

**ASSEMBLEE
D' HIVER DU
SYNPREFH**

23 janvier 2002

Plan de l'Assemblée d'Hiver (1)

- ⇒ **9 h 30** **Allocution du Président**
- ⇒ **9 h 50** **Circuit des produits pharmaceutiques**
- ⇒ **10 h 50** **Évaluation des activités pharmaceutiques**
- ⇒ **11 h 20** **Formation et pharmacie hospitalière**
 - *Intégration pharmacie dans le CHU*
 - *Réforme des études pharmaceutiques*
 - *Réforme de l'internat*
 - *Formation continue*
- ⇒ **12 h 20** **Présentation Hopipharm Nantes 2002**
- ⇒ **12 h 30** **Mot d'accueil Aventis**

Plan de l'Assemblée d'Hiver (2)

- ⇒ **12 h 45** **Déjeuner**
- ⇒ **14 h 30** **Actualités statutaires**
- ⇒ **15 h 15** **Statut de préparateur en pharmacie
hospitalière**
- ⇒ **15 h 45** **Questions diverses**
- ⇒ **16 h 30** **Pause**
- ⇒ **17 h 00** **Session sur le Code des Marchés
Publics**
- ⇒ **18 h 30** **Fin de l'Assemblée d'Hiver**

Politique du Synprefh



⇒ **Information des adhérents**

- *Réunions régionales*
- *Synprefh-Net*
- *Réponses aux questions particulières*

⇒ **Axes de la politique du Synprefh**

- *Négociations statutaires*
- *Adéquation moyens / missions*
- *Circuit du médicament et du DMS / lutte contre l'iatrogénie*

Actions (1)

- ⇒ **Protocole d'accord / INPH**
Avancées statutaires

- ⇒ **Loi de modernisation sociale**
 - *Intégration Pharmacie dans le CHU*
 - *Art. L. 5126-5 complété et précisé*

Loi de modernisation sociale (1)

Art. L. 5126-5 du CSP

- ⇒ La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Il est responsable du respect de celles des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.**
- ⇒ Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des personnes autorisées au sens du titre IV du livre II de la partie IV, ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à usage intérieur à raison de leurs compétences, pour remplir les missions définies au présent chapitre. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.**

Loi de modernisation sociale (2)

- ⇒ Les pharmaciens libéraux exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur peuvent être rémunérés sous forme de vacation.**
- ⇒ La pharmacie à usage intérieur est notamment chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée et notamment :**
 - d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles et d'en assurer la qualité ;**

Loi de modernisation sociale (3)

- **de mener ou de participer à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;**
- **de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.**

... ..

Loi de modernisation sociale (4)

- ⇒ Dans les établissements de santé, une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles participe, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement. La commission élit son président et son vice-président parmi ses membres médecins et pharmaciens. La composition de cette commission, son organisation et ses règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.**

Actions (2)

- ⇒ **Démographie**
 - **Besoins en pharmaciens hospitaliers**
- ⇒ **Informatisation du circuit du médicament**
- ⇒ **Sécurisation du circuit du médicament**
- ⇒ **Bonnes Pratiques**
 - *B.P. de Dispensation*
 - *B.P. de Préparation à l'Hôpital*
- ⇒ **Stérilisation**

Actions (3)

⇒ **Dispensation aux patients non hospitalisés**

– *Loi de financement de la sécurité sociale*

Article L. 162-17 du code de la sécurité sociale

« ... Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. »

Actions (4)

⇒ **Dispensation aux patients non hospitalisés**
(suite)

– *Recours du SYNPREFH*

– *Décret cité à l'article L. 5126-14 du CSP*

– *Liste des médicaments définis à l'article
L. 5126-4*

⇒ **Médiation des conflits**

⇒ **Élections**

Groupe Sécurisation du Circuit du Médicament

⇒ **Travaux présentés à Hopipharm 2001**

– *Les risques du circuit*

- **Iatrogénie, Erreurs médicamenteuses, Pharmacovigilance, Mésusage**
- **Classification des erreurs médicamenteuses**
- **Conséquences de l’iatrogénie**
 - **Pour le patient**
 - **Pour le système de santé**

Groupe Sécurisation du Circuit du Médicament

⇒ **Travaux présentés à Hopipharm 2001**

– *Propositions pour sécuriser le circuit*

- **A court terme : Pré-Informatisation**
 - **Comment sécuriser dans un premier temps les étapes Prescription / Dispensation / Administration ?**
- **A moyen terme: Informatisation**
 - **La mise sous qualité du circuit passe obligatoirement par un développement du SIH des hôpitaux et par l'informatisation de ce circuit**

Groupe Sécurisation du Circuit du Médicament

⇒ **Travaux en cours**

– *Proposition d'une méthodologie de travail dans chaque établissement*

- **Étape Pré-Informatisation**

- 1. Créer dans chaque ETS un groupe de travail pluridisciplinaire chargé de réfléchir sur l'organisation du circuit**
- 2. Réaliser une évaluation de ce circuit**
- 3. Optimiser le fonctionnement du CMDMS**
- 4. Optimiser les achats de médicaments**

Groupe Sécurisation du Circuit du Médicament

⇒ **Travaux en cours**

– *Proposition d'une méthodologie de travail dans chaque établissement*

- **Étape Pré-Informatisation**

5. **Améliorer l'information des prescripteurs et infirmiers**

6. **Améliorer les supports de prescription et administration**

7. **Améliorer l'analyse de la prescription**

8. **Optimiser la préparation**

9. **Améliorer la délivrance**

10. **Préparer l'informatisation**

Groupe Sécurisation du Circuit du Médicament

⇒ **Travaux en cours**

- *Proposition d'une méthodologie de travail dans chaque établissement*
 - **Étape Informatisation : Préparer un cahier des charges pour une informatisation du circuit**
 - **Objectifs de l'informatisation**
 - **Données réglementaires et de l'accréditation**
 - **Instances, directions, services à impliquer**
 - **État actuel du SIH et évolution prévue**
 - **Circuit actuel du médicament et insuffisances**
 - **Attentes de l'informatisation**

Groupe Sécurisation du Circuit du Médicament

⇒ **Réflexion actuelle**

- *Comment sensibiliser les acteurs du circuit et les tutelles ?*
- *Proposition d'une étude pilote sur la prévalence des erreurs médicamenteuses à l'hôpital sous l'égide de l'AFSSAPS*
- *Méthodologie à définir*

Epidémiologie

⇒ **Analyse rétrospective des dossiers médicaux de 623 patients admis en Réanimation (CH Compiègne)**

(B. Darchy et al. Arch Intern Med 1999;159:71-8)

- *68 patients (10,9%) admis pour événement iatrogène*
 - *Médicamenteux : 60,3%*
 - *Actes chirurgicaux : 17,6%*
 - *Actes médicaux : 22,1%*
- *Origine hospitalière des événements : 60%*
- *Mortalité : 13%, soit 9 décès*
- *Taux d'événements évitables : 51%*
- *Coût hospitalier : 688 470 \$US*

Erreur médicamenteuse

Définition

- ⇒ **BARKER (1966 - 1990) : Déviation entre la prescription et les médicaments administrés**
 - Absence de notion d'erreur de prescription

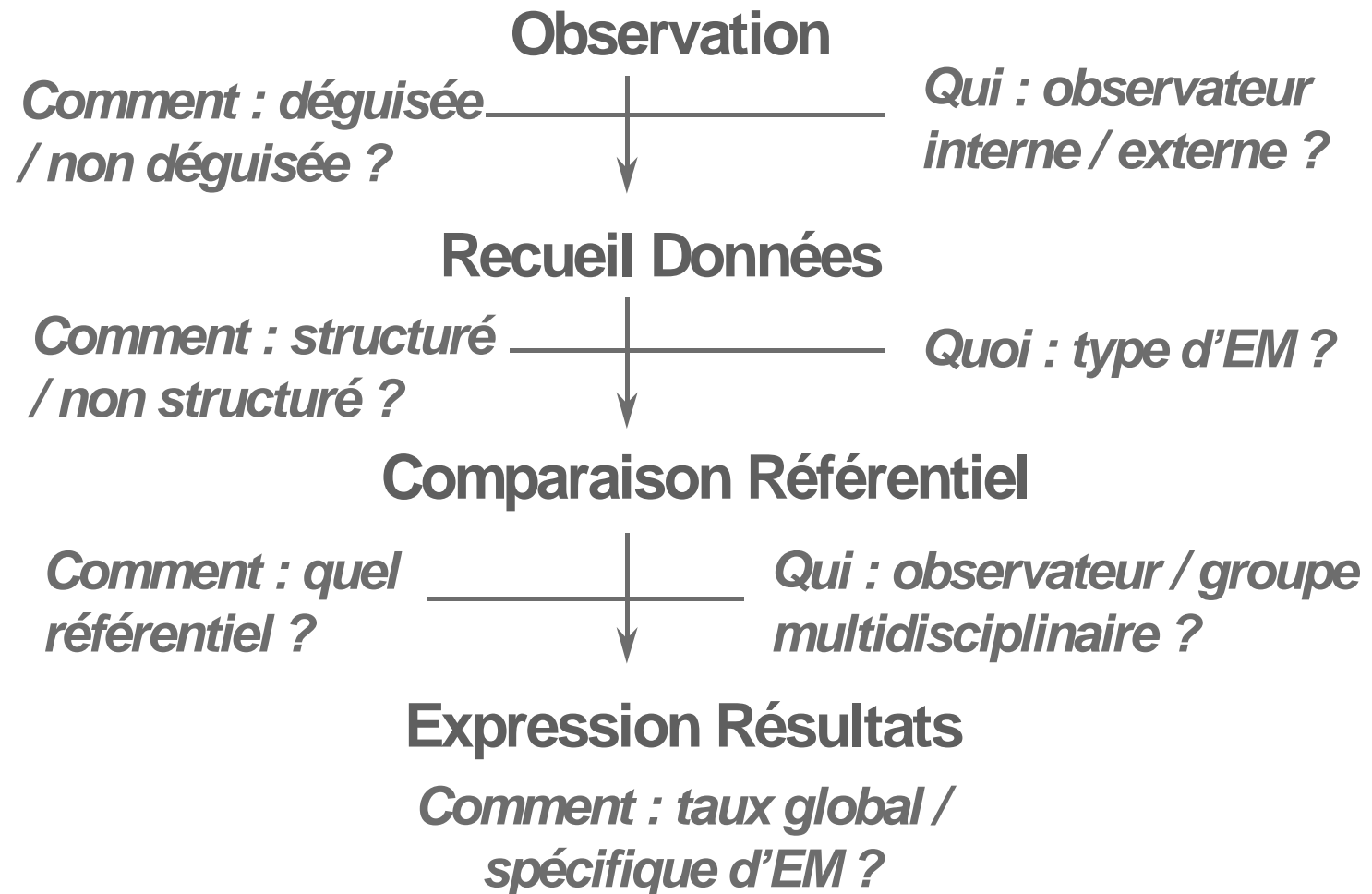
- ⇒ **ASHP (1993) : 12 types d'EM, incluant prescription, dispensation, administration, compliance**
 - Globalité du circuit du médicament
 - Indicateur de la qualité du circuit du médicament

Méthode de détection de EM

- ⇒ **Analyse des dossiers médicaux : analyse *qualitative* et *quantitative* des erreurs de prescription**
- ⇒ **Notification spontanée anonyme, rapport d'incident, analyse des défaillances : analyse *qualitative* des erreurs médicamenteuses déclarées**
- ⇒ **Observation directe : analyse *qualitative* et *quantitative* des erreurs de médication**

Méthode de référence : sensibilité - exhaustivité -
exactitude

Observation directe : Principes



Observation directe : En pratique

⇒ **Statut de l'observateur**

- *Interne / externe à l'unité de soins*
- *Simple observateur / observateur-participant*
 - *pharmacien, infirmier*
 - *absence de consensus, situation locale*

⇒ **Déguisée / non déguisée**

- *Maintien difficile du caractère déguisé*
- *Réaction négative*

Favoriser l'observation NON DEGUISEE

Observation directe : Pré-Requis

- ⇒ **Présenter préalablement les objectifs et la méthodologie**
- ⇒ **Garantir l'anonymat**
- ⇒ **Choisir l'échantillon par tirage au sort**
- ⇒ **Veiller à ne pas modifier l'activité**
(unobstructive)
- ⇒ **Bannir les notions de jugement**
(nonjudgmental)

Garantir l'acceptabilité de l'étude
Influence minime, mais réelle de l'observateur

Observation directe

Recueil des données (1)

⇒ **Structuré : analyse qualitative et quantitative**

- *Définir a priori ce que l'on observe (fiche de recueil standardisée)*

 - Types d'EM, facteurs de risque de survenue

- *Connaître a priori ce que l'on est censé observer*

 - Plan de traitement, modes de travail de l'unité

⇒ **Non structuré**

- *analyse qualitative des modes de défaillance*

Observation directe

Recueil des données (2)

⇒ **Durée / Moment de l'observation : représentativité**

- *Variation de l'activité des unités : semaine / week-end ; jour / nuit*
 - *Couvrir les 24 heures : difficile, mais nécessaire*
 - *Déterminer a priori*
 - *Nbre d'heures d'observation*
 - *Nbre d'événements : +++ , si rareté de cet événement*
- ➔ *Compiler les deux items*

Observation directe

Comparaison au référentiel

- ⇒ **Nature : selon les EM recherchées**
 - ➔ **prescription, protocoles unité de soins, littérature**
- ⇒ **1^{er} niveau : erreurs de préparation-administration**
 - ➔ **totalité des études européennes**
- ⇒ **2^{ème} niveau : prescription - dispensation - administration**
 - ➔ **difficultés méthodologiques**
 - ➔ **absence d'évaluation européenne**

Observation directe

Analyse

⇒ **Validation des EM**

- *Groupe multidisciplinaire*
- *Intérêt méthodologique +++*

⇒ **Évaluation des conséquences cliniques :**

- *Réelles / Potentielles*
- *Plusieurs classifications : létale - grave - modérée - mineure*

Intérêt scientifique +++

Observation directe

Expression des résultats

⇒ **Taux global : indispensable**

$$[\text{nb d'EM observées} / \text{TOE}] \times 100$$

TOE = total d'opportunités d'erreurs

doses prescrites + doses non prescrites administrées

⇒ **Taux spécifique : complémentaire**

$$[\text{nb d'erreurs données} / \text{nb de gestes infirmiers}] \times 100$$

Observation directe

Limites

⇒ **Liées à l'observateur :**

- *Exhaustivité du recueil*
 - **1 observé par observateur**
- *Validité des observations*
 - **Favorisée par entraînement, types d'EM peu nombreux et clairement définis**
 - **Mesurée par concordance inter-observateur : 2 observateurs / 1 observé (test de kappa)**

⇒ **Coût**

Observation directe

Ethique

Attitude de l'observateur face aux EM

⇒ **Absence totale d'intervention**

Méthodologie + Ethique -

⇒ **Intervention après EM**

Méthodologie - Ethique -

⇒ **Intervention avant EM**

Méthodologie - Ethique +

Revue de la littérature

<i>Auteur</i>	<i>Observation</i>	<i>Pays</i>	<i>Service</i>	<i>Voie adminis</i>	<i>Nb TOE</i>	<i>Taux EM</i>
Dean. Am J Health-Syst Pharm 1995;52:2443-9	Déguisée	ANG	MC	Inj / Orale	2756	3.0%
Lacasa EHP 1998;4:35-40	Non déguisée	ESP	MCO	Inj / Orale	1694	3.5 - 6.8%
Schneider. Pharm World Sci 1999;21:25-31	Non déguisée	SWI	PICU	Inj / Orale	275	26.9%
Taxis. Pharm World Sci 1999;21:25-31	Non déguisée	ANG ALL	MC	Orale	3133	5.1% 8.0%
Tissot. Intensive Care Med 1999;25:353-9	Non déguisée	FR	ICU	Inj / Orale	568	23.2%

Impact clinique

Service	Technique de détection	Taux (%) global erreur	Majeur	Significatif	Mineur
REA MED (1)	Observation directe	23,2	40	25	35
CHIR. CARDIAQUE (2)	Observation directe	18	9,6	28,8	61,6
GERIATRIE (court séjour) (2)	Observation directe	11,1	11,5	19,2	69,3
MEDECINE INTERNE (3)	Déclaration spontanée	24,7	4,5	7,8	12,4

(1) Tissot et al. *Intensive Care Med* 1999;25:353-9.

(2) Tissot et al. *7èmes Ateliers SNPHPU* 2001

(3) Piquet et al. *Thérapie* 1999;54:49-53.

Conclusion

- ⇒ **Difficultés méthodologiques et pratiques**
- ⇒ **Absolue nécessité d'études ponctuelles**
- ⇒ **Complémentarité à un programme de rapport d'incidents**

Systeme qualité du circuit du médicament

Politique de gestion des risques

Évaluation des activités pharmaceutiques (1)

- ⇒ **Le laboratoire a son B**
- ⇒ **Le bloc opératoire son K**
- ⇒ **La radiologie son Z**
- ⇒ **L'activité clinique son point ISA ...**

- ⇒ **... et la pharmacie hospitalière ???**



Évaluation des activités pharmaceutiques (2)

⇒ La pharmacie est perçue comme un centre de dépenses à défaut d'un centre d'activité

– Conséquence

Manque de lisibilité objective de notre activité au moment où s'impose une adéquation de nos moyens à nos missions et donc à notre activité

Évaluation des activités pharmaceutiques (3)



⇒ Membres du groupe

- *Armelle Develay* *CHU Nîmes*
- *Christian Guillaudin* *CH Agen*
- *Jeanine Lafont* *CHU Toulouse*
- *Charles Gury* *Hôpital Ste Anne - Paris*
- *Patrick Rambourg* *CHU Montpellier*

⇒ 2 réunions en 2001 (juin et octobre)

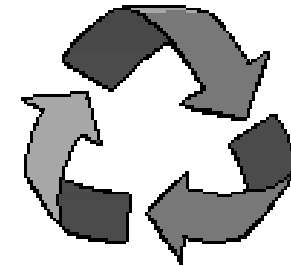
⇒ 1 conférence téléphonique (septembre)

Évaluation des activités pharmaceutiques (4)

⇒ Objectifs

- ① *Établir une liste d'indicateurs de l'activité d'une pharmacie hospitalière : nomenclature des actes*
- ② *Permettre une comparaison interne et externe de l'activité : mesure quantitative et non qualitative*
- ③ *En liaison avec la SFPC, de façon intersyndicale*
- ④ *Validation par l'ANAES*
- ⑤ *Aval des conférences de directeurs et de la FHF*

Évaluation des activités pharmaceutiques (5)



⇒ **Mode opératoire**

– *1er temps : dresser la liste des indicateurs*

① *Synthèse des nomenclatures déjà existantes :*

- *celle de l'ADPHSO (J. Lafont)*

- *celle de C. Guillaudin*

- *celle de Rhône-Alpes (P. Maire)*

- *le référentiel SFPC*

sous la forme d'une liste exhaustive mais sans pondération dans un premier temps.

Évaluation des activités pharmaceutiques (6)

② *Sélection pour ne retenir que les indicateurs*

- *les plus pertinents de l'activité*
- *faciles à relever*
- *si possible automatisables*

③ *Stratégies possibles*

→ 2 niveaux d'indicateurs

- *1^{er} niveau : indicateurs de « base » automatisables de préférence et concernant l'ensemble des EPS*
- *2^{ème} niveau : indicateurs plus élaborés et complexes*

Évaluation des activités pharmaceutiques (7)

2^{ème} temps : pondération des indicateurs retenus

- ⇒ **Sous l'égide de la SFPC**
- ⇒ **Par un collège d'experts différents selon les domaines et à partir de plusieurs critères :**
 - *Temps passé*
 - *Catégorie de personnel réalisant l'acte*
 - *Complexité de la tâche*
- ⇒ **Selon la méthode de l'échelle relative des actes**
 - *Hiérarchisation à partir d'un acte de référence servant d'unité de mesure*
 - *Construction d'une échelle unique*

Évaluation des activités pharmaceutiques (8)

⇒ **Exemple de nomenclature des actes pharmaceutiques hospitaliers (NAPH)**

Tableau mentionnant :

- *Activité : ex. politique des produits pharmaceutiques*
- *Tâches : ex. choix thérapeutique*
- *Acte pharmaceutique hospitalier : ex. participer à une réunion du CMDMS*
- *N° de l'acte : ex. P0101*
- *Indicateur de mesure (unité d'œuvre) : ex. réunion*
- *Source : ex. procès-verbal*
- *Automatisable oui - non : ex. non*

Formation & Pharmacie *Hospitalière*

- ⇒ **Intégration Pharmacie dans le CHU**
- ⇒ **Réforme des études pharmaceutiques**
- ⇒ **Numerus clausus**
- ⇒ **Réforme de l'internat**
- ⇒ **Formation continue**



Intégration Pharmacie dans le CHU (1)

⇒ **Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (articles 64 et 65)**

– *Modifications du code de l'éducation*

- **Organisation des enseignements supérieurs**
 - Études pharmaceutiques
- **Établissements d'enseignement supérieur**
 - UFR de médecine, pharmacie et odontologie

– *Modifications du code de la santé publique*

- **Établissements publics de santé**
 - Organisation hospitalière et universitaire (articles L. 6142-1 à L. 6142-17)

Intégration Pharmacie dans le CHU (2)

⇒ Ajout d'un 5^e alinéa à l'article L. 6142-17 du CSP

Sont déterminées par décret en Conseil d'État, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre, à l'exception de celles fixées à l'article L. 6142-16 et notamment :

5° Les conditions dans lesquelles certaines dispositions du présent chapitre peuvent être rendues applicables aux études pharmaceutiques et aux pharmaciens, notamment les mesures transitoires nécessaires et les modalités du recrutement commun initial, hospitalier et universitaire, ainsi que les conditions dans lesquelles les enseignants des unités de formation de recherche de pharmacie ayant à la fois des fonctions hospitalières et universitaires peuvent demander à être intégrés dans le nouveau corps ou à conserver le régime du corps auquel ils appartiennent.

Intégration Pharmacie dans le CHU (3)

- ⇒ **Accord pluripartite pour propositions aux ministères (santé, éducation)**
 - *Syndicats de pharmaciens hospitaliers*
 - *Syndicats de pharmaciens biologistes hospitaliers*
 - *Conférence des doyens de facultés de pharmacie*
 - *Sections de CNU*
- ⇒ **Rendre les fac. de pharmacie « dérogataires » comme les fac. de médecine et leur permettre de gérer leur postes de façon autonome**
- ⇒ **Créer de nouvelles sections et sous-sections de CNU pour les HU**

Intégration Pharmacie dans le CHU (4)

- ⇒ **Intégration à coût constant des hospitaliers à l'université et des universitaires à l'hôpital**
- ⇒ **Nécessité de bien flécher la « récupération » du budget affecté au poste si un hospitalier devient universitaire**
- ⇒ **Créer la filière de formation HU (assistant HU, MCU-PH, PU-PH)**
- ⇒ **Créer une commission nationale paritaire H/U**
 - *prise en compte des titres et travaux et des services rendus (ancienneté) pour demander une équivalence H > U ou U > H*

Intégration Pharmacie dans le CHU (5)

- ⇒ Négociations à démarrer avec les ministères**
- ⇒ Volonté d'aboutir avant les élections (?)**
- ⇒ Mode de recrutement proche du mode « médical »**
- ⇒ Les actuels U exerçant des fonctions H peuvent conserver leur statut**
- ⇒ Certains postes de fac. seraient obligatoirement HU en fonction des disciplines (*à définir et renommer*) mais pourraient continuer à être occupés par des U jusqu'à leur retraite**

Intégration Pharmacie dans le CHU (6)

- ⇒ **Nombreux départs en retraite des U des enseignants de pharmacie (env. 1920) dans les 10 ans (70 %)**
- ⇒ **Nécessité pour les H de s'investir à l'université pour faire évoluer l'enseignement de la pharmacie**
- ⇒ **Tout (ou presque...) reste à faire !**

Études pharmaceutiques (1)



⇒ Réforme prévue (C.P.N.E.P.)

⇒ Premier cycle :

- *Formation initiale commune (une année) aux étudiants en Médecine, Pharmacie et Odontologie*
- *Concours après 1^{ère} année*
 - Possibilité de présenter plusieurs concours le même année (disciplines, universités)
 - Augmentation du nombre de primants reçus au concours (80 % du n.c.)
 - Concours différent pour primants et redoublants

Études pharmaceutiques (2)

- ⇒ **Stage officinal (6 semaines) entre 2^e et 3^e A**
- ⇒ **Deuxième cycle (3^e et 4^e A)**
 - *Enseignements par discipline*
 - *Enseignements coordonnés (par pathologie ou classe thérapeutique) interdisciplinaires (au moins 50 %) préparant à la prise en charge globale du patient*
- ⇒ **Troisième cycle**
 - *5^e A (5 AHU) & 6^e A : objectifs pédagogiques définis clairement*

Numerus clausus

- **Numerus clausus actuel
2250 / an**
- **Difficultés croissantes de
recrutement**
- **Défaut à ce jour de 2500 diplômés**
- **Demande concertée de la conférence des
doyens, de l'ordre et des syndicats pour
obtenir une augmentation de ce numerus
clausus.**



Réforme de l'internat (1)

⇒ Aujourd'hui

- *DES de biologie : organisation satisfaisante*
- *DES PHC & DES PIBM*
 - 8 semestres dont 5 en services agréés (PHC ou PIBM) et 2 au moins en Ph. Hosp.
 - 6 UV à valider
 - Ne répondent plus aux exigences de formation
- *DES Ph. Spécialisée*
 - 8 semestres dont 2 en Ph. Hosp.
 - 2 UV + formation complémentaire (DEA)
 - Coursus difficile à gérer

Réforme de l'internat (2)

⇒ **Réflexion**

– *DES « Biologie »*

- **8 semestres dont 3 obligatoires dans certains « secteurs » (Bioch. / Bactério. / Hémato-immuno) avec validation d'UV définies et libres**

– *DES « Pharmacie Hospitalière »*

- **8 semestres dont 3 ou 4 obligatoires dans certains « secteurs » avec validation d'UV définies (*Pharmacie Clinique - Achat / Gestion / Approvisionnement - Stérilisation / DMS - Préparation / Contrôle / Qualité*) et libres**

Réforme de l'internat (3)

- *DES « Officine »*
 - 4 semestres dont 2 obligatoires en officine et 1 en service clinique
 - Validation de 2 UV définies et 1 libre
- *DES « Établissement Pharmaceutique »*
 - 4 semestres dont 2 obligatoires en établissement pharmaceutique et 1 en service clinique
 - Validation de 2 UV définies et 1 libre
- *Suppression des DES PIBM et PS*

Formation continue (1)

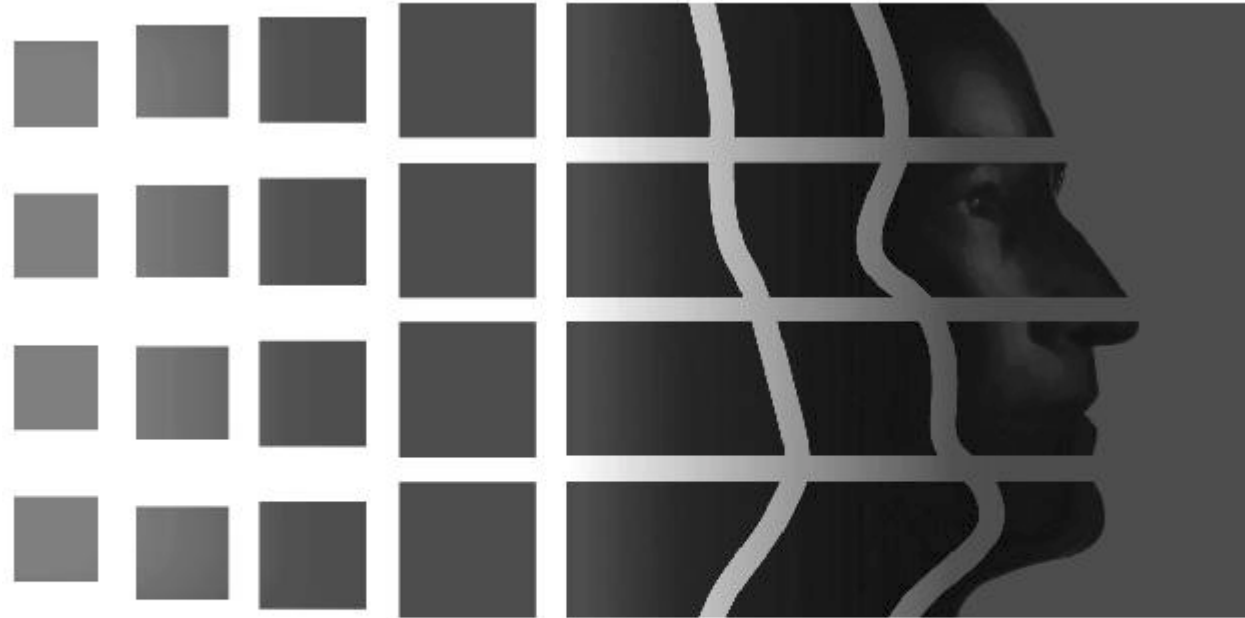
⇒ **Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé**

- *1^{ère} lecture à l'A.N. le 4 oct. 2002 → art. 40*
- *Obligation de formation continue pour les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (nouvel art. L. 6155-1)*

Formation continue (2)

- *Création d'un conseil national de la formation continue des personnels cités à l'article L. 6155-1*
 - *Création de conseils régionaux de la formation continue des personnels cités à l'article L. 6155-1*
 - **Montant consacré à la FC : fixation par décret du pourcentage de la masse salariale brute**
- ⇒ **Obligation de formation continue pour tous les pharmaciens inscrits à l'ordre**
(nouvel art. L. 4236-1)

Présentation Hopipharm 2002



HOPIPHARM

STATUT

Protocole d'accord ARTT (1)

⇒ **Bénéficiaires**

- *Praticiens hospitaliers à temps plein*
- *Praticiens hospitaliers à temps partiel*
- *Praticiens adjoints contractuels*
- *Praticiens contractuels*
- *Assistants*



STATUT

Protocole d'accord ARTT (2)

⇒ Définition du temps de travail

– *Durée annuelle*

- **207 jours au lieu de 227 = 365-104-9-25**

– *Durée hebdomadaire*

- **10 demi-journées**
- **< 48 h en moyenne lissée sur 4 mois**

– *Temps additionnel*

- **Toute plage de travail effectuée au delà du plafond hebdomadaire**
- **Volontariat**

STATUT

Protocole d'accord ARTT (3)

⇒ Indemnités pour sujétions particulières

- *Temps additionnel : 300 € par plage de 2 demi-journées au delà obligations de service***
- *Déplacement astreinte : 61 € par déplacement***
- *Service public exclusif***
- *Multi-établissement***
- *Poste à recrutement et maintien prioritaire***

STATUT

Protocole d'accord ARTT (4)

⇒ Compte épargne temps

– *Épargne jusqu'à 30 jours par an*

– *Durée maximale de 7 ans*

• **Délai de préavis fonction de la durée du congé**

– *Dérogation*

• **55 ans et titre provisoire 48 ans, épargne retraite**

⇒ Valorisation de l'assistantat

– *Prime d'engagement*

STATUT

Protocole d'accord ARTT (5)

⇒ Mise en œuvre du protocole

- Application à partir du 1er janvier 2002*
- Élaboration pour chaque établissement d'un projet de réorganisation médicale pour juin 2002 au plus tard*
- Création de 2000 postes de praticiens et assistants sur 2 ans*



STATUT actualités

Décret n° 2001-876 du 19 septembre 2001

⇒ Postes à recrutement prioritaire (1)

- *Engagement par convention sur 5 ans***
- *Parution sur liste distincte***
- *Avancement accéléré de 2 ans au terme contrat***
- *Allocation spécifique, versée en une seule fois***
- *5 jours supplémentaires congés formation***
- *Application à partir du 1er janvier 2002***

STATUT actualités
Arrêté du 23 octobre 2001

⇒ **Postes à recrutement prioritaire (2)**

- *Postes vacants ou non*
- *Convention signée dans 3 mois suivant date d'installation ou publication liste*
- *10000 € en une fois dans 6 mois suivant signature*
- *Montant au prorata, si activité hebdomadaire réduite*
- *Temps partiel : 5000 € pour 6 demi-journées*

STATUT actualités
Arrêté du 23 octobre 2001

⇒ **Postes à recrutement prioritaire (3)**

- *Réversion au prorata*
 - Démarche volontaire avant 5 ans
 - Cessation de fonctions / disciplinaire
- *Congés maladie < 3 mois et congé maternité ou adoption sont service effectif*
- *Congés maladie > 3 mois, longue maladie ou longue durée → Prolongation durée engagement*
- *Si reprise impossible ou décès → Allocation reste acquise*
- *Idem : suppression, transfert ou transformation prévues art. L. 6122-15 et L. 6122-16 CSP*

STATUT actualités

Circulaire DHOS/M 3 n° 2001-610 du 12 décembre 2001

⇒ Postes à recrutement prioritaire (4)

- *Identification des postes, à temps plein ou partiel, occupés ou vacants, ils peuvent être***
 - en exercice partagé**
 - situés dans établissement privé PSPH**
 - situés dans GIP**
- *Praticiens concernés***
 - PH temps pleins en période probatoire ou nommés à titre permanent**
 - PH associés article 16**
 - PH temps partiel**
 - PH temps plein exerçant activité réduite**

STATUT actualités

Décret n° 2001-876 du 19 septembre 2001

⇒ **Maintien indemnité service public exclusif**

- *Congés annuels*
- *Congé de maternité ou d'adoption*
- *3 mois : congés de maladie, de longue maladie, de longue durée*
 - **art 37, 38 et 39 du décret statutaire**
- *6 mois : maladie imputable au service*
 - **art 40 du décret statutaire**

STATUT actualités
Arrêté 1^{er} octobre 2001

⇒ modifiant l'arrêté du 5 mars 1996

*La pharmacie fait partie des disciplines
dans lesquelles le service normal
hebdomadaire peut être réduit
à 4 demi-journées*

STATUT actualités

Arrêtés 17 et 30 octobre 2001

⇒ Activité exercée dans plusieurs établissements (1)

– *Convention*

- **Renouvellement annuel par tacite reconduction**
- **Dénonciation 2 mois au moins avant terme**

– *Un seul établissement de rattachement*

- **D'origine (convention post nomination)**
- **Avec le temps d'activité le plus important (convention antérieure à nomination)**
- **Budget exploitation le plus élevé, au moment nomination avec partage d'activité 50/50**

– *Concernés*

- **PH temps plein et partiel, assistants et PAC**

STATUT actualités

Arrêtés 17 octobre 2001

- ⇒ **Activité exercée dans plusieurs établissements (2)**
- ***Conditions***
 - **Développement d'activités en réseau**
 - **Actions de coopération (art. L. 6134-1 CSP)**
 - **2 demi-journées minimum en moyenne**
 - ***Montant***
 - **387,83 € par mois**
 - ***Renouvellement***
 - **Par directeur sous réserve accord DARH**
 - ***Suppression***
 - **A chaque échéance, selon activité ou SROS**
 - **Information au praticien 45 jours avant**

STATUT actualités

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

⇒ Article 63

- *Art. L. 6152-1 : « ... des pharmaciens dont le statut, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire ; ... »*

au lieu de :

- *« ... des pharmaciens dont les statuts et le régime de protection sociale qui sont différents selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, sont établis par voie réglementaire ; ... »*

STATUT actualités

Circulaire DHOS/M/M3 n° 2001-611 du 13 décembre 2001

⇒ Temps partiel « article 15 »

- 5 ans de service à compter première installation dans décret n° 96-182 du 7 mars 1996**
- Motivé par activité du service au regard projet d'établissement et par l'activité du praticien**
- Pas de déclaration de la vacance du poste**
- Dossier selon annexe II circulaire**
- Doit parvenir a bureau M3 2 mois avant date commission statutaire nationale, pour instruction**

STATUT actualités

Circulaire DHOS/M/M3 n° 2001-611 du 13 décembre 2001

⇒ Calendrier prévisionnel

- **Date limite remontée information → 26 janvier 2002**
- **Publication J.O. → fin février - début mars**
- **Clôture des candidatures → 1 mois + 1 jour franc
après date de publication**
- **Réception par la DHOS dossiers au titre article 15 ou
PHA → 15 avril 2002**
- **Date impérative envoi avis locaux → 1^{er} mai 2002**
- **Date prévisionnelle CSN → juin 2002**

STATUT actualités

Projet décret compte-épargne-temps - Conseil supérieur des hôpitaux

Compte-épargne-temps (1)

Alimenté par report

- **Congés annuels dans limite de 10 jours par an**
- **Tout ou partie jours RTT**
- **Jours de compensation des plages de travail additionnelles, à raison d'un jour par plages supplémentaire de 2 demi-journées, n'ayant pas fait l'objet d'une indemnisation**

Maximum de 30 jours affectés au compte par an

STATUT actualités

Projet décret compte-épargne-temps - Conseil supérieur des hôpitaux

Compte-épargne-temps (2)

Droits à congés exercés au plus tard à l'issue d'un délai de 7 ans

- **Soit en totalité**
- **Soit progressivement, les droits acquis une année doivent être soldés avant l'expiration du délai de 7 ans**
 - *Praticiens de 55 ans à date ouverture du compte, délai prorogé jusqu'à retraite*
 - *Praticiens de 48 ans avec ouverture compte en 2002, prolongation jusqu'à retraite (mesure transitoire)*

STATUT actualités

Projet décret compte-épargne-temps - Conseil supérieur des hôpitaux

Compte-épargne-temps (3)

Préavis de demande d'exercice du droit à congés

- **1 mois pour congé inférieur à 6 jours**
- **2 mois pour congé de 6 à 20 jours**
- **4 mois pour un congé de 20 jours à 6 mois**
- **6 mois pour un congé supérieur à 6 mois**

Si refus congé de plus de 20 jours, le praticien peut saisir la commission statutaire nationale

Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (1)

⇒ **Décret n° 2001-825 du 7 septembre 2001 portant statuts particulier des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière**

- *Recrutement des préparateurs en pharmacie hospitalière par concours sur titre ouvert aux titulaires du diplôme créé par l'arrêté du 26 avril 2001 (1 année apprentissage)*

Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (2)

- *Création de nouveaux grades*
 - **Préparateurs de classe normale**
 - **Préparateurs de classe supérieure**
(ex 1^{er} et 2^{ème} échelons exceptionnels)
 - **préparateurs surveillants**
(ex classe fonctionnelle)

- *Reclassement dans l'échelle indiciaire*
B – C II au même niveau que les autres professions paramédicales

Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (3)

– Dispositions transitoires et dérogatoires

- **Maintien du concours sur épreuves traditionnel jusqu'au 31 octobre 2002**
- **Concours sur épreuve dans le cadre de la loi Sapin (résorption de l'emploi précaire) jusqu'au 4 janvier 2006 (candidats en poste au 10 juillet 2000 + 3 ans ETP d'ancienneté)**

Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (4)

⇒ **Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière**

« le corps des cadres de santé comprend dans la filière médico-technique des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé »

Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (5)

- Les cadres de santé sont recrutés par concours sur titres interne ou externe ouvert aux titulaires du diplôme de cadre de santé ou certificat équivalent*
- Le corps des cadres de santé comprend le grade de cadre de santé et le grade de cadre supérieur de santé accessible par concours professionnels ouverts dans chaque établissement*

Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (6)

– Dispositions transitoires

- **« A titre provisoire du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2003, le grade de préparateur en pharmacie hospitalière surveillant constitue un grade provisoire »**
- **Les titulaires du grade provisoire de surveillant sont reclassés dans le grade de cadre de santé selon un tableau de correspondance et un calendrier progressif (1/3 par an)**

Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (7)

Conclusion

- ⇒ **2001 l'année de tous les décrets (y compris les décrets n° 2001-1376 et -1379 du 31 décembre 2001 relatifs au classement indiciaire)**
- ⇒ **2002... les 35 heures...**
- ⇒ **2002... 1^{ère} promotion de préparateurs en pharmacie hospitalière**
 - **des réussites et des échecs selon les régions**

Préparateurs en Pharmacie Hospitalière *UFA site Paris*

- ⇒ **Toujours 26 apprentis, pb niveau non Bac, groupe motivé**
- ⇒ **1^{er} stage hospitalier terminé**
- ⇒ **Stage industriel en février**
- ⇒ **10 modules en cours**
- ⇒ **Bonne organisation CFA, UFA, IFTAB et cadre de santé préparateur**
- ⇒ **Qualité des intervenants**
- ⇒ ***Contact : Pierre Faure***

