Syndicat National des Pharmaciens Praticiens Hospitaliers et Praticiens Hospitaliers Universitaire (S.N.P.H.P.U.)

Plate Forme
Évolution du Système de Santé et Pharmacies à Usage Intérieur des Établissements de santé

Dire que l'environnement a changé est un euphémisme en ce qui concerne le monde de la santé depuis vingt ans. L'évolution des connaissances et des pratiques, dont le mouvement s'accélère d'une manière exponentielle, la technicité qui en découle, la revendication consumériste d'accès aux soins les plus performants sur l'ensemble du territoire national, les coûts inhérents aux progrès, la raréfaction de l'évolution des ressources, ont transformé la révolution du système de santé en une évolution permanente.

Sur le terrain, les orientations Européennes, la réforme des gouvernances, le passage à la tarification à l'activité avec l'objectif de convergence public privé, le creusement des déficits publics, la volonté de libérer l'entrepreneurialité, l'affichage de l'hyper sécuritaire, se déclinent en de nouvelles missions ou révision de celles-ci, que les professionnels doivent assurer, abordant chaque nouvelle réforme avant qu'ils n'aient pu s'approprier la précédente.

L'Europe est synonyme de libre concurrence, y compris dans les compétences, alors que les pharmaciens hospitaliers français bénéficient d'une spécialisation sanctionnée par un Diplôme d'Études Spécialisées acquise durant un internat reconnu pour ses qualités de formation complémentaire. Celle-ci permet au pharmacien hospitalier d'assumer ses missions incontournables au-delà de son rôle premier des gardiens des poisons : optimisation du circuit des produits de santé (n'oublions pas les dispositifs médicaux et la stérilisation), gestion des risques, interface médico-économique…Malheureusement l'Europe retient le plus petit dénominateur commun sans reconnaissance de spécialisation. D'un point de vue caricatural, nous laisserions nous opérer par un médecin généraliste ? Sans doute non. Aussi, il est plus que temps que le DES de Pharmacie hospitalière soit enfin qualifiant à l'instar de la biologie. Cette démarche est d'autant plus logique dans une démarche de convergence et complémentarité public privé.

La tarification à l'activité a le mérite de financer l'établissement de santé selon son niveau de production. Cependant un certain nombre d'effets pervers apparaissent : la course à l'activité, le risque de sélection des patients au détriment de missions de service publics en sont les plus évidents. Plus discrètement, la tentation de tailler dans les unités prestataires pouvant être considérées en priorité comme centres de coût, devient grande, alors que leur charge de travail et leur responsabilité notamment en matière de qualité et de sécurité augmentent. Certaines administrations ont d'ailleurs commencé à considérer la pharmacie en une variable d'ajustement allant en envisager en logique extrême une sous-traitance débridée en déconnectant la réflexion stratégique des établissements de la notion de cœur de métier, concept à géométrique variable en fonction de l'activité propre. A ce niveau il est aisé de comprendre que la stérilisation fait partie intégrante du métier d'un établissement chirurgical, la préparation des médicaments anticancéreux d'un établissement de cancérologie. Cette logique ne se contredît pas à celle de la complémentarité et de l'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de soins sur un territoire donné. La régulation des dépenses de santé ne

doit pas être synonyme d'amputation des prestations pharmaceutiques dont l'objet est avant tout le bon usage.

Le territoire, enjeu majeur de la loi HPST peut devenir parfois l'otage de politiques contradictoires illustrant la lourdeur technocratique et le cloisonnement qu'elle est sensé lever, et opposant jacobinisme et délocalisation. A titre d'exemple, prôner à outrance l'hypercentralisation des achats, en particulier pharmaceutiques alors que la stratégie thérapeutique devient à juste titre territoriale majore le risque de déconnection entre qualité des soins affichée et réalisation pratique de terrain. Dans une même région, un même territoire, pour un même parcours, le patient, en fonction des résultats d'achats, locaux, régionaux et nationaux, aura autant de chances différentes, voire en opposition, avec des coûts non homogènes, pour une prise en charge thérapeutique théoriquement globale et individualisée et équivalente. Les études médico et pharmacoéconomiques ont depuis longtemps démontré que le gain pour la société était plus dans le bon usage que dans l'achat de type grande centrale alimentaire. D'un côté on affiche un objectif financier pour la finance et de l'autre les structures professionnelles sont contraintes, dans une démarche, à l'origine louable mais de conciliation impossible, entre développement permanent de la qualité et réduction des coûts d'exploitation.

La solution : la déréglementation ? Libérer les énergies est le mot d'ordre annoncé, et sous couvert de recherche de souplesse managériale, la tentation d'affaiblir les fondations et de se lancer dans la contre production apparaît. Par exemple, en matière de médicaments, tout l'arsenal réglementaire existe (Code de la Santé Publique) pour que l'iatrogénie qui tue plus que les accidents de la route soit enrayée mais les seules décisions consistent à empiler de nouveaux textes, au mieux inapplicables, au pire en contradiction avec les précédents. Existe-t-il une réelle volonté politique de sécuriser le circuit du médicament ? Est il raisonnable de se confronter au risque thérapeutique à l'hôpital, haut lieu de la technicité et de la compétence médicale, et ceci plus qu'en médecine de ville ? Sur la base des études françaises indiquant un taux moyen de décès de 0,2% des admissions (valeur très inférieure à la moyenne des publications internationales: 0,7%) et compte tenu des 12 millions de séjours hospitaliers annuels en court séjour de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), l'iatrogénèse médicamenteuse nosocomiale représente environ 24.000 décès par an en France. C'est une catastrophe sanitaire silencieuse dont l'importance dépasse les 4.000 décès annuels secondaires aux infections nosocomiales et qui devrait faire l'objet d'une veille sanitaire spécifique. La déréglementation est elle réellement la bonne réponse à ce fléau national ?

Les propositions pour accompagner la profession

En préambule, le SNPHPU tient à rappeler que l'assurance maladie n'a pas pour vocation de financer la retraite des sujets suédois et américains au dépend des patients français qui ont, jusque- là, la chance de bénéficier du meilleur système de couverture maladie au monde. L'intrusion massive de capitaux issus de fonds de pension dans l'hospitalisation privée à but lucratif pose question. En tant qu'acteurs directs de l'offre de soins et gestionnaires médico-économiques de terrain, les pharmaciens hospitaliers demandent un vrai débat national sur ce sujet de société.

1. La reconnaissance des compétences

Concernant la formation du pharmacien en établissement de santé, il convient de clarifier les conditions d'accès à la profession afin de maintenir un niveau de compétence en rendant le DES de pharmacie hospitalière qualifiant.

2. Affirmer le rôle du pharmacien hospitalier dans la lutte contre l'iatrogénèse

Il convient de permettre au pharmacien d'exercer son métier. Les études d'erreurs médicamenteuses démontrent que l'amélioration du circuit du médicament contribue à réduire la fréquence des erreurs médicamenteuses de 50 à 80% lorsque la dispensation nominative remplace la distribution globale et à la délivrance globalisée. La réglementation actuelle a déjà défini l'organisation du circuit et les rôles de chacun. Le médecin prescrit les médicaments, l'infirmière les administre. Entre les deux, s'inscrit le rôle du pharmacien (Art. L.4211-1 CSP), sans oublier que l'organisation de ce circuit engage également la responsabilité de l'établissement de santé dans lequel exercent les professionnels (Art. L.6111-1 CSP). Les dispositions réglementaires organisant la distribution des soins médicamenteux sont décrites dans l'arrêté du 31 mars 1999 qui a succédé à l'arrêté du 9 août 1991. A la suite des récents drames qu'a connus l'hôpital, Madame la Ministre a annoncé la nécessité de sécuriser le circuit du médicament. Faute de volonté et de courage pour faire appliquer la réglementation existante, le pouvoir politique prend une nouvelle fois l'option de la déréglementation en bottant en touche et en renvoyant la responsabilité sur le système qualité de l'établissement de santé avec ce projet d'arrêté relatif au management de la prise en charge médicamenteuse.

Il suffirait que, par une instruction ferme et sans complaisance, soit ordonné à l'ensemble des personnes impliquées (directeur d'agence régionale, inspection régionale de la pharmacie, représentants légaux des établissements de santé, …) d'appliquer ou de faire appliquer la règle de droit pour que, sans délai, une majeure partie des manquements actuellement dénoncés cessent.

A ce niveau la notion d'indépendance professionnelle prend tout son sens. Il convient de rappeler que le pharmacien est le gardien des poisons, et ceci à visée sécuritaire.

3. Territorialisation

L'application de la loi HPST doit être l'occasion de définir réellement le concept de territoire de santé actuellement limité à son strict raisonnement financier. L'élaboration cartographique de l'offre de soins doit inclure ses déclinaisons des prestations et en particulier relatives aux thérapeutiques (au sens large) et aux moyens de leur mise en œuvre comme ceci est réalisé pour la radiologie par exemple.

Les ARS ont notamment comme missions d'organiser l'offre de santé, d'éduquer la population et de prévenir les maladies,… ainsi que les signalements d'événements sanitaires. L'ARS devra ainsi établir un programme annuel de gestion du risque, prenant en compte lisiblement le risque iatrogène en s'appuyant sur la réglementation existante dont elle veillera à l'application. Cette démarche est l'occasion de rendre réellement opérationnels les organes de représentation comme la Commission Régionale Paritaire, d'autant que la voie de l'hôpital

semble oubliée dans les ARS. Les organes de concertation régionale, comme la CROSS doivent prendre en compte officiellement la dimension produits de santé. Cette optimisation de la représentation hospitalière implique, en ce qui concerne la pharmacie, la création d'un véritable SROSS pharmaceutique ou que le projet régional de santé et les conférences régionales de santé, qui émettent un avis sur les schémas régionaux de santé, intègrent un volet pharmaceutique.

Nous défendons la permanence pharmaceutique en faisant des propositions au sein des CHT. Les PUI des établissements doivent perdurer pour assurer les missions de proximité du pharmacien qu'il convient de renforcer (validation pharmaceutique, dispensation, éducation thérapeutique,……..). L'illusion de la livraison directe dans le service de soins par un grossiste répartiteur doit être combattue : quelle sécurité attendre d'une telle organisation ? Dans le même ordre d'idée, la sous-traitance à tout va, sous couvert de facilité et d'économie, au secteur privé est contraire à la sécurisation du circuit d'autant qu'il est prouvé qu'elle est sur le long terme plus onéreuse ; et peut risquer d'entraîner une perte de responsabilité médicale et in fine, pour les patients, une perte de chance dont chacun se jettera la responsabilité.

Il doit exister au niveau de chaque région sanitaire une commission spécialisée sur l'accès aux produits de santé orientée vers la continuité des soins c'est dire permanence et liaison ville-hôpital. Nous souhaitons que le pharmacien s'intègre en terme de coordination des soins et d'éducation à la santé.

Les organes actuels de régulation montrent chaque jour leurs limites par une non connaissance de l'environnement, tant technique que réglementaire, laissant les professionnels de terrain dans la solitude de celui qui voit chaque jour son indépendance professionnelle bafouée devant les objectifs prioritairement financiers au détriment de la sécurité des soins. Les praticiens doivent pouvoir devenir membres de l'inspection pour une action par des pairs avec expérience reconnue non uniquement réduite à un rôle réducteur de police sanitaire.

Les fédérations régionales de santé intégreront la représentation syndicale : nous sommes partant dans cette structure.

La création de l'ARS est un élément essentiel à la régionalisation pour un parcours cohérent du patient. Cela sous entend bien sur des achats régionalisés et nous condamnons une fois encore les initiatives d'achats nationaux débridés en opposition avec la politique territoriale de santé..

4. Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoires

Même si le pharmacien est globalement le grand oublié de la loi HPST, un travail en réseau avec l'ensemble des pharmaciens doit permettre d'assurer une continuité de la prise en charge des malades ambulatoires. Nous avions déjà défendu la primo-dispensation hospitalière pour un certain nombre de produits de santé permettant la création d'un dossier pharmaceutique pour la continuité de la prise en charge thérapeutique.

Notre rôle dans l'éducation thérapeutique tant pour les patients hospitalisés qu'ambulatoires est majeur. Nous attendons une proposition de cotation d'acte comme une consultation et la

nécessaire présence pharmaceutique dans une équipe pluridisciplinaire pour toutes les questions sur les produits de santé.

Cette cotation d'acte permettrait, à terme, une facturation au patient, la PUI devant évoluer d'un centre de coût à un centre de profit tout en participant à la réduction des dépenses par son implication dans le bon usage et l'éducation thérapeutique.