après avis de la commission médicale d'établissement.

Art 6143-7 : Le président du directoire...arrête le projet médical de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement et décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ».

Nous souhaitons qu'il soit modifié dans le sens :

« Le président de la commission médicale d'établissement est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet médical de l'établissement. Le projet médical est préparé par la commission médicale d'établissement et voté par le directoire »

2. Amendement relatif à la **composition du directoire (Art 6)**

Le directoire est doté de compétences larges en matière de stratégie et conduite de l'établissement. Président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Il doit pour cela s'appuyer sur un ensemble de praticiens hospitaliers représentant la CME chargée d'élaborer le projet médical.

Or la nomination et la révocation des responsables médicaux au sein du directoire après seulement « avis » du président de CME permet d'imaginer que si un directeur n'est pas satisfait des membres du personnel médical, pharmaceutique ou odontologique du directoire, il a toute liberté pour modifier les représentants siégeant au sein du directoire.

Le texte actuel de **l'art L 6143-7-4** stipule : « Les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire. Les autres membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique ».

Nous proposons une modification de l' Article L6143-7-4 : « Les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire . Ils sont proposés par la CME et nommés conjointement par le président et le vice-président du directoire »

3. Amendement relatif aux **contrats de pôles (Art 8)**

L'implication de l'ensemble de la CME et de son président est majeure afin de prendre en compte et impliquer les praticiens dans la réalisation future du contrat.

L'Art. **L. 6146-1** mentionne : « Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle »

Nous souhaitons qu'il soit modifié de la manière suivante :

« Le directeur signe avec le chef de pôle et le président de la CME un contrat de pôle qui précise les objectifs et moyens du pôle »

4. Amendement relatif à **l'organisation en pôles (Art 8)**

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical de l'établissement, en accord avec le président de la commission médicale d'établissement....

Nous souhaitons que l'organisation en pôle soit proposée en CME et votée par le directoire :

Art L 6146-1 : «... La CME propose au directoire une organisation de l'établissement en pôles d'activité, conformément au projet médical. Le directeur, conjointement avec le vice-président du directoire définit l'organisation en pôles de l'établissement... » .

5. Amendement relatif aux **chefs de pôle (Art 8)**

Les chefs de pôle d'activité sont nommés par le directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, pour une durée fixée par décret. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Nous souhaitons que la CME propose les chefs de pôle :

Art L 6146-1 «Les chefs de pôle d'activité sont proposés au directoire par la CME. Ils sont nommés par le directeur après avis du président de la CME... »

6. Amendement relatif aux **conseils de pôles (Art 8)**

Supprimés dans le nouvel article **L 6146-2**, nous demandons leur maintien qui permet l'expression des différents représentants des membres composant le pôle.

7. Amendement relatif à **l'HAD (Art 1)**

L'art **L5126-2** CSP stipule à présent que les pharmacies à usage intérieur peuvent approvisionner en médicaments réservés à l'usage hospitalier les établissements de santé délivrant des soins à domicile ne disposant pas de PUI.

Cette disposition paraît logique, les officines de ville n'ayant pas accès à la commande des médicaments réservés à l'hôpital.

Nous demandons le retrait de la disposition suivante qui va à l'encontre du rôle et des missions des pharmacies à usage intérieur, ces pharmacies étant chargées d'approvisionner en produits de santé l'ensemble des patients de l'établissement :

« Les établissements de soins à domicile qui ont une PUI peuvent confier à une pharmacie d'officine une partie de la gestion, approvisionnement, préparation, contrôle, détention des médicaments et DMS »

8. Amendement relatif au statut de praticien hospitalier (Art 10)

Nous souhaitons que tous les praticiens hospitaliers puissent bénéficier au sein de leur statut de valences contractuelles (dispositions complémentaires au statut qui selon leur nature sont rémunérées pour le praticien ou donnent lieu à temps médical supplémentaire pour les équipes médicales) et que celles-ci soient précisées au sein de l'Article 6152-3.

Ces dispositions particulièrement importantes, propres à faire évoluer l'ordonnance de 1958 sont le gage d'une attractivité augmentée pour les praticiens hospitaliers désireux de s'investir dans des missions complémentaires d'enseignement, recherche ou des missions transversales (hygiène, gestion des risques, évaluation, participation à la gestion de l'établissement...)

La création de contrats particuliers de cliniciens ne doit pas conduire à la création d'un corps de praticiens privatisés, déresponsabilisés, qui ne seront à notre sens ni impliqués dans la gestion de l'hôpital, ni garants de l'amélioration de la qualité des soins. La création d'équipes mixtes regroupant pour des mêmes activités ces deux types de statut est de nature à créer ou renforcer les conflits au sein des équipes médicales.

Nous proposons la rédaction suivante de l'article **L 6152-3** « Les praticiens mentionnés à l'article L.6152-1 peuvent bénéficier de valences contractuelles pour des missions spécifiques. Les conditions de mise en œuvre des valences sont déterminées par décret du ministre de la santé et du ministre de l'enseignement supérieur pour les parties qui les concernent ».

9. Amendement relatif aux communautés hospitalières de territoire (Art 12)

Nous souhaitons que le projet médical de territoire soit élaboré et approuvé par l'instance représentative des praticiens hospitaliers et proposons la modification correspondante pour l'**Article L.6132-4 4° alinéa** : « Les établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire **créent** des instances communes de représentation et de consultations du personnel selon des modalités définies par voie réglementaire. Le projet médical de territoire est élaboré et approuvé par l'instance représentative des médecins, pharmaciens et odontologistes de la communauté de territoire. »

« Par exception à l'article L. 6144-1, la commission médicale d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des commissions médicales d'établissement des établissements membres »

10. Amendement relatif à la **formation médicale continue (Titre II, Art 19)**

Nous pensons que la formation continue des praticiens est impérative, qu'elle doit être validante et non laissée à l'initiative du praticien, qu'elle doit s'appuyer sur le perfectionnement des connaissances et l'évaluation formative, que la formation des praticiens pharmaciens ne doit pas être détachée de celle des praticiens médecins avec lesquels des évaluations des pratiques interdisciplinaires sont déjà mises en place.

Le projet de loi HPST modifie le dispositif de formation continue des professionnels de santé. Les pharmaciens hospitaliers, de même que les biologistes et odontologistes sont actuellement intégrés dans le dispositif de formation continue des médecins hospitaliers et relèvent du Conseil National de Formation Médicale Continue Hospitalière (CNFMC-H). Ceci est logique, les praticiens étant soumis, dans le cadre de leur exercice et dans le dispositif de certification des établissements de santé, aux EPP pluridisciplinaires mises en place dans leurs établissements. Le CNFMC disparaît dans le projet de loi.

Par ailleurs, il est indispensable de donner les moyens et les outils aux établissements d'assurer une formation médicale sur le plan institutionnel et managérial, au bénéfice de leurs praticiens. Il est donc proposé d'instaurer une cotisation obligatoire auprès des établissements, afin de financer la formation médicale continue et d'en confier la mutualisation et la gestion à un organisme paritaire agréé par l'Etat

Le Synprefh propose donc d'ajouter les dispositions suivantes :

« Le conseil national de la formation médicale continue propose et met en œuvre la politique de formation continue pour l'ensemble des professionnels de santé.

S'agissant du personnel médical, pharmaceutique et odontologique des établissements de santé, une section hospitalière du CNFMC élabore un barème de validation de la formation continue et délivre un agrément des organismes offrant des programmes de FMC et d'EPP, afin de garantir la qualité des actions de formation et d'évaluation»

« Il est institué dans les établissements publics de santé une contribution destinée au financement de la formation continue institutionnelle et managériale des praticiens énumérés à l'article L 6152-1 du code de la santé publique dont le taux est fixé par décret. La gestion et la mutualisation de cette contribution est confiée à un organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat. »