

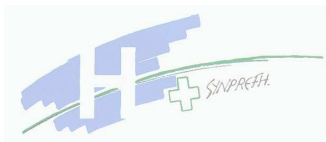
Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

PARIS
21 Janvier 2014



Journée d'hiver du SYNPREFH 2014

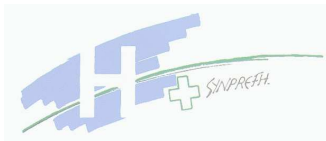
Amphithéâtre MGEN Paris 14^{ème}



Programme de la journée

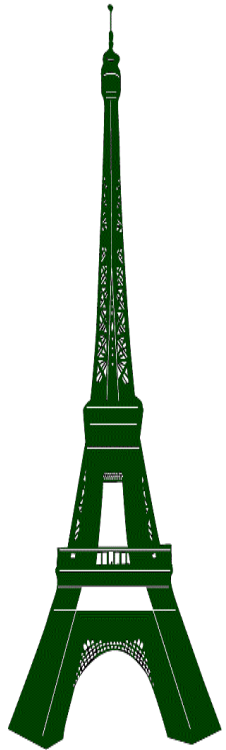


- **Allocution du président**
- **Actualités professionnelles et syndicales**
- **Assemblée générale extraordinaire**
- **Livre Blanc**
- **Présentation Hopipharm La Rochelle**



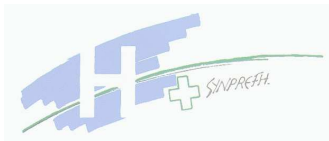
Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

PARIS
21 Janvier 2014



Allocution du Président

Dr Patrick LEGLISE



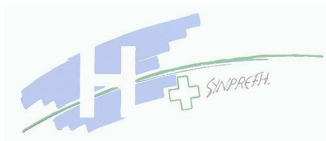
Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

PARIS
21 Janvier 2014



ACTUALITES PROFESSIONNELLES ET SYNDICALES

Bureau National



Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

PARIS
21 Janvier 2014



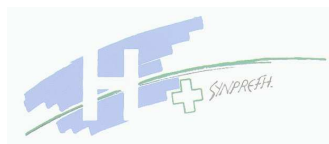
Commissions régionales paritaires

**Décret N°2013-843 du 20 septembre
2013**

Arrêté du 20 septembre 2013

**Instruction DGOS/RH4/2013/394 du
29 novembre 2013**

Bernard Dieu



Commissions régionales paritaires



- **CRP placée auprès du directeur ARS et consultée sur :**
 - ***Organisation permanence et continuité des soins et permanence pharmaceutique dans les Ets publics de santé + évaluation de cette organisation***
 - ***Suivi des emplois médicaux et adaptation aux besoins de santé***
 - ***Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des personnels médicaux***
 - ***Actions d'amélioration de l'attractivité des professions médicales***
 - ***Demandes de dépassement du plafond de progression annuelle du CET des praticiens***
 - ***Bilan de la réalisation du temps de travail additionnel***
 - ***Elaboration et diffusion de BP relatives à***
 - ✓ **Santé au travail et prévention risques psychosociaux**
 - ✓ **Gestion du temps de travail**
 - ✓ **Dialogue social**
 - ***Actions de conciliation dans la gestion des praticiens ou prévention des conflits à la demande du CNG***

Commissions régionales paritaires

■ Composition : 24 membres

● 12 représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des ES

- ✓ 10 représentants des PH* et des personnels enseignants et hospitaliers désignés par les 5 organisations syndicales les plus représentatives en fonction de leur représentativité (Avenir hospitalier, CPH, CMH, INPH, SNAM-HP)
- ✓ 1 représentant des chefs de cliniques et des assistants des hôpitaux
- ✓ 1 représentant des internes

● 12 représentants des ES et ARS

- ✓ 4 représentants des directeurs des Ets publics de santé
- ✓ 4 représentants des présidents de CME
- ✓ 4 représentants ARS dont DG avec voix prépondérante en cas d'égalité des voix

* dans l'ancienne composition seulement 8 PH (2 pour chacune des 4 organisations syndicales [CPH, CMH, INPH, SNAM-HP] sans tenir compte de leur représentativité)



Commissions régionales paritaires

■ Fonctionnement



- *Les modalités de fonctionnement de la commission sont fixées par l'arrêté du 25 mars 2007 modifié.*
- *Afin de permettre à cette commission de remplir pleinement sa mission d'instance de concertation, le nombre minimal de réunions annuel sur convocation du directeur général de l'agence régionale de santé est porté de deux à trois réunions par an.*
- *La commission peut également être convoquée à la demande de la moitié de ses membres.*

Commissions régionales paritaires

■ Calendrier de mise en place

● *Décembre 2013 – janvier 2014 :*

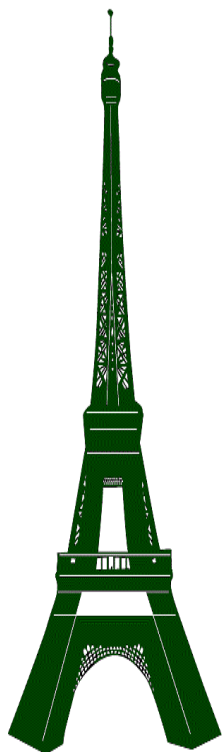
- ✓ Communication à chaque directeur général de l'ARS concernée des noms des membres titulaires et suppléants

● *Janvier – février 2014 :*

- ✓ La composition de la commission est fixée par arrêté du directeur général de l'ARS

● *Février – mars 2014 :*

- ✓ La commission devra être installée et tenir sa première réunion sur la base d'un ordre du jour établi en concertation avec les représentants des personnels médicaux.



Commissions régionales paritaires

■ représentation du Synprefh au sein de l'INPH



ALSACE	S. WISNIEWSKI	CHU Strasbourg	Tit
AQUITAINE	J. CARON	CHS Cadillac	Tit
AUVERGNE	M. JOUANNET	CHU Clermont Ferrand	Tit
BASSE NORMANDIE	A. BOBAY-MADIC	CH Lisieux	Tit
BOURGOGNE	JL. VAILLEAU	CHS Chartreuse	Tit
BRETAGNE	M. LEBOT	CHU Brest	Tit
CENTRE	I. PLOCCO	CHR Orléans	Sup
CHAMPAGNE- ARDENNES	P. JANIAN	GHAM Sezanne	Sup
CORSE	C. VAN CAPPEL DE PREMONT	CH Ajaccio	Tit
FRANCHE COMTE	C. CORNETTE	CHU Besançon	Tit
GUADELOUPE	G. PETIT DE LA RHODIERE	CH Saint-Martin	Tit
GUYANE	JM. LEWEST	CH Cayenne	Tit

Commissions régionales paritaires



HAUTE NORMANDIE	B. DIEU	CHU Rouen	Tit
LANGUEDOC ROUSSILLON	A. DEVELAY	CHU Nîmes	Tit
LORRAINE	M. SCHWARTZENBART	CH Sarreguemines	Sup
MARTINIQUE	ML. JEAN BAPTISTE	CH Lamentin	Tit
MIDI PYRENEES	S. MERLE	CH Espalion	Tit
NORD PAS DE CALAIS	C. POLLET	EPSM Lille	Tit
REUNION	F. CHAN OU TUENG	CHU La Réunion	Tit
PACA	C. BORONAD	CH Cannes	Sup
PAYS DE LOIRE	B. ALLARD LATOUR	CH Château du Loir	Sup
PICARDIE	P. AVOT	CH Creil	Tit
POITOU CHARENTES	JP. CANTE	CH La Rochelle	Tit
RHONE ALPES	V. DUBOIS	CHU St Etienne	Tit

Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

PARIS
21 Janvier 2014



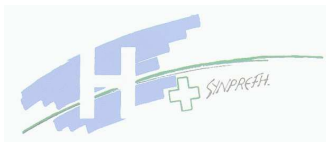
Contrat de Bon Usage

Décret du 27 septembre 2013

Arrêtés du 18 novembre 2013

Instruction 10 décembre 2013

Armelle Develay-Rambourg



Décret du 27 septembre 2013



- fixe à 5 ans la durée des CBU, en cohérence avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)
- date de transmission du nouveau modèle de rapport d'étape à l'ARS, décalée du 15 octobre au 1^{er} avril de l'année suivante
- en fonction de l'atteinte des objectifs du contrat, l'établissement bénéficiera d'un taux de remboursement entre 70 et 100 % pour les produits pris en charge "en sus"

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type



- **D'une part l'établissement s'engage**
 - *à améliorer et sécuriser le circuit du médicament et des produits et prestations*
 - *à garantir les pratiques pluridisciplinaires et le respect des référentiels de bon usage*
- **D'autre part il formalise des engagements spécifiques aux médicaments, produits et prestations financés en sus des GHS**
- **Des objectifs de réalisation sont exprimés pour chacun des engagements souscrits**
- **Ils sont accompagnés d'indicateurs et d'un échéancier de mise en œuvre sur la durée du contrat**

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type



- Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations

L'établissement souscrit à un programme pluriannuel d'actions qui doit porter *a minima* sur :

- *le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse*
- *l'informatisation*
 - ✓ de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament
 - ✓ et du circuit des produits et prestations de la prescription jusqu'à l'implantation du DM

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type



- **le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative**
- **la traçabilité de la prescription, à l'administration des médicaments ou à l'utilisation des DM**
- **la centralisation de la préparation des anticancéreux sous la responsabilité d'un pharmacien**



Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type

■ Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau

Notamment dans le domaine du cancer, l'établissement s'engage à

- *organiser et tracer la pratique pluridisciplinaire au sein de l'établissement pour garantir au patient une proposition de traitement s'appuyant sur des protocoles validés et actualisés*
- *participer au réseau régional de cancérologie pour partager, actualiser, valider, voire évaluer les référentiels*

Pour les maladies rares, la prescription initiale d'un médicament orphelin ou de traitement d'une maladie rare ne peut se faire que sur avis d'un centre de référence

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type



- Engagements spécifiques pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation et respect des référentiels nationaux de bon usage pour les médicaments, produits et prestations

L'établissement doit mettre en œuvre

- *la prescription et la dispensation à délivrance nominative*
- *la traçabilité de la prescription à l'administration pour les médicaments ou à l'utilisation pour les DM dans le dossier patient, avec suivi des retours en cas d'arrêt du traitement*

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type



- *le suivi par la PUI de la consommation individuelle par patient et par prescripteur*
 - ✓ **des médicaments en UCD**
 - ✓ **des DM**
- *l'information des prescripteurs sur les recommandations ou avis médico-économiques de la HAS, afin qu'ils observent la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins*
- *la centralisation de la préparation des anticancéreux sous la responsabilité d'un pharmacien*

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type



● *une utilisation des produits conforme*

- ✓ **soit aux indications de l'AMM**
- ✓ **soit aux recommandations temporaires d'utilisation (RTU)**
- ✓ **soit à un protocole thérapeutique d'utilisation (PTT)**
- ✓ **soit, à défaut et exceptionnellement, le prescripteur porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture**

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type



- ***Un suivi semestriel de ces prescriptions est présenté à la CMDM et adressé à l'observatoire régional et au DG de l'ARS***
- ***L'utilisation non conforme peut donner lieu à des diminutions de remboursement par l'assurance maladie***
- ***Au vu des échanges sur l'utilisation de ces produits par l'observatoire régional, le contrat peut chaque année être complété pour intégrer des objectifs qualitatifs et quantitatifs concernant certains de ces produits pour en améliorer l'usage***

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le CBU type



■ Procédure d'autoévaluation

- *L'établissement se dote d'un dispositif de suivi et d'audit lui permettant de s'assurer de l'application des engagements souscrits*
- *L'évaluation figure dans le rapport d'étape annuel.*
- *Pour les médicaments, produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, l'établissement peut fournir à l'ARS et à l'assurance maladie les éléments nécessaires à leur contrôle*

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le modèle du rapport d'étape annuel



- Le recueil des indicateurs repose notamment sur celui mis en œuvre dans le cadre des indicateurs généralisés par l'HAS et le ministère
- Aucune nouvelle saisie ne doit être demandée aux établissements
- L'objectif du rapport d'étape annuel est d'évaluer le CBU, support de l'analyse des écarts constatés par rapport aux engagements de l'établissement
- Il définit pour chaque engagement souscrit des objectifs cibles et intermédiaires de réalisation en termes quantitatifs et qualitatifs

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le modèle du rapport d'étape annuel



- **En 2014, le rapport, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013, doit être transmis avant le 1^{er} avril 2014**
- **Pour les années suivantes, l'établissement transmet avant le 1^{er} avril, le rapport d'étape annuel de l'année précédente**
- **Le taux de remboursement, proposé d'appliquer pour 1 an, est communiqué pour le 15 mai à l'établissement qui a 10 jours pour réagir**
- **Le taux est arrêté chaque année le 1^{er} juin, et applicable du 15 juin au 15 juin de l'année suivante**

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le modèle du rapport d'étape annuel



■ Critères d'évaluation liés aux indicateurs nationaux

● *Qualité de la prise en charge*

- ✓ Indicateur : tenue du dossier patient (TDP)
- ✓ Indicateur : prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde (IDM)
- ✓ Indicateur : réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie
- ✓ Tenue du dossier anesthésique (DAN)

● *Bon usage*

- ✓ Indicateur composite du bon usage des ATB (ICATB 2)
- ✓ Indicateurs : suivi qualitatif des indications des prescriptions des médicaments et des DM hors GHS
- ✓ Mise en œuvre de la classification CLADIMED

Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le modèle du rapport d'étape annuel



- **Critères d'évaluation sans indicateurs nationaux de suivi**
 - **Politique de qualité, sécurité et efficience du médicament et des DMS**
 - ✓ Définition de la politique du médicament et des DMS
 - ✓ Politique et gestion des risques : mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011
 - ✓ Suivi des résultats de la certification
 - ✓ Informatisation de la prise en charge
 - **Efficience de la prise en charge du patient : politique d'achat des produits de santé et livret thérapeutique**
- **Critères d'évaluation appuyés sur des indicateurs et des thèmes régionaux laissés à l'appréciation de la région**



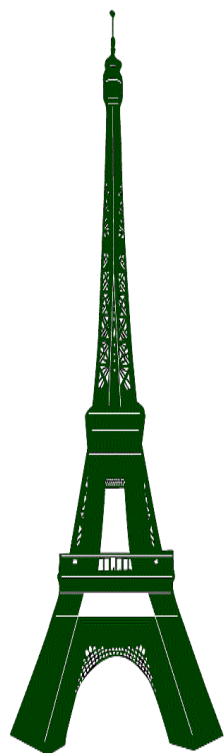
Instruction 10 décembre 2013

- Les modifications apportées sont destinées
- à laisser aux ARS une plus grande liberté d'appréciation des situations individuelles en matière de gestion
- et visent à simplifier leur charge de travail par mutualisation et synchronisme des contrôles diligentés
 - *pour les CBU (qualitatifs)*
 - *et pour la régulation (quantitatifs)*

Instruction 10 décembre 2013

■ Elle précise leurs objectifs

- **renforcer le pilotage national des CBU**
 - ✓ en fixant la même durée pour tous les contrats
 - ✓ et en proposant un contrat-type ainsi qu'un modèle de rapport d'évaluation annuel (REA), avec la précision des différents indicateurs
- **mieux articuler le CBU avec la régulation des dépenses des listes en sus**
 - ✓ les REA de l'année antérieure seront adressés à l'ARS le 1^{er} avril
 - ✓ les contrôles, communs au CBU et à la régulation, auront lieu en mars et avril
 - ✓ les propositions de taux de remboursement seront adressées avant le 15 mai et deviendront définitives le 1^{er} juin pour s'appliquer du 15 juin au 15 juin de l'année suivante
 - ✓ le REA de l'avant-dernière année dressera un rapport de synthèse des 4 premières années pour faciliter la négociation du futur CBU



Instruction 10 décembre 2013



● *adapter les dispositions existantes*

- ✓ **vérification de la conformité d'utilisation des médicaments par rapport à l'AMM et à l'arrêté d'inscription sur la liste en sus**
- ✓ **régime de sanction unifié en cas de non-respect des conditions d'utilisation**
- ✓ **intégration des recommandations temporaires d'utilisation (RTU) appelées à se substituer aux protocoles temporaires thérapeutiques (PTT) pour les médicaments au plus tard fin 2015**

Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

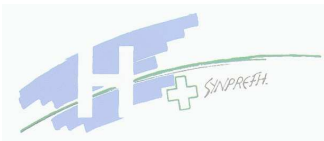
PARIS
21 Janvier 2014



Placement en recherche d'affectation

Décret n°2013-916 du 14 octobre 2013

Mireille Jouannet





Placement en recherche d'affectation

- Décret complète les dispositions relatives à la RA des PH temps plein et temps partiel
- Placement en RA
 - *à l'initiative*
 - ✓ **de l'intéressé(e) :**
 - adaptation ou reconversion professionnelle
 - ✓ **ou de l'institution**
 - Pour favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières
 - *Directeur CNG, après avis de la CSN*
 - *Durée maximale : 2 ans*
- Dans les 6 mois
 - *Après échanges avec le PH*
 - *Projet personnalisé d'évolution personnelle*
 - ✓ **Faciliter son affectation dans un EPS**
 - ✓ **Ou son accès à un autre emploi des secteurs public ou privé**

Projet



- **Souhaits d'évolution professionnelle**
- **Types d'emploi, d'activités ou de responsabilité**
- **Types de missions temporaires le cas échéant**
- **Accompagnement par le CNG**
 - *Documents écrits*
 - *Suivi individualisé et régulier du PH avec un entretien au moins bimestriel*



Ensuite ...

■ Au cours de la période de RA

- *Le directeur du CNG adresse au PH des propositions d'emploi public fermes et précises*
 - ✓ **Correspondant à son projet personnalisé**
 - ✓ **Tenant compte de sa situation de famille et de son lieu de résidence**
- *Il adresse aux chefs d'établissement dont les postes de PH vacants ou susceptibles de le devenir ne sont pas encore parus*
 - ✓ **Le CV du PH**
 - ✓ **Son projet personnalisé**
- *Le chef d'établissement transmet*
 - ✓ **Sa réponse, accompagnée de**
 - ✓ **Proposition du chef de pôle**
 - ✓ **Avis du président de CME**
 - ✓ **Si refus : il doit être motivé**

Ensuite ...

■ Au cours de la période de RA

- *Le directeur du CNG adresse au PH les propositions transmises par les établissements*
- *Le PH a 10 jours pour répondre*
 - ✓ **Sinon : considéré comme un refus**
- *S'il accepte, le directeur du CNG nomme le PH, sans publication de la vacance du poste ni consultation de la CSN*
- *Le PH qui refuse successivement 3 offres d'emploi est placé en disponibilité d'office ou admis à la retraite*



Ensuite ...



■ Moins de 4 mois avant la fin de la RA

- *Si le PH s'est vu présenter moins de 3 offres*
- *Nomination possible en surnombre dans un établissement*
 - ✓ **Après avis du directeur de l'établissement**
 - ✓ **En tenant compte**
 - du projet personnalisé du PH
 - De sa situation de famille
 - De son lieu de résidence habituel
- *Le CNG continue l'accompagnement*
- *La période de RA est prolongée de 2 ans*



Ensuite ...

- À la fin de la RA, si le PH n'a pas eu 3 propositions, il est maintenu dans cette situation
 - *Pour des périodes n'excédant pas 6 mois*
 - *Après avis de la CSN*
- **Fin de RA**
 - *Le PH accepte une offre*
 - *S'il refuse une troisième offre*
 - ✓ **Mise en disponibilité d'office**
 - ✓ **Mise à la retraite**

<http://www.cng.sante.fr/Comment-est-on-accompagne.html>

Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

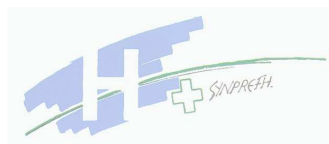
PARIS
21 Janvier 2014



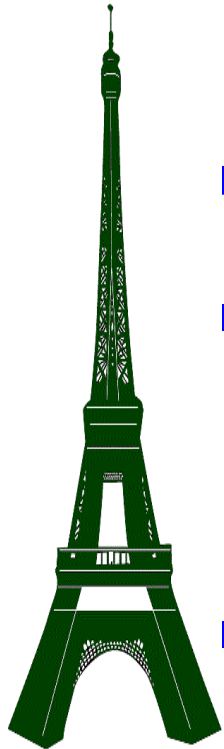
Continuité des soins et permanence pharmaceutique

Arrêté du 8 novembre 2013
Projet d'instruction DGOS

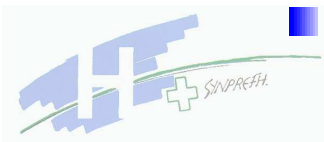
Mireille Jouannet



Quels changements ?



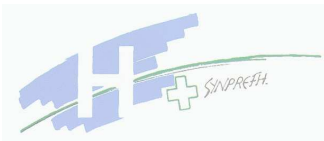
- La Commission Européenne a relevé des insuffisances dans l'application de la directive en ce qui concerne le temps de travail des PH
- L'arrêté du 30 avril 2003 est modifié, et pas abrogé : il est donc toujours en vigueur
- Mais :
 - *Toujours 2 types d'astreinte, pas de définition des astreintes opérationnelles, astreintes de sécurité, appels exceptionnels*
 - *Pas de réévaluation des montants*
- **Intégration du temps de trajet**
 - *Considéré comme du temps de travail effectif*
 - *Comptabilisé pour l'attribution du repos quotidien*
 - *Avec certaines limites ...*
- **Modalités de décompte du temps**





Temps de travail additionnel

- **Au-delà des obligations de service**
- **Sur la base du volontariat**
- **Sans qu'un refus porte préjudice**
- **Qui ?**
 - *PH temps plein et temps partiel*
 - *Assistants, assistants associés*
 - *Praticiens attachés et attachés associés*
 - *Praticiens contractuels et adjoints contractuels*
- **Durée**
 - *Long terme : 1 an*
 - *Ponctuel*
- **48 heures hebdomadaires en moyenne, lissées sur le quadrimestre**



Temps de travail additionnel



■ Comment ?

- ***Contrat de TTA conclu entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle, le directeur de l'établissement***
- ***Les périodes de TTA figurent au tableau de service***
- ***Décompte à la fin de chaque période de référence***
- ***Registres***
 - ✓ **Contrats de TTA signés**
 - ✓ **Spécialité concernée**
 - ✓ **Périodes et heures de TTA effectuées par chaque praticien concerné**
 - ✓ **Santé au travail**
- ***La COPS suit la mise en œuvre et l'application de ces mesures et transmet une évaluation à la CME***
- ***Le directeur peut restreindre ou interdire le dépassement si la santé ou la sécurité des praticiens sont affectées***
- ***TTA prioritairement dans la structure d'affectation du praticien***



Temps de travail additionnel

■ Décompte

- *Au-delà de 48 heures hebdomadaires lissées sur le quadrimestre*
- *Décompte en heures de TTA*
- *1 plage de 5 heures = 1/2 période de TTA*

■ Au choix du praticien

- *Rémunération*
- *Récupération*
- *Versement au CET*
- *1 TTA = 2 demi-journées*

« La règle de conversion ne revient pas à fixer la demi-journée réalisée au titre des obligations de service »



Déplacements

- Temps d'intervention sur place et temps de trajet = temps de travail effectif
- Décompte en heures
 - *Fractions d'heure négligées ou comptées pour une heure si < ou > à 1/2 heure*
- Temps de trajet
 - *Forfait : 1 heure aller-retour*
 - *Plafond 2 heures au total quel que soit le nombre de déplacements réalisés au cours d'une astreinte*
 - ✓ **1 heure seulement le samedi après-midi**



Décompte

- 1 astreinte : le temps d'intervention et le temps de trajet ne peut pas dépasser 2 demi-journées
- 5 heures = 1/2 journée ou 1/2 période de TTA de nuit
 - *Calcul à la fin du quadrimestre*
 - *s'il reste des heures, report sur le quadrimestre suivant*
 - *Au choix du praticien*
 - ✓ **Intégration dans les obligations de service**
 - 5 h = 1/2 journée + 1/2 indemnité de sujétion
 - ✓ **Rémunération**
 - 5 h : 1/2 période de TTA de nuit
- Par dérogation : déplacement de 3 heures d'intervention sur place
 - *Obligations de service : 1/2 journée + 1 IS*
 - *Rémunération : 1/2 TTA de nuit*

Forfaitisation



- **Toujours possible**
- **Le registre doit être tenu**
 - *Décompte du temps d'intervention*
 - *Non dépassement du temps de travail hebdomadaire de 48 h*
 - ✓ **Sinon possibilité d'intervenir si la santé et la sécurité des praticiens sont affectées**
- **Décompte uniquement dans les obligations de service**

Repos de sécurité



- **Repos de 11 heures après la fin du dernier déplacement**
- **« Le repos quotidien, après la fin du dernier déplacement, est garanti au praticien »**
 - *Comment, en pratique ?*

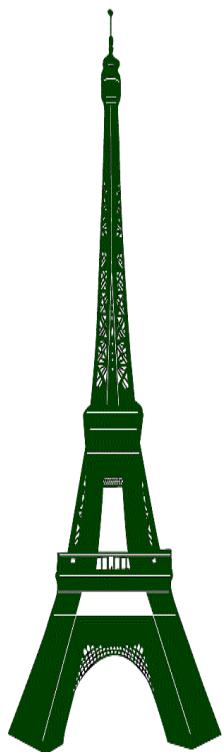


Cas n°1 : déplacement court dans la nuit

Temps intervention sur place	Heure du retour à domicile	Durée temps intervention	Durée totale	Temps à valoriser
21h30 – 22h30	23 h	1 h	1 h	2 h

Mono-appartenants	Travail effectif réalisé en astreinte	
	Intégration dans les obligations de service	Indemnisation sous forme de TTA
Obligations de service (1/2 journées)	0 demi-journée	
Solde (en heures)	+ 2 heures	+ 2 heures
TTA ou IS (€)	0 €	0 €

HU	Travail effectif réalisé en astreinte
Indemnisation sous forme de demi-garde	0 demi-garde
Solde (en heures)	+ 2 heures



Cas n°2 : déplacement plus long dans la nuit

Temps intervention sur place	Heure du retour à domicile	Durée temps intervention	Durée totale	Temps à valoriser
19 h – 23 h	23 h 30	4 h	1 h	5 h

Mono-appartenants	Travail effectif réalisé en astreinte	
	Intégration dans les obligations de service	Indemnisation sous forme de TTA
Obligations de service (1/2 journées)	1 demi-journée	
Solde (en heures)	0 heures	0 heures
TTA ou IS (€)	1/2 IS = 132 €	1/2 TTA = 237 €

HU	Travail effectif réalisé en astreinte
Indemnisation sous forme de demi-garde	1 demi-garde = 237 €
Solde (en heures)	+ 0 heures



Cas n°3 : 2 déplacements dans la nuit

Temps intervention sur place	Heure du retour à domicile	Durée temps intervention	Durée totale	Temps à valoriser
20 h - 22 h	22 h 30	2 h	1 h	3 h
01 h - 04 h	4 h 30	3 h	1 h	5 h Forfait dépl 3 h

Mono-appartenants	Travail effectif réalisé en astreinte	
	Intégration dans les obligations de service	Indemnisation sous forme de TTA
Obligations de service (1/2 journées)	1 demi-journée	
Solde (en heures)	+ 3 heures	+ 3 heures
TTA ou IS (€)	1/2 IS = 132 €	1/2 TTA = 237 €

HU	Travail effectif réalisé en astreinte
Indemnisation sous forme de demi-garde	1 demi-garde = 237 €
Solde (en heures)	+ 3 heures



Cas n°4 : 1 déplacement long

Temps intervention sur place	Heure du retour à domicile	Durée temps intervention	Durée totale	Temps à valoriser
0 h – 06 h	6 h 30	6 h	1 h	7 h

Mono-appartenants	Travail effectif réalisé en astreinte	
	Intégration dans les obligations de service	Indemnisation sous forme de TTA
Obligations de service (1/2 journées)	1 demi-journée	
Solde (en heures)	+ 2 heures	+ 2 heures
TTA ou IS (€)	1/2 IS = 132 €	1/2 TTA = 237 €

HU	Travail effectif réalisé en astreinte
Indemnisation sous forme de demi-garde	1 demi-garde = 237 €
Solde (en heures)	+ 2 heures



Cas n°5 : 1 déplacement très long

Temps intervention sur place	Heure du retour à domicile	Durée temps intervention	Durée totale	Temps à valoriser
19 h - 08 h	8 h 30	13 h	1 h	10 h Plafond 2 demi-journées

Mono-appartenants	Travail effectif réalisé en astreinte	
	Intégration dans les obligations de service	Indemnisation sous forme de TTA
Obligations de service (1/2 journées)	2 demi-journées	
Solde (en heures)	+ 0 heure	+ 0 heure
TTA ou IS (€)	2 1/2 IS = 2 X 132 €	2 1/2 TTA = 2 X 237 €

HU	Travail effectif réalisé en astreinte
Indemnisation sous forme de demi-garde	2 demi-gardes = 2 x 237 €
Solde (en heures)	+ 0 heure

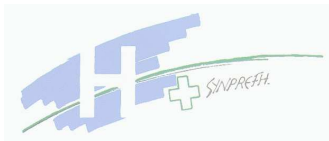
Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

PARIS
21 Janvier 2014



DES qualifiant

Gaël Grimandi



Internat qualifiant



■ Réunions DGOS- principaux syndicats- Président conférence des doyens

● *Juillet 2013*

- ✓ Accord sur le principe par la DGOS
- ✓ Méthodologie pour la mise en œuvre

● *Décembre 2013*

- ✓ Echanges sur une proposition de texte

● *Janvier 2014*

- ✓ Propositions de la DGOS aux différents partenaires concernés

Internat qualifiant

■ Propositions de texte

● *Création d'un internat qualifiant complexe*

- ✓ **Pas d'acte associé comme en biologie médicale à un DES qualifiant**
- ✓ **Nécessité de création d'une commission de spécialistes gérée par le conseil de l'ordre.**
- ✓ **Procédure longue nécessitant une modification profonde des textes législatifs et réglementaires relatifs à la profession de pharmacien et aux pharmacies à usage intérieur**
- ✓ **Après qualification perte de la possibilité d'exercer en dehors d'une PUI.**



Internat qualifiant

■ Propositions de texte

● *Option proposée*

- ✓ **Modification du code de la santé et ajout d'un alinéa à l'article L 5126-14 du Chapitre VI Pharmacie à usage intérieur et de trois articles**
 - 4° conditions d'exercice et remplacement
 - » Limitation de l'exercice en PUI aux seuls pharmaciens titulaire d'un DES de pharmacie
- ✓ **Qui pourra exercer de droit**
 - Pharmaciens titulaires
 - » du DES de pharmacie hospitalière et des collectivités
 - » du DES de pharmacie industrielle et biomédicale
 - » du DES de pharmacie
- ✓ **PUI concernées**
 - ETS publics et privés
 - Service de santé des armées à l'exclusion du gérant
- ✓ **Non concernés**
 - Sapeurs pompiers volontaires



Internat qualifiant

■ Propositions de texte

● *Option proposée*

✓ **Pour les pharmaciens non titulaires des DES**

- **Par dérogation pourront exercer les pharmaciens**
 - » **qui exercent ou ont exercé à la date du 1 septembre 2016 au sein d'une PUI une durée équivalent à deux ans temps plein entre 2006 et 2016**
 - » **Après le 1 septembre 2016 et jusqu'en 2024 reprend ou a repris un exercice au sein d'une PUI et justifie au moment de la reprise d'une activité d'une durée équivalent à deux ans temps plein au cours des 10 dernières années.**



Internat qualifiant

■ Propositions de texte

● *Option proposée*

✓ Remplacement d'un pharmacien d'une PUI par 1 interne

- Validation du 2^{ème} cycle d'études pharmaceutiques
- Validation de 5 semestres du DES et au moins un stage dans chaque domaine
- Exercice soumis à autorisation du conseil de l'ordre.
- Pas de validation de semestres en remplacement

■ Etat d'avancement du dossier

● *Réponse effectuée par le SYNPREFH, le SNPHPU, la FNSIP*

✓ Accord sur le texte par le SYNPREFH

✓ Demande de modifications pour intégrer

- Les internes du DES innovation pharmaceutique et recherche
- Les praticiens attachés associés et les assistants associés dans le cadre du système dérogatoire



Internat qualifiant

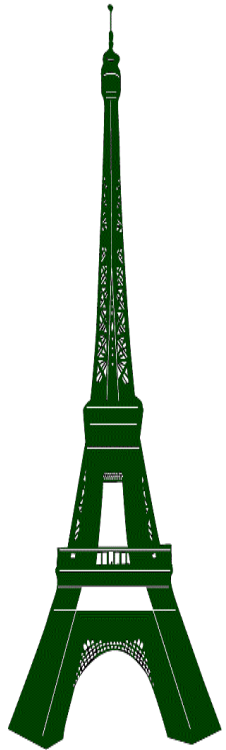
■ Conclusions

- *Textes à paraître en 2014*
- *Permet de reconnaître la formation de l'internat pour l'exercice en PUI*
- *N'exclut pas les pharmaciens exerçants et non titulaires d'un DES*
- *Augmentation du nombre de postes d'interne mis au concours*
 - ✓ **Adaptation à la nouvelle démographie**



Journée
d'Hiver du
SYNPREFH

PARIS
21 Janvier 2014



Enquête lettre syndicale

Chloë Bezel

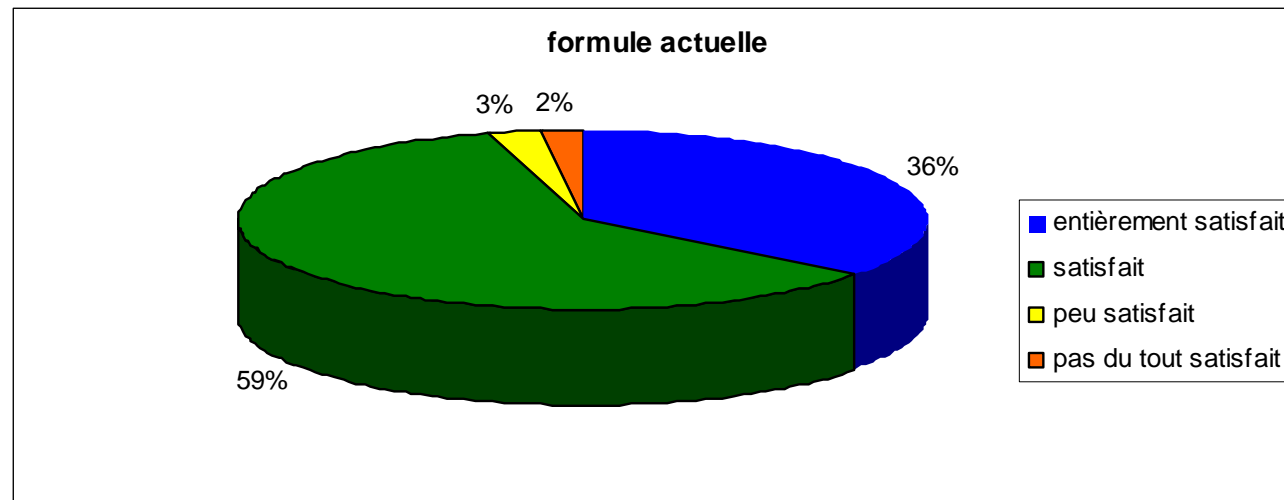




■ **Décembre 2013**

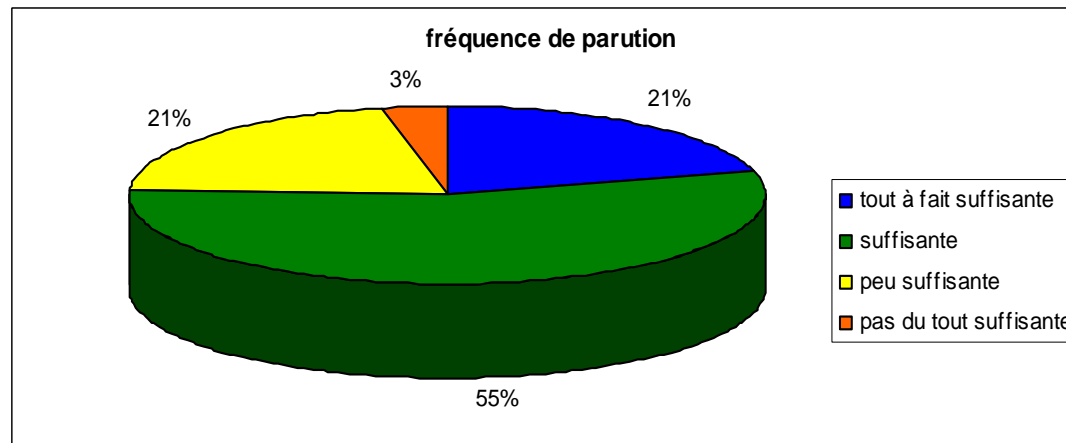
■ **219 réponses**

■ **êtes-vous globalement satisfait par la formule actuelle de la lettre syndicale ?**

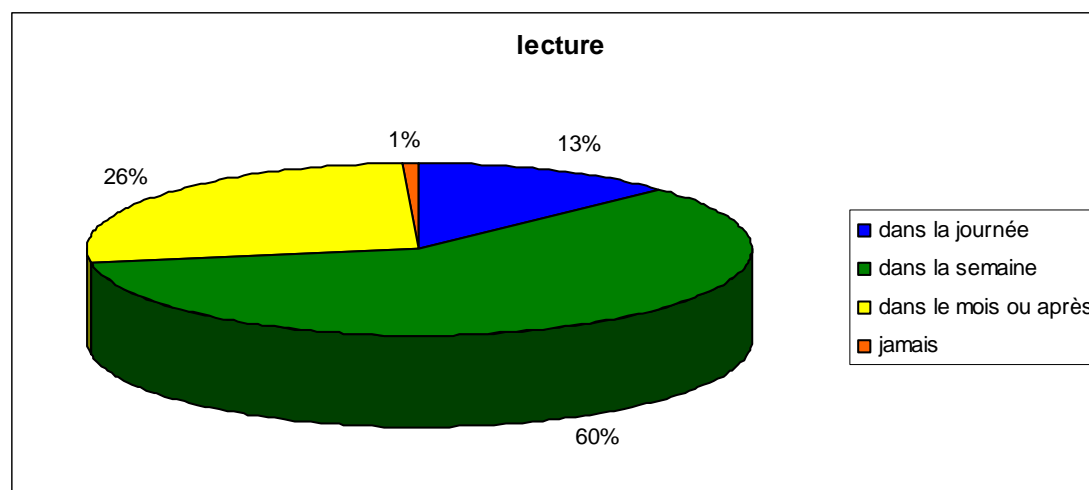


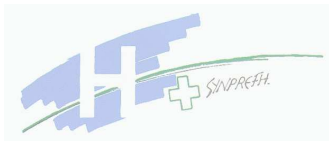


■ La fréquence de parution de la lettre syndicale vous paraît-elle suffisante ?

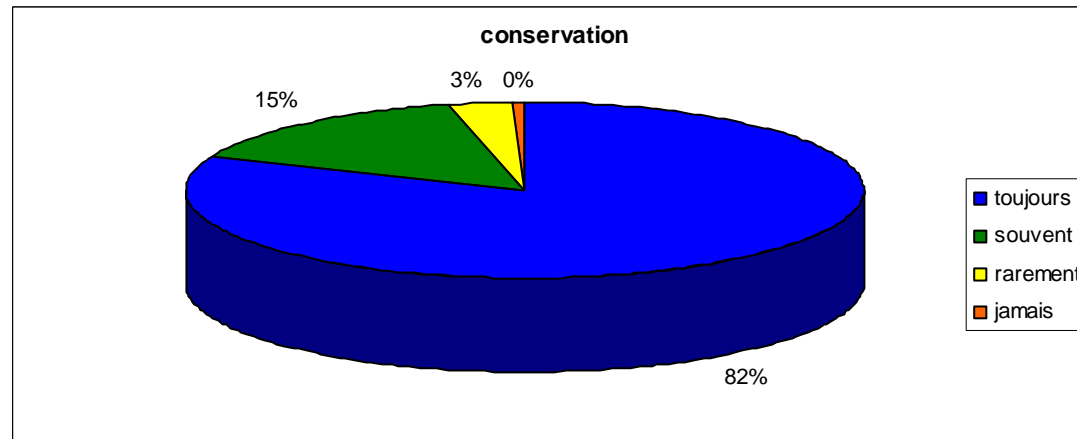


■ quand vous recevez la lettre syndicale, vous la lisez ..

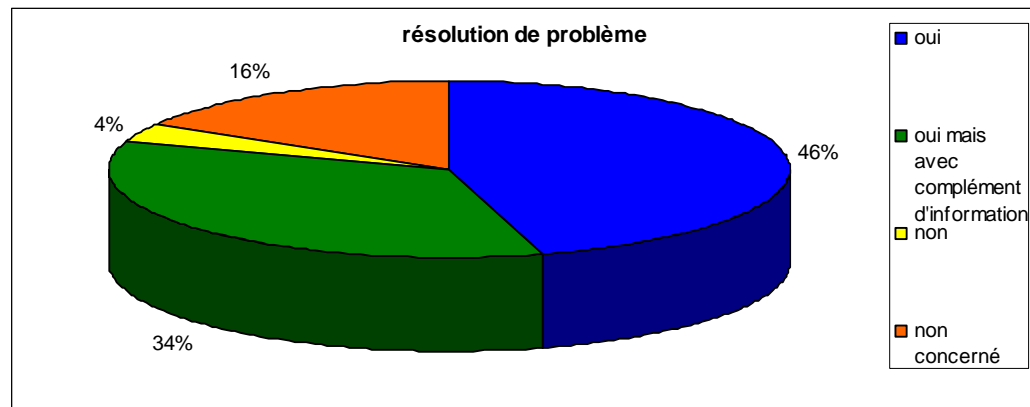


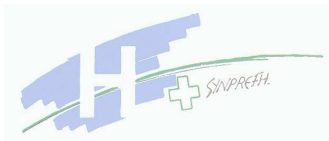


■ Gardez-vous la lettre syndicale ?

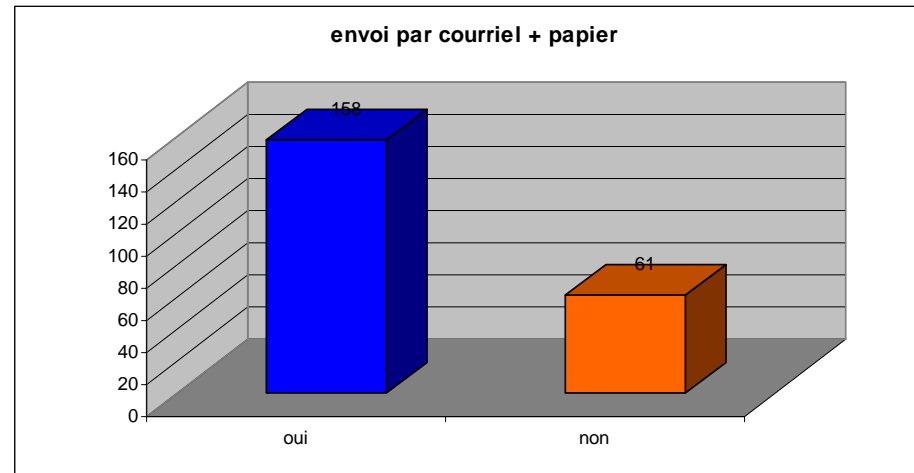


■ avez-vous résolu certains de vos problèmes professionnels grâce à la lettre syndicale ?

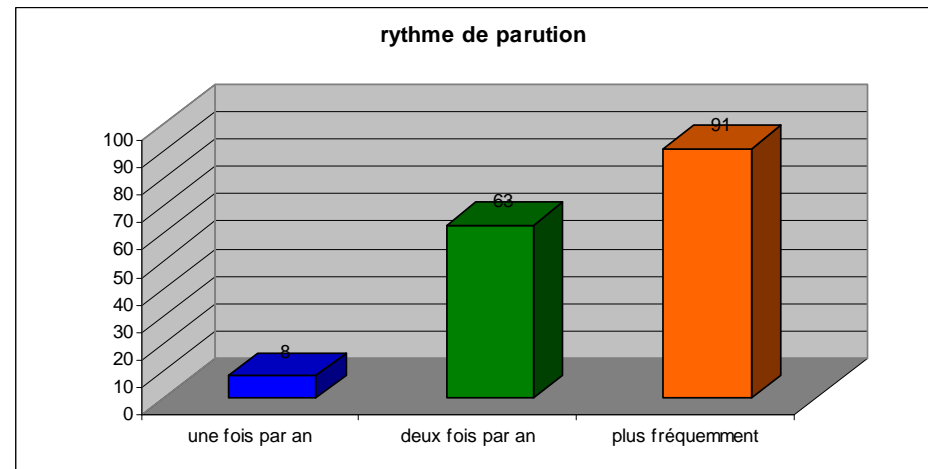




- souhaitez-vous que les articles vous soient envoyés par courriel et qu'une lettre syndicale sur papier, regroupant les articles, soit éditée régulièrement ?

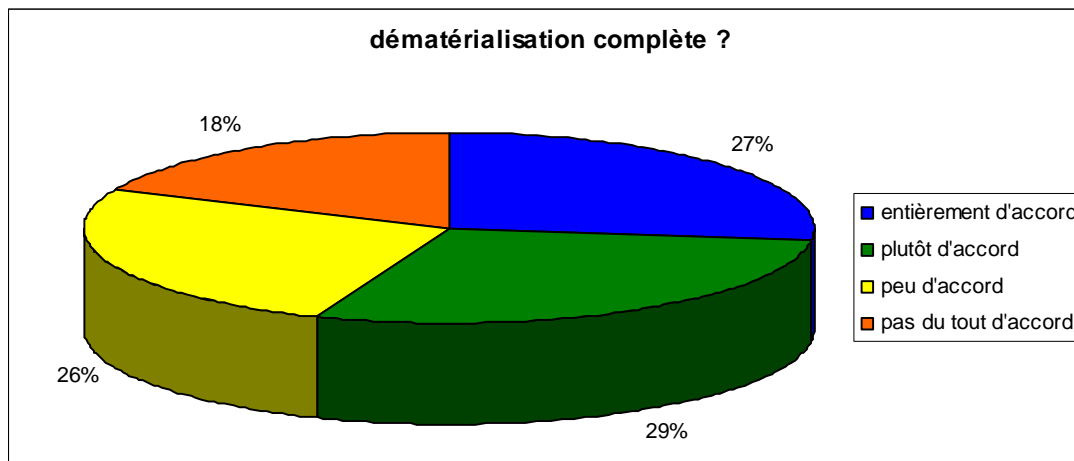


- Si oui, à quel rythme ?

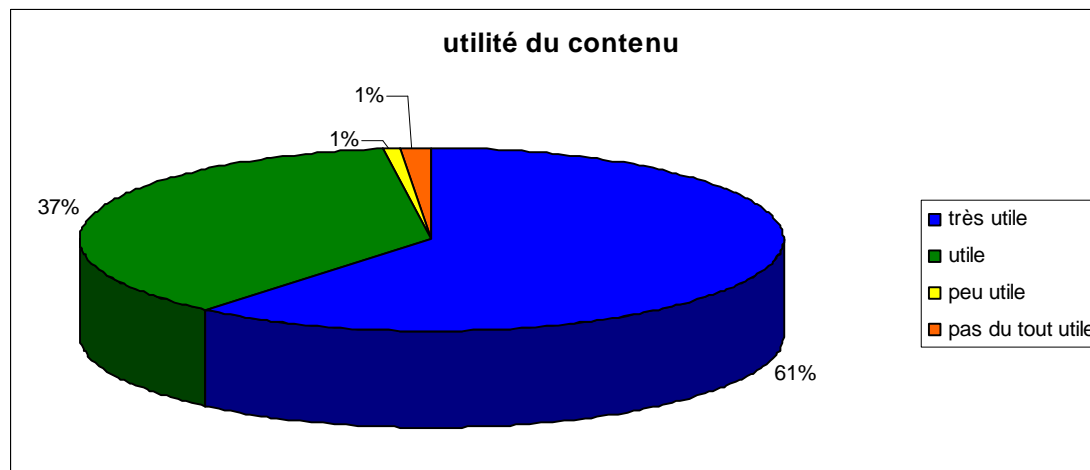


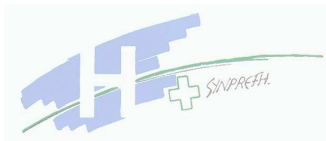


- si on vous propose de remplacer complètement la version papier par une version dématérialisée, êtes vous ?

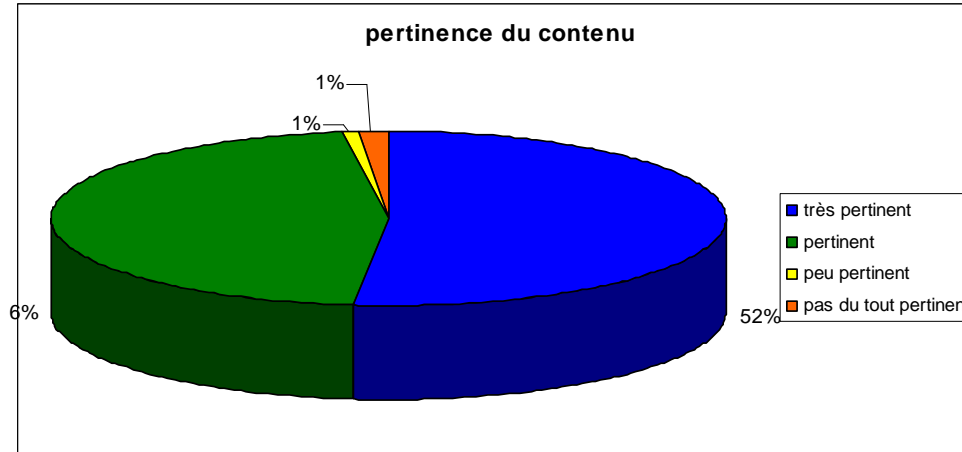


- Le contenu de la lettre syndicale vous semble-t-il utile ?

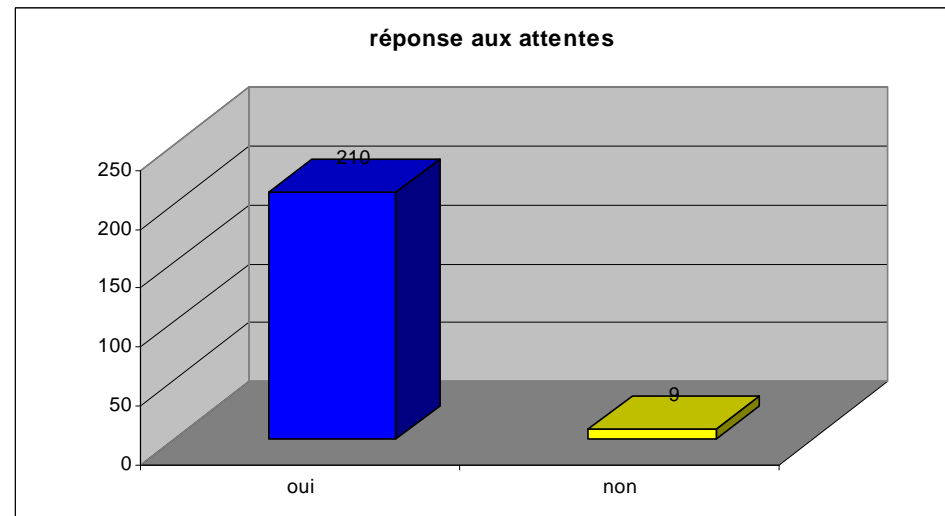




■ Le contenu de la lettre syndicale vous semble-t-il pertinent ?



■ Globalement la lettre syndicale répond-elle à vos attentes ?





Commentaires les plus fréquents

- **Remerciements pour le travail effectué**
 - ***MERCI !!!***
- **Problème du délai de parution**
- **Thèmes**
 - ***Certains la trouvent trop théorique et pas assez proche des préoccupations quotidiennes***
 - ***D'autres apprécient ce recul***
- **Version dématérialisée souhaitée**
 - ***Avec intégration sur le site***
 - ***Indexation par mots clé***
- **Version papier**
 - ***Couleur : appréciations divisées***



Conclusion

- Insertion d'une rubrique « Questions au Synprefh »
- Envoi des articles par Synprefh-net dès qu'ils sont prêts pour être en phase avec l'actualité
- Envoi d'une LS trimestrielle (?) avec entre autres les articles envoyés par S-net
- Travail en cours / indexation des articles par mots clés.
- Les LS sont accessibles pour les adhérents sur le site
- *Rubrique « services aux adhérents »*