

FNSIP

SEPT.-NOV. 2009

Observance

hors-série n°1

Réforme des Sciences Pharmaceutiques

En quoi cette réforme change-t-elle le cursus de l'interne ?

Rapport Aboud

Demain, tous cliniciens hospitaliers ?

Education thérapeutique

Un devoir et une opportunité pharmaceutiques





Sommaire

A vos côtés

FNSIP... vous avez dit FNSIP ? p.4

A la une

La réforme des DES de Sciences Pharmaceutiques p.5

Rapport Aboud : demain, tous cliniciens hospitaliers ! p.10

Education thérapeutique : un devoir et une opportunité pharmaceutiques p.13

Dossier

Ce qu'il faut retenir de la Loi H.P.S.T. p.16

Cursus

Recherche & Internat p.19

Actualités

Le point sur la réforme de la Biologie Médicale p.21

Editorial



Bonjour à tous,

C'est avec une immense joie que l'ensemble du bureau de la Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie se joint à moi pour cet événement que nous attendions tous : la sortie du premier hors série de l'Observance.

Il s'agit d'un véritable challenge initié l'an dernier, et que l'ensemble du bureau de la FNSIP a su relever pour vous.

Comme vous avez pu le découvrir depuis le mois de juin, l'Observance est un feuillet que nous éditons, donnant les dernières actualités et les dates importantes, bref, un nouvel outil de communication facile à développer et à mettre en place. Afin de développer les points qui nous paraissent essentiels, l'idée de ce hors série nous est apparue évidente.

Dans ce premier hors série, qui nous l'espérons sera le point de départ d'autres numéros, de nombreux sujets y sont abordés.

Comme vous le savez certainement, la FNSIP possède de nombreux autres supports de communication, et bien entendu, ces derniers continueront de vous accompagner au quotidien.

Nous vous souhaitons à tous une très bonne lecture, et n'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires afin que les numéros suivants soient toujours au plus près de vos attentes, car ne l'oublions pas, la FNSIP est là pour vous guider et vous aider tout au long de votre internat.

Raphaël BERENGER

*Président de la FNSIP
Interne en Biologie Médicale au Laboratoire de Biologie,
Établissements Hospitaliers du Bessin, Bayeux*

L'Observance Hors-Série N°1 - Crédits

Rédacteur en chef :
Raphaël BERENGER

Rédacteurs :
Isabelle ALAMOME,
Marion CASTEL,
Stéphanie DIALLO,
Jihane LEMACHATTI,
Baptiste QUELENNEC.

Responsable PAO :
Philippe GARRIGUE

L'Observance Hors-Série est un magazine édité et distribué gracieusement par la Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie (FNSIP).

Les images et photos utilisées dans ce support sont libres de droit. Merci de ne pas jeter ce magazine sur la voie publique après lecture !

Retrouvez mensuellement le bulletin sur le site de la FNSIP :
www.fnsip.fr !

A vos côtés



FNSIP... vous avez dit FNSIP ?

Petit brin d'histoire ...

Le bureau de la FNSIP a été renouvelé les 12, 13 et 14 juin dernier lors de notre Congrès National qui a eu lieu à Marseille. Il comprend dix internes ayant accepté la charge de représenter tous les internes en Pharmacie pendant un an. Certains d'entre nous se lancent dans l'aventure, d'autres la prolongent. Nous nous sommes engagés à poursuivre les actions déjà entreprises, dans la continuité des années passées. Bien évidemment, nous nous devons de **défendre le statut d'interne en Pharmacie, la formation pratique et théorique, ainsi que le futur des jeunes sortants.**

En plus de toutes ces missions, nous **restons à votre écoute** tout au long de l'année et continuons de travailler ensemble en toute transparence. Nous sommes donc là pour vous, à votre écoute, prêts à répondre à vos attentes et vos demandes. N'hésitez plus, contactez - nous !

Qui sommes nous ?

Tout d'abord, le Président, **Raphaël BÉRENGER**, Interne en Biologie Médicale à Bayeux (14)
Tél : 06.10.28.39.18 /
06.67.93.10.00 ;
Courriel : president@fnsip.fr

Secondé par le Vice-Président, **Guillaume HACHE**, Interne en Pharmacie Spécialisée à Paris (75)
Tél : 06.98.32.36.88 ;
Courriel : vp@fnsip.fr

Aidés d'un Secrétaire, **Baptiste QUÉLENNEC**, Interne en Pharmacie Hospitalière et des Collectivités à Colmar (68) ; Tél : 06.71.08.34.32
Courriel : secretaire@fnsip.fr

D'un Trésorier, **Vincent GATINOIS**, Interne en Biologie Médicale à Montpellier (34) ;
Tél : 06.69.39.78.84 ;
Courriel : tresorier@fnsip.fr

D'une Vice-Présidente chargée des Partenariats, **Stephanie DIALLO**, Interne en Pharmacie Hospitalière et des Collectivités à Paris (75) ;
Tél : 06.31.73.27.94 ;
Courriel : vp-partenariats@fnsip.fr

D'un Vice-Président chargé de la Communication, **Philippe GARRIGUE**, Interne en Pharmacie Hospitalière et des Collectivités à Marseille (13) ;
Tél : 06.71.70.14.43 ;
Courriel : vp-communication@fnsip.fr

D'un Vice-Président chargé des Relations Universitaires, **Alexandre CARIOU**, Interne en Pharmacie Hospitalière et des Collectivités à Rennes (35) ; Tél : 06.89.44.47.42 ;
Courriel : vp-univ@fnsip.fr

Vos représentantes de filière sont :

Pour les Spécialités Pharmaceutiques, **Marion CASTEL**, Interne en Pharmacie Hospitalière et des Collectivités à Toulouse (31) ;
Tél : 06.99.60.45.00 ;
Courriel : vp-pharmacie@fnsip.fr
Et **Jihane LEMACHATTI**, Interne en Pharmacie Hospitalière et des Collectivités à Strasbourg (67) ;
Tél : 06.09.10.58.91 ;
Courriel : vp-pharmacie@fnsip.fr

Pour la Spécialité Biologie Médicale, **Isabelle ALAMOME**, Interne en Biologie Médicale à Clermont-Ferrand (63) ; Tél : 06.61.20.00.07 ;
Courriel : vp-biologie@fnsip.fr

Sachons saisir la chance d'être interne aujourd'hui afin de bâtir au mieux la santé de demain!

A la une

La réforme des D.E.S. de Sciences Pharmaceutiques



Les internes de la promotion 2009 seront les premiers à bénéficier du nouveau cursus de l'Internat en vue de l'obtention des D.E.S. pharmaceutiques. Ainsi les anciennes filières Pharmacie Hospitalière, Pharmacie Industrielle et Biomédicale, et Pharmacie Spécialisée (qui demeurent en place pour les promotions antérieures jusqu'à leur sortie), feront place à seulement deux filières : «**Pharmacie**» et «**Innovation Thérapeutique et Recherche**».

Pas de grand changement sur le fond, mais beaucoup de nouveautés sur la forme puisque cette réforme instaure un système de **maquettes** (qui existe déjà dans les filières de Biologie Médicale) et de domaines de stages, tout en quantifiant les enseignements en **crédits ECTS**, un premier pas vers l'harmonisation avec le système LMD. La réforme, très belle sur le papier, a demandé un énorme travail de refonte des agréments et fiches de postes. Sa mise en place pour les derniers choix, qui n'est encore qu'un début pour ce premier semestre, ne s'est pas faite sans dommage collatéral pour les anciennes promotions qui déplorent que certains postes aient été réservés d'office aux très nombreux internes entrants, et ce, au détriment de leur ancienneté. Au mieux, dans certaines inter régions, ce «fléchage» en faveur de la promotion entrante a été réalisé en fonction des préchoix des internes plus anciens. Et nombreux sont ceux qui commencent à s'interroger sur la cohérence des *numerus clausus* élevés en Pharmacie, au vu du nombre de postes offerts en France à la sortie de l'internat.

Voici une présentation de la réforme en question. Réagissez sur notre blog (blog.fnsip.fr) !

A la une

La Réforme des D.E.S. de Sciences Pharmaceutiques

1. Le D.E.S. de Pharmacie

Enseignements

L'interne doit valider des unités d'enseignement pour un crédit total d'au moins **60 ECTS**.

Les choix des unités d'enseignement doivent être au préalable approuvés par le coordonnateur du diplôme d'études spécialisées.

Les unités d'enseignement de base, sont regroupées en quatre domaines (*Tableau 1*)

Les unités d'enseignement optionnelles pour l'option pharmacie industrielle et BioMédicale sont :

- Aspects réglementaires et juridiques de l'entreprise pharmaceutique : publicité, brevets, marques, autorisation de mise sur le marché...
- Gestion des systèmes industriels : organisation, fonctions économiques et financières de la production dans l'entreprise pharmaceutique.
- Management et marketing pharmaceutique. Gestion de projets.
- Pharmacotechnie industrielle.
- Stratégie de la créativité : innovation pharmaco-chimique et pharmacotechnique.
- Ingénierie du conditionnement et de la stérilisation.
- Bioréactifs et système de traitement des analyses biologiques.

Formation et fonctions hospitalières

Les stages ayant l'agrément pharmacie hospitalière (y compris dans les établissements non CHU agréés) sont classés en **quatre domaines** qui sont :

- **Pharmacie clinique et dispensation,**
- **Economie de la santé et vigilances,**
- **Préparation et contrôle,**
- **Stérilisation et Dispositifs médicaux.**

● Niveau 1 :

- Les deux premiers semestres du niveau 1 sont effectués dans des services ayant l'agrément d'un des quatre domaines de pharmacie hospitalière.
- Les troisièmes et quatrièmes semestres sont effectués soit :
 - dans des services ayant l'agrément pour un des quatre domaines de pharmacie hospitalière.
 - dans un service extrahospitalier agréé (agences, DRASS, ARH, CRAM, CNAM, structures de recherche...).
 - dans un établissement industriel agréé pour recevoir des internes en pharmacie du diplôme d'études spécialisées de pharmacie.
- Chaque service agréé pour recevoir des internes doit établir chaque année à l'intention du coordonnateur du diplôme d'études spécialisées et de la DRASS, un profil des postes d'internes (description de l'activité de poste, participation à la garde, acquisition possible de compétences spécifiques, etc..).

- À l'issue de chaque semestre, **le chef de service évalue le stage de l'interne** (éléments généraux d'appréciation, objectifs professionnels). Cette évaluation transmise au coordonnateur du diplôme d'études spécialisées sera examinée par la commission spécifique compétente

- À l'issue de chaque semestre, **l'interne remplit une fiche d'évaluation** destinée à apprécier le caractère formateur du service dans lequel il était affecté. Cette fiche transmise au coordonnateur du diplôme d'études spécialisées et à la DRASS servira aux travaux de la commission d'agrément des services.

A l'issue du niveau 1, l'interne établit librement **un projet professionnel concernant le choix de l'option du DES de pharmacie** (DES de pharmacie : option pharmacie hospitalière – pratique et recherche ou DES de pharmacie : option pharmacie industrielle et biomédicale), les quatre semestres du niveau 2 et ses objectifs professionnels.

A titre exceptionnel, un interne pourra demander à la commission pédagogique un changement d'option. Cette demande devra être présentée avant que la DRASS n'établisse la liste des postes d'internes mis au choix, correspondant au septième semestre du cursus du demandeur.

A la une

La Réforme des D.E.S. de Sciences Pharmaceutiques

● Niveau 2 - DES de pharmacie option pharmacie hospitalière - pratique et recherche.

Les quatre semestres du niveau 2 sont effectués de manière à obtenir un total de six semestres dans des stages ayant l'agrément de pharmacie hospitalière à la fin du cursus de l'internat.

Parmi les six semestres, un stage dans chacun des domaines de l'agrément de pharmacie hospitalière doit être effectué (Pharmacie clinique et dispensation, économie de la santé et vigilances, préparation et contrôle, stérilisation et dispositifs médicaux).

A l'issue de la validation de ce niveau 2, l'interne obtiendra la qualification du diplôme d'études spécialisées de pharmacie option pharmacie hospitalière - pratique et recherche.

● Niveau 2 -DES de pharmacie option pharmacie industrielle et biomédicale.

Les quatre semestres du niveau 2 sont effectués au choix de l'interne - dans des services ayant l'agrément d'un des quatre domaines de pharmacie hospitalière.

- dans un service extrahospitalier agréé (Agences, DRASS, ARH, CRAM, CNAM, structures de recherche...).

- dans un établissement industriel agréé pour recevoir des internes en pharmacie du diplôme d'études spécialisées de pharmacie.

Les internes s'orientant vers une activité dans le domaine des bioréactifs et/ou de l'instrumentation de laboratoire sont autorisés à effectuer quatre semestres dans les laboratoires de biologie hospitaliers agréés.

Pour les internes du DES de pharmacie option pharmacie industrielle et biomédicale, à l'issue des huit semestres, un semestre au moins est obligatoirement effectué dans un établissement industriel agréé.

Tableau 1 : Liste des unités d'enseignement de base.

● **Pharmacie clinique et dispensation :**

- Pharmacie clinique générale.
- Pharmacie clinique spécialisée.
- Pharmacocinétique ; métabolisme des médicaments ; adaptation de posologies.
- Recherche biomédicale et recherche thérapeutique ; stratégie et gestion des essais thérapeutiques.
- Pharmacologie et toxicologie appliquées à l'étude de la sécurité et de l'activité des médicaments.

● **Economie de la santé et vigilances :**

- Pharmaco-économie.
- Économie et systèmes de santé. Épidémiologie.
- Sécurité et veille sanitaires
- Les agences ; les vigilances ; la iatrogénie.
- Application biomédicale d'une langue étrangère.
- Documentation et communication, information médicale, informatique et statistiques.
- Organisation et gestion hospitalière. Politique des achats.

● **Préparation et contrôle :**

- Diététique ; nutrition ; nutrition artificielle ; bromatologie.
- Préparations pharmaceutiques : fabrication et contrôle.
- Analyse instrumentale approfondie.
- Thérapies d'origine biologique : thérapie génique, thérapie cellulaire, thérapie tissulaire, produits sanguins, médicaments obtenus par génie génétique, biotechnologie.
- Accréditation ; certification ; homologation ; assurance qualité.

● **Stérilisation et Dispositifs médicaux :**

- Stérilisation.
- Dispositifs médicaux.
- Hygiène hospitalière ; l'eau à l'hôpital.
- Ingénierie du conditionnement et de la stérilisation.
- Organes artificiels, prothèses, dispositifs médicaux, biomatériaux et biocompatibilité.

A la une

La Réforme des D.E.S. de Sciences Pharmaceutiques

Poster : Filières et cursus de l'Internat en Pharmacie

L'Association des Internes en Pharmacie de Marseille a réalisé en janvier 2009 un poster synthétisant les nouveautés apportées par la réforme des D.E.S. de Sciences Pharmaceutiques (sources : *LégiFrance, Thèse d'exercice de F. Despas*).

Pourquoi devenir interne en pharmacie ?

- Certains métiers ne sont accessibles qu'aux anciens internes : **biologiste, praticien hospitalier...**
- C'est la **voie privilégiée** pour obtenir le **statut hospitalo-universitaire**, et pour compléter sa formation pharmaceutique d'une formation scientifique.
- C'est une voie qui permet, **pendant au moins 4 ans**, de se former à son futur métier avec un **double statut** d'étudiant et de salarié.

Comment devenir interne en pharmacie ?

- Le **Concours National de l'Internat en Pharmacie** :
 - organisé par le Centre National des Concours de l'Internat (C.N.C.I.)
 - chaque année **au mois de mai à Rungis**
 - deux sessions : **Nord et Sud**
- **Accessible deux fois** aux étudiants en Pharmacie ayant validé le 2^e cycle d'études pharmaceutiques.
- Prise de fonction **en novembre de la même année**.

La réforme des D.E.S. Pharmacie et I.P.R.

- Désormais, quelle que soit la filière, l'interne doit construire au fil de son cursus un **projet professionnel ou maquette** (plan de formation et d'orientation professionnelle) qui fait l'objet d'une validation par une **Commission pédagogique et/ou sur conseil d'un tuteur**.
- Les enseignements sont quantifiés en ECTS (système LMD). L'interne doit acquérir **60 ECTS** au cours de son internat.

Classement au Concours National de l'Internat en Pharmacie (mois de mai) → 3^e cycle long des études pharmaceutiques

Biologie Médicale

Niveau 1
4 semestres :
Hématologie, Bactériologie-
Virologie, Biochimie, et
Parasito-mycologie ou
Immunologie

Niveau 2 : 4 semestres
- **Biologie Polyvalente** (toutes spécialités niv.1)
ou
- **Biologie Spécialisée** : stages en rapport avec le domaine de spécialisation (spécialités niv. 1 ou Thérapie Génique et Cellulaire, Toxicologie-Pharmacologie, Biologie de la Reproduction, Cytogénétique)

D.E.S. de Biologie Médicale

- LABM privés
- Hospitalo-universitaire et hospitalier public/privé

Pharmacie

Niveau 1 :
1^{er} et 2^e Semestres agréés Pharmacie
3^e et 4^e Semestres tout agrément
4 domaines : Pharmacie clinique & dispensation - Stérilisation & dispositifs médicaux - Economie de la santé & vigilances - Préparation & contrôle
+
4 U.E. / 2 U.E. + 1 Master / 3 U.E. + 1 stage industriel

Niveau 2
Mention Pharmacie Hospitalière et Pratique de la Recherche :
qsp total 6 semestres agréés PHPR dans les 4 domaines
+
2 U.E. / 1 Master / Equivalent

Niveau 2
Mention Pharmacie Industrielle et BioMédicale :
4 semestres agréés PHPR/PIBM dont 1 à 2 stages industriels
+
2 U.E. / 1 Master Pro

D.E.S. Pharmacie Mention P.H.P.R.

- Hospitalier public/privé (Assistant spécialiste)
- Hospitalo-universitaire (AHU, MCU/PU-PH)
- Administration

D.E.S. Pharmacie Mention P.I.B.M.

- Milieu industriel : recherche et développement

Innovation Pharmaceutique et Recherche (I.P.R.)

Niveau 1 :
1^{er} et 2^e semestres agréés IPR
+
2 U.E. Pharmacie / M2R

Niveau 2
6 semestres agréés IPR
ou
max 3 semestres industrie
+
2 U.E. Pharmacie / M2R
et
Thèse (Ecole doctorale)

D.E.S. Innovation Pharmaceutique et Recherche
- Hospitalier public/privé dans la spécialité correspondante (Assistant spécialiste)
- Hospitalo-universitaire (AHU, MCU/PU-PH)
- Industrie : R&D dans la spécialité

A la une

La Réforme des D.E.S. de Sciences Pharmaceutiques

2. Le D.E.S. d'Innovation Thérapeutique et Recherche

Ce diplôme d'études spécialisées contribue à la formation à l'innovation thérapeutique et biologique en complémentarité des secteurs couverts par les diplômes d'études spécialisées de pharmacie et de biologie médicale.

Ce diplôme d'études spécialisées contribue à la formation des compétences hospitalières et au savoir faire dans des disciplines et/ou spécialités particulières et innovantes notamment :

- Santé publique et environnement, Pharmaco épidémiologie
- Domaines particuliers de la thérapie génique et de la thérapie cellulaire
- Hygiène hospitalière
- Biotechnologie et nanosciences
- Diagnostic in vitro
- Nutrition
- Toutes nouvelles thérapeutiques (bioorganes, biomatériaux)..

Enseignements

L'interne doit avec l'accord d'un enseignant de pharmacie titulaire possédant l'habilitation à diriger des recherches, agréé par le coordonnateur prévu à l'article 7 du décret n°88-996 du 19 octobre 1988 modifié, dénommé tuteur, établir avant sa prise de fonction d'interne, ou voir au plus tard au cours du premier semestre de son internat, un **plan du cursus universitaire** qu'il désire entreprendre. Ce plan doit présenter une finalité cohérente et être approuvé par le conseil de l'unité de formation et de recherche de pharmacie où l'étudiant prend ses ins-

criptions annuelles sur rapport du tuteur mentionné ci-dessus.

Si l'interne envisage une carrière universitaire ou de recherche, le plan de cursus doit comporter la préparation d'un **master recherche et un projet de thèse**.

Tuteur, coordonnateur, directeur d'hôpital et interne conviennent ensuite, par engagement écrit, des conditions de déroulement du cursus de l'interne. La direction régionale des affaires sanitaires et sociales est associée pour que l'interne puisse effectivement remplir les fonctions hospitalières correspondant à son cursus.

Le cursus doit obligatoirement comporter la validation d'**au moins deux des unités d'enseignement** proposées dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de Pharmacie (annexe I). Le reste de la formation s'acquiert soit par la validation d'autres unités d'enseignement de formation doctorale dispensés dans les unités de formation et de recherches de pharmacie, soit par la validation d'autres enseignements dispensés dans d'autres unités de formation et de recherches ou d'autres établissements publics d'enseignement supérieur, soit par des travaux de recherche validés par le tuteur.

Chaque année, avant le 15 novembre, l'interne établit un **rapport sur son travail** de l'année universitaire précédente. Ce rapport est transmis avec avis motivé par l'enseignant tu-

teur au service de scolarité de l'unité de formation et de recherches où l'étudiant est inscrit et au coordonnateur du diplôme d'études spécialisées.

En fin de cursus, l'interne établit un **rapport final** sur ses acquis universitaires, pratiques et de recherche. Ce rapport, accompagné de l'avis motivé de l'enseignant tuteur et des rapports annuels, est transmis au jury prévu à l'article 24 du décret n° 88-996 du 19 octobre 1988 modifié susvisé. Les conditions de validation de ce diplôme sont, par ailleurs, soumises aux conditions fixées par l'article 24 du décret n° 88-996 du 19 octobre 1988 modifié susvisé.

Formation et fonctions hospitalières

- Les semestres doivent être effectués dans des services agréés pour ce diplôme d'études spécialisées et dont l'activité est en rapport avec le cursus prévu par l'interne.

- Le tuteur veille avec les responsables du stage hospitalier à la **compatibilité des fonctions hospitalières et de la formation théorique** suivie par l'interne.

- Pour un **cursus orienté vers l'industrie**, le coordonnateur du diplôme d'études spécialisées est autorisé à accorder au maximum trois semestres dans des établissements industriels agréés.

A la une

Rapport Aboud : demain, tous cliniciens hospitaliers !

Le 2 mars 2009, la Ministre de la Santé, Madame Roselyne Bachelot Narquin avait confié au Docteur Elie Aboud, cardiologue praticien hospitalier et député de l'Hérault, une mission **concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public.**

Cette mission a dans un premier temps recueilli les **avis et les propositions des professionnels et organismes concernés.** Dans un second temps elle a émis des **propositions** permettant d'éclairer certains points clés de la loi **Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) :**

- Améliorer l'**attractivité des emplois médicaux**, notamment dans les spécialités et établissements rencontrant des difficultés de recrutement,
- Offrir de **nouveaux modes de rémunération** aux praticiens en fonction de leur engagement au service de l'hôpital.

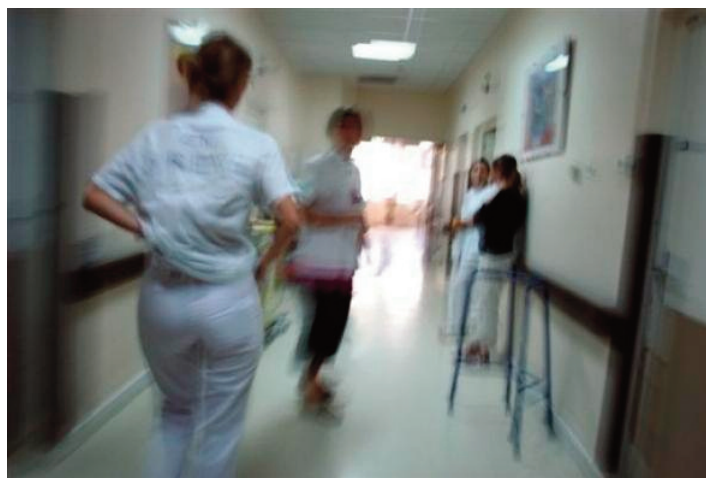
Le 23 juillet 2009, ce rapport a été remis à la Ministre de la Santé. En voici les principaux éléments **qui peuvent intéresser tous les internes qui se destinent à une carrière hospitalière.** Bien que rédigé par des médecins, ce rapport s'intéresse également aux pharmaciens et odontologistes hospitaliers.

Dans sa première partie, le rapport expose et analyse l'évolution du nombre de praticiens hospitaliers (PH) toutes spécialités confondues, depuis la création du statut en 1984. L'élément marquant de cette partie est **l'explosion du nombre de PH à temps plein (+49,8%)** entre 2002 et 2009 alors que sur la même période, le nombre de PH à temps partiel a diminué (-2,81%).

Les principales explications de ces évolutions sont :

- la réduction du temps de travail et l'intégration des gardes au temps de travail
- l'émergence de certaines spécialités médicales comme la médecine d'urgence et la gériatrie
- l'augmentation du nombre d'internes depuis le début des années 2000.

Cette première partie dresse également **un état des lieux des postes de PH** (temps pleins et partiels) par spécialité, vacants au 1er janvier 2009. On constate ainsi que **la pharmacie hospitalière et la biologie médicale font partie des spécialités présentant les plus faibles taux de vacance de postes de PH à temps plein** (respectivement 8 et 10,1%). En ce qui concerne les postes de PH à temps partiel, les taux de vacance de postes de ces spécialités sont en revanche, équivalents aux autres disciplines hospitalières (respectivement 47,6% et 29,4%).



Le rapport traite ensuite des **rémunérations médicales à l'hôpital** au travers des missions récentes de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et de la MEAH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers). Cette partie évoquant essentiellement la rémunération à l'acte ne concerne peu ou pas les pharmaciens et les biologistes hospitaliers.

A la une

Rapport Aboud : demain, tous cliniciens hospitaliers !

En fin de première partie, les auteurs de ce rapport ont tenu à **retracer l'évolution du statut des médecins, pharmaciens et odontologistes à l'hôpital** depuis la création des CHU par l'ordonnance hospitalière de 1958 jusqu'à aujourd'hui. L'objectif *in fine* est de démontrer que le changement en matière de recrutement et d'attractivité au sein des hôpitaux français, est urgent et nécessaire.

Dans la deuxième partie, les auteurs du rapport ont émis **10 propositions** en faveur de la promotion et de la modernisation des recrutements médicaux.

1. "La promotion des recrutements est à initier dès le deuxième cycle des études médicales et à concrétiser dès le troisième cycle."

2. "Une politique promotionnelle et contractuelle tournée vers les chefs de cliniques assistants mérite d'être engagée"

3. "L'équipe hospitalière base de l'identité hospitalière. Labelliser les équipes, facteur de notoriété de valorisation sociale et d'attractivité."
L'appartenance à une équipe médicale reconnue et ayant un projet inclus dans celui de l'établissement est attractive pour les praticiens et contribue à une certaine notoriété de l'équipe et de l'établissement. La labellisation serait à la charge de la Haute Autorité de Santé (HAS).

4. "Modularité de la carrière et autonomie"

La mission suggère que la carrière professionnelle soit modulable en

fonction "des acquis de compétences, des segments de vie, des découvertes et des opportunités". Cette modularité doit être au cœur du volet social de l'exercice hospitalier.

5. "Constituer des équipes de grande taille"

La mission propose de constituer des équipes de grande taille (10 à 15 équivalents temps pleins de praticiens) pour réduire la pénibilité liée à la permanence des soins, mener à bien le projet de l'équipe et constituer des plateaux techniques performants. De plus, les membres de ces équipes de grande taille devront appartenir à des tranches d'âges bien distinctes, de sorte à ce que "l'équipe ne vieillisse pas ensemble".

6. "Refonder les règles d'organisation du travail à l'hôpital"

La mission suggère la mise en place d'un projet au sein de chaque équipe hospitalière. Ce projet serait un "Tableau Annuel Prévisionnel d'Activités (TAPA)" qui devra garantir les engagements pris au sein de l'équipe et servira de feuille de route pour toutes les activités du service (temps nécessaire à l'activité professionnelle et médicale du service).

7. "Moderniser les modes de rémunérations médicales à l'hôpital"

La mission propose que la rémunération médicale à l'hôpital comprenne une part fixe et une part variable. La part fixe serait comparable au système à échelons actuel qui fixe la rémunération des PH, mais le nombre des échelons serait revu à la baisse et le début de carrière serait

revalorisé. La part variable découlerait de l'investissement du praticien dans la réalisation des activités prévues par le TAPA et de l'intéressement collectif de l'équipe au projet formalisé dans le TAPA. Le détachement d'un PH sur un exercice de clinicien hospitalier constituerait également la part variable de sa rémunération.

8. "Développer une gestion prévisionnelle des emplois et compétences"

La mission encourage au développement d'une politique coordonnée au niveau local, régional et national, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au plus près des équipes.

9. "La performance à l'hôpital, ni culte ni tabou"

La mission considère que la reconnaissance financière du travail doit comporter en partie un mécanisme simple fixant des objectifs et des règles sur un collectif, reconnaissant individuellement chacun de ses membres."

10. "Etablir des conditions de travail renouvelées dont un libre choix volontaire de la base de la quotité de travail"

"La mission propose une modularité volontaire du temps de travail fixée pour la borne basse au plan national et localement, contractuellement pour la borne haute"

A la une

Rapport Aboud : demain, tous cliniciens hospitaliers !

Dans la dernière partie du rapport, figure l'explication du **contrat de "Clinicien Hospitalier"**. Il s'agit d'un nouveau statut pour les médecins, pharmaciens et odontologistes qui est intégré à la loi HPST. Les praticiens concernés par ce nouveau statut devront être inscrits à l'Ordre et pourront être :

- des praticiens qui occupent actuellement des postes d'assistant spécialiste ou de chef de clinique,
- des PH en poste (mais détaché de leur poste) ou inscrit sur la liste d'aptitude et en attente de poste
- des praticiens libéraux.

Le clinicien hospitalier sera recruté par un établissement de santé sur la

base d'un **contrat d'un an renouvelable jusqu'à 5 ans**. En ce qui concerne la rémunération, la loi HPST prévoit pour les cliniciens hospitaliers, **une part fixe et une part variable**. La commission ayant rédigé le rapport Aboud propose **une part fixe équivalente au 8ème échelon actuel de la rémunération des PH**. La part variable serait constituée par un intéressement précisé dans le contrat.

En fin de contrat, un clinicien hospitalier pourra postuler à un poste de praticien hospitalier à condition d'être inscrit sur la liste d'aptitude, dans le cas contraire il devra passer **le concours national de praticien**

hospitalier de type I. S'il ne souhaite pas poursuivre sa carrière à l'hôpital, le clinicien hospitalier pourra reprendre une activité libérale ou réintégrer son poste d'origine s'il en était détaché.

Voici donc résumé en quelques lignes le Rapport ABOUD sur la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public. Si certains éléments de ce résumé ne vous semblent pas explicites ou si vous souhaitez approfondir ce résumé, nous vous invitons à consulter le rapport ABOUD à l'adresse suivante: <http://www.sante-sports.gouv.fr/>

A la une

Education thérapeutique : un devoir et une opportunité pharmaceutiques

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un « enseignement individuel ou collectif dispensé à un patient ou à son entourage visant à améliorer la prise en charge médicale d'une affection ».

Aujourd'hui, le développement de l'ETP constitue **un axe stratégique fort de la politique gouvernementale et une préoccupation majeure des professionnels de santé et en matière de santé publique.**



Nous avons donc souhaité vous communiquer quelques informations pratiques (législation, formations) pour mieux appréhender cette nouvelle discipline.

Législation

En 2001, le plan national d'éducation pour la santé prévoyait « que tout patient dont l'état de santé le nécessite puisse accéder à un programme structuré d'éducation thérapeutique ».

La circulaire DHOS n° 2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé définit les activités de l'ETP :

- « **activité d'information, de sensibilisation, d'apprentissage** »,
- accompagnement **psychosocial**,
- **suivi des traitements** prescrits et des soins,
- suivi du **comportement de santé** du patient.

Ces activités démontrent que l'ETP doit être **adaptée à chaque patient** en tenant compte de son « contexte psychosocial, de sa représentation de l'affection, de sa perception des

symptômes et de son projet de vie face à sa maladie ».

La circulaire précise que l'ETP doit être réalisée par une **équipe pluridisciplinaire** : médecins traitants, médecins spécialistes, infirmières, pharmaciens, psychologues, et diététiciens.

En avril 2007, Philippe Bas annonce des mesures pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes des maladies chroniques pour 2007-2011.

Son plan comporte 4 axes, dont le deuxième traite de l'intégration à la formation médicale l'ETP.

Le but est de faire des médecins les nouveaux acteurs de la prévention.

L'activité ETP sera alors rémunérée à l'hôpital et en ville.

En septembre 2008, un nouveau rapport, le rapport Saout-Chabronnel propose 24 recommandations pour une « **politique nationale d'ETP** ». Ce rapport fournit des outils concrets

pour le développement de cette nouvelle discipline :

- ETP : un droit pour les patients

Ainsi tout patient atteint d'une maladie chronique a « le droit de bénéficier d'un programme ETP intégré dans un plan de soins coordonnés »

- Formation des professionnels :

Les professionnels doivent acquérir des compétences en pédagogie et en psychologie du patient.

En juillet 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire

introduit la notion d'éducation thérapeutique dans le code de la santé publique, et précise aussi que « l'éducation à la santé comprend notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles ou collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé.

A la une

Education thérapeutique

La formation des professionnels de santé

L'ETP ne s'improvise pas. Elle s'appuie sur des concepts issus de sciences humaines (anthropologie, psychologie, sociologie). Les professionnels de santé doivent acquérir de nouvelles compétences. Ces compétences regroupent des compétences relationnelles, pédagogiques, méthodologiques et organisationnelles.

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini deux niveaux de formation :

> **Le niveau 1** concerne tout professionnel de santé qui désire acquérir la fonction de « **soignant éducateur** ».

A l'issue de cette formation de niveau 1 le soignant éducateur est alors capable de :

- reconnaître les besoins du patient
- identifier l'état affectif, le vécu, les expériences du patient
- communiquer avec empathie avec le patient
- aider les patients à organiser leur mode vie en fonction de leur affection
- expliquer les outils pédagogique au patient (brochures)
- apprendre au patient à gérer une situation de crise liée à sa pathologie

La formation comprend un certain nombre d'heures d'enseignement théorique et pratique dispensée par des enseignants de structures publiques ou privés homologués par la commission nationale d'agrément :

- **Formation IPCEM** (<http://www.ipcem.org/FORM/>) : ce sont des cycles de 5 à 8 jours dont les thèmes peuvent être le diabète, l'asthme, syndrome d'apnée du sommeil, hémophilie, surpoids, obésité, insuffisance respiratoire chronique, BPCO.

- **Formation INFIPP** (http://www.ephora.fr/formation/niveau1_INFIPP.htm) et **FRAES** (http://www.ephora.fr/formation/niveau_1_INFIPP.htm) permettent de s'initier à l'éducation thérapeutique.

- **Formation GRIEPS** (http://www.ephora.fr/formation/niveau_1_GRIEPS.htm)

- **Formation Formavenir** (http://www.ephora.fr/formations/niveau1_formavenir.htm)

> **Le niveau 2** permet d'avoir des fonctions de **coordonnateur ou de formateur** de soignants éducateurs. Ces compétences sont acquises grâce aux DU, DIU, masters ou DESS, en France ou à l'étranger (*Tableau 1*).

Les fonctions d'un coordonnateur sont d'implanter, d'évaluer un programme d'ETP et de créer des outils éducatifs.

Comment réaliser un programme ETP ?

Quatre étapes chronologiques sont nécessaires à la définition d'un programme ETP :

- 1. Faire un diagnostic éducatif** : évaluer les connaissances du patient, la compréhension de sa pathologie, connaître son mode de vie et son comportement en matière de santé. De cette façon, il est plus facile de cibler les compétences à acquérir.
- 2. Composer un programme personnalisé ETP** avec les objectifs à atteindre en fonction de la physiopathologie du patient et du stade de sa maladie.
- 3. Déterminer les différents professionnels** impliqués dans la prise en charge de son affection chronique.
- 4. Planifier et réaliser** les séances d'ETP avec le patient.
- 5. Evaluer les compétences** acquises à l'issue de ces séances.

Comment financer l'ETP ?

Les **Agences régionales de Santé** auront un rôle majeur dans le développement de cette nouvelle politique d'ETP. Elle seront le financeur unique régional.

Le financement sera effectué à l'aide d'une **tarification spécifique en ambulatoire** pour les établissements de santé et par un **fond national** réparti au niveau régional aux ARS.

Pour les médecins traitants, la **Classification des Actes Cliniques (CCAM)** permettra de valoriser leur activité d'éducation thérapeutique.

En conclusion, il apparaît que l'éducation thérapeutique est désormais « **un droit du patient** », son développement aujourd'hui en France est primordial.

C'est une activité dans laquelle **le pharmacien hospitalier doit s'impliquer** car elle lui permettra d'être porteur des projets d'éducation au niveau régionale et de quantifier facilement son activité et sa valeur ajoutée.

A la une

Education thérapeutique

Tableau 1 : Liste des formations de niveau 2 en France
Diplômes universitaires (D.U.) :

Hérouville	Chargé de projet en éducation pour la santé
Brest	De l'information à la concordance : l'éducation du patient
Chartres et Tours	Education pour la santé / Education thérapeutique
Paris	Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques
Bobigny	Education et santé, un outil de la prévention
Montpellier	Formation des professionnels de santé à l'éducation pour la santé des patients
Nancy	Santé publique et promotion de la santé
Toulouse	Education thérapeutique
Lille	Education du patient
Nantes	Prévention et promotion de la santé
Amiens	Des concepts à la pratique : le sujet malade, la chronicité, et l'alliance thérapeutique
Lyon	Education pour la santé

Masters :

Bordeaux	Master professionnel	Sciences de la vie et de la santé. Promotion de la santé et développement social
Clermont-Ferrand	Master 2 professionnel	Education et promotion de la santé Education à la santé en milieu scolaire
Rennes	Master 2	Psychologie sociale et communautaire de la santé
Tours	Master 2 professionnel	Promotion et gestion de la santé
Bobigny	Master 1e et 2e année	Education clinique et santé, spécialisation Education et santé
Montpellier	Master	Action de prévention sanitaire et sociale
Marseille	Master 1e et 2e année	Prévention et éducation pour la santé
Lyon	Master 2e année	Promotion et éducation pour la santé

Formations de niveau 2 en Europe :

- Master en sciences de la santé publique « éducation pour la santé – éducation du patient » à **Bruxelles**
- Certificat et diplôme de formation continue et éducation thérapeutique du patient à **Genève**

Dossier

Ce qu'il faut retenir de la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires

Le système de santé français fondé sur le principe de solidarité, offre une sécurité remarquable. Mais face à l'inégalité d'accès aux soins, une répartition inégale des professionnels médicaux, la complexité des parcours de soins, il est clair pour tout le monde aujourd'hui que le système actuel présente des limites et nécessite d'être réformé.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire menée par Mme Bachelot, Ministre de la santé et des sports, a pour ambition de répondre aux besoins et aux problèmes que rencontre le système de santé français. Dans la frénésie des réformes que connaît le milieu hospitalier depuis 5 ans, la loi HPST ou Bachelot a donc été promulguée le 16 juillet 2009. Avec cette loi les hôpitaux seront amenés à vivre une nouvelle gouvernance et une nouvelle organisation.

Pour y voir plus clair dans cette nouvelle organisation, intéressons-nous aux principaux axes de cette loi.

1. La modernisation des établissements de santé

> Obligations du service public :

La définition des missions du service public est clarifiée dans cette première partie de la loi, avec la **permanence de soins** en tête de liste.

L'ensemble de ces missions peut être assuré par tous les établissements de santé quel que soit leur statut. L'attribution des urgences au secteur public va changer, pour notamment diminuer le temps d'attente. Nous assisterons à un **glissement des obligations du public vers le secteur privé**.

L'hôpital et la médecine de ville, pour assurer ensemble ces missions, doivent créer des partenariats notamment sous forme de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Les objectifs et le niveau d'intervention de chaque établissement

seront définis au sein des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et Moyens (CPOM) signés avec l'Agence Régionale de Santé.

Ces missions seront assurées sous la conduite d'une nouvelle instance.

> Nouvelle gouvernance :

Elle a pour but de faciliter le processus de décision en supprimant les multiples décideurs et permettre ainsi à l'hôpital de répondre aux besoins de la population.

- **Le conseil de surveillance** qui remplace le conseil d'administration a un rôle de contrôle de l'activité de l'établissement et délibère sur le compte financier.

- **Le directoire et son président :** le directeur « patron de l'hôpital » conduit la politique générale de l'établissement et préside le directoire. Le directeur n'est pas obligatoirement un médecin et **des compé-**

tences médicales ne sont pas requises pour ce poste.

Le directoire travaille sur le **projet d'établissement** sur la base du projet médical qui est élaboré par la **Commission Médicale de l'Etablissement (CME)**

Le projet médical élaboré par les médecins et les chefs de pôle doit prendre le pas sur les problèmes administratifs et bureaucratiques. Or dans le projet initial de la loi, la CME n'avait qu'un rôle consultatif. Ce point a été à l'origine de mouvements de grève et de la mobilisation de l'ensemble de la communauté hospitalière médicale et non médicale le 14 mai 2009.

Les besoins actuels des patients nécessitent de **renforcer les collaborations entre les différents acteurs de la santé** et de fédérer les professionnels médicaux, d'où la nécessité pour les hôpitaux de regrouper leurs forces.

> Collaboration accrue entre établissements de santé :

La loi propose deux modalités d'organisation pour favoriser cette collaboration : les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).

La CHT permet aux établissements d'avoir un projet médical commun et de mutualiser leurs moyens et leurs compétences. Les établissements adhérents auront des missions différentes et donc complémentaires pour pouvoir répondre à tous les besoins de santé de la population.

Le GCS est un mode de collaboration entre l'hôpital et les établissements de santé privés permettant le développement d'initiatives en commun. Les cliniques privées participent ainsi aux missions de service public.

2. L'accès de tous aux soins de qualité :

Le texte de loi se propose de lutter contre les « déserts médicaux » en améliorant la répartition des médecins sur les territoires et en facilitant l'accès aux soins de ville.

> Des soins accessibles pour tous sur l'ensemble du territoire :

La permanence des soins doit être assurée au niveau régional, de façon à éviter le recours aux urgences pour les désengorger et renforcer les collaborations entre les établissements de santé.

Ainsi les soins de premiers recours (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, dispensation et administration des médicaments et dispositifs médicaux) seront pris en charge par des professionnels capables de répondre aux besoins de proximité des patients. Sont ainsi concernés les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine qui voient leurs rôles renforcés.

Le médecin généraliste est donc un acteur essentiel pour l'organisation de ces soins ambulatoires et pour orienter correctement les patients dans le système de soins.

Le pharmacien d'officine doit continuer à participer à la permanence des soins, délivrer des conseils et des prestations pour améliorer la qualité de vie du patient et son état de santé.

Les refus de soins sont clairement interdits, notamment pour des motifs financiers ou sociaux.

> Mieux répartir les professionnels médicaux en respectant leur liberté d'installation :

Face au développement des pathologies chroniques la loi prévoit que les effectifs des étudiants et des internes de chaque faculté seraient définis en fonction des besoins de santé de la région et de la démographie médicale.

Cette mesure permettra d'organiser l'offre de soin au niveau du territoire tout en respectant la liberté d'installation des médecins. La formation des médecins est donc adaptée aux besoins de la région.

3. La prévention et la santé publique :

Ce thème vise les maladies chroniques et les cancers en interdisant l'accès aux mineurs à leurs principaux facteurs de risque (l'alcool et le tabac) et en faisant de **l'éducation thérapeutique du patient** une politique nationale pour la prise en charge de leurs complications.

> Alcool et cigarettes : limiter les facteurs de risque

La vente d'alcool aux mineurs est interdite quels que soient les lieux et

mode de vente (épicerie, grande surface, stations services. La vente des cigarettes bonbons est aussi interdite, car ces cigarettes incitent les jeunes à fumer grâce à leurs couleurs attractives et leur goût sucré.

> Education Thérapeutique du Patient (ETP):

Avec l'article 24 du titre III de la loi HPST, l'ETP devient partie intégrante du parcours de soins du patient.

L'ETP est à différencier de l'information au patient, et des conseils de prévention.

Car selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

La notion d'éducateur est introduite dans cet article mais sans en préciser les compétences, les conditions de formation et d'expérience requise. Ces éléments seront déterminés dans un décret. Un autre décret fixera la liste des pathologies pour lesquelles les programmes d'éducation thérapeutique pourront exister.

Cependant, « l'éducation thérapeutique ne sera pas opposable au patient et ne conditionnera pas le remboursement des actes et des médicaments liés à sa maladie ».

Enfin en ce qui concerne l'éventuelle participation des industriels à l'éducation thérapeutique, il est prévu « d'éviter tout contact direct entre les fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux et le patient et limiter leur participation à un co-financement ou à la mise à disposition d'outils d'information » de façon très contrôlée.

(lire aussi notre article sur l'Education Thérapeutique dans ce numéro de l'Observance !)

4. L'organisation territoriale du système de santé

Création des agences régionales de santé (ARS) :

Il s'agit de créer une Agence Régionale de Santé visant à réunir et simplifier les structures déjà existantes (DRASS, DDASS, URCAM, ARH, CRAM)

C'est un établissement public disposant d'une autonomie administrative et financière, placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des handicapés et de l'assurance maladie.

Les ARS auront pour mission de mettre en œuvre la politique régionale de santé tout en respectant les objectifs nationaux.

Grâce à l'application de cette politique régionale, ils auront quatre objectifs :

- réduire les inégalités territoriales en santé
- assurer un meilleur accès au soin
- organiser le parcours de soins en fonction du patient : meilleure coordination entre les professionnels de santé.
- assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé grâce à la politique de prévention

Pour remplir cette mission un **pouvoir exécutif fort** leur sera accordé grâce à un directeur général nommé au conseil des ministres qui prendra toutes les décisions concernant les missions de l'agence.

Concernant la représentativité des professionnels de santé, les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) seront supprimées et remplacées par **les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)**. Les URPS rassembleront pour chaque profession les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

C'est donc un projet de loi qui propose plusieurs moyens pour la réalisation des objectifs suivants :

- l'accessibilité des soins pour tous
- une meilleure coordination du parcours de soins des patients
- créer des agences régionales de santé ayant une compétence sur les secteurs hospitaliers et ambulatoires
- favoriser une plus grande coopération entre les différents acteurs du système de santé
- l'intégration de la notion « Education Thérapeutique du Patient » dans le code de la santé publique.

Une info vous fait réagir ?
Une question ?
Un renseignement sur l'internat ?
v Cliquez juste ! v



www.fnsip.fr

blog.fnsip.fr

Recherche & Internat

Vous êtes intéressé par la recherche ? Vous avez décidé de préparer un Master 2 Recherche ? Vous recherchez des informations pratiques sur l'année recherche, suivez le guide !

Le Master 2 Recherche est un diplôme qui remplace le diplôme d'études approfondies (DEA) suite à l'harmonisation européenne du système universitaire (LMD). Il se réalise après la validation d'un Master 1. L'année recherche est un financement interministériel permettant l'accès à un projet de recherche pour les internes.

Un Master 2 Recherche peut être ainsi préparé sans avoir le financement «année-recherche». Faisons le point !

Master 2 Recherche

Au cours de leur formation pratique, les internes en médecine, pharmacie et odontologie, ont la possibilité de préparer un Master 2 Recherche dans le cadre (ou non) d'une année-recherche.

Le Master 2 Recherche comprend des cours théoriques et surtout la réalisation d'un projet de recherche. Les stages effectués au cours d'une année-recherche ne sont pas pris en compte dans les obligations de formation pratique prévues pour chaque diplôme d'études spécialisées (DES).

Lors de vos stages et de vos rencontres avec les universitaires, parlez de votre projet avec eux. Ils pourront vous éclairer sur les possibilités de votre CHU ou d'un autre, vous orienter sur des Masters 2 Recherche intéressants dans votre discipline, sur des laboratoires de recherche qui pourraient vous accueillir, sur un thème ou un projet précis.

De nombreux Master 2 Recherche existent et dans de diverses disciplines. L'inscription est variable selon

les universités, soit à la rentrée en septembre, soit en fin d'année (juin). Chaque Master 2 Recherche a des conditions d'admission particulières. En général, le dossier d'inscription au master se télécharge sur le site de l'université concernée. Renseignez-vous le plus vite possible auprès des services de scolarité des UFR organisatrices de ces Master 2.

Une fois un thème ou un projet précisé, contactez le responsable du Master 2 auquel vous souhaitez vous inscrire, le responsable du laboratoire où vous réaliserez votre projet, et votre futur directeur de recherche.

Cette formation permet avant tout d'apprendre à mener à bien un projet de recherche selon les règles internationales avec des équipes de recherche agréées. Elle est nécessaire pour ceux qui souhaitent poursuivre une carrière universitaire (MCU-PH, PU-PH, professeurs attachés). Elle est le plus souvent suivie d'une thèse des universités (Docteurat, 3e cycle). Les postes d'assistants (AHU) ne nécessitent pas un tel cursus.

Année-recherche

L'année recherche s'effectue pour une période continue comprise entre le 1er novembre et le 31 octobre de l'année suivante. L'interne sera doté d'un financement. Il percevra une rémunération, égale à la moyenne des salaires de deuxième et troisième années d'internat, pendant un an. L'interne n'est plus en poste mais est inscrit en Master 2 Recherche dans la discipline de son choix, avec l'objectif final de validation de ce Master.

L'interne conserve la possibilité de prendre des gardes au cours de son année recherche.

Le nombre d'années recherche accordées est fixé par interrégion tous les ans. Elles sont attribuées en fonction de la qualité pédagogique du projet et du rang de classement au concours de l'internat. 180 internes en médecine, pharmacie et odontologie ont pu bénéficier d'une année-recherche pour l'année universitaire 2006-2007, et autant pour l'année universitaire 2007-2008. (*Répartition: voir Tableau 1*).

> Dossier de candidature d'une année-recherche

Renseignez-vous tout d'abord auprès du service scolarité de l'UFR dont vous dépendez.

Le dossier de demande d'année recherche comprend généralement les items suivants :

- Vos coordonnées complètes et l'année de réussite au concours de l'internat
- Un résumé du projet de recherche (but et titre du projet, méthodologie, résultats attendus, conclusions)
- Une lettre de motivation (raisons du choix de l'année recherche, du choix du sujet et du laboratoire d'accueil)
- Votre curriculum vitae (Master 1, Master 2, inscription en thèse de doctorat, présentations orales, publications sous formes d'articles, de résumés)
- Détails du projet de recherche (sujet de recherche, intérêt général

et scientifique, objectifs, situation dans le contexte scientifique et médical au niveau national et international, méthodologies utilisées, résultats et retombés attendues, conclusions et perspectives, bibliographie)

- Coordonnées et curriculum vitae du directeur de recherche

> Pas d'année recherche : d'autres financements possibles ?

Ne soyez pas découragé ! Sans année recherche, d'autres financements sont possibles ! Des financements publics et privés sont à envisager, comme des laboratoires, des CHU, des aides régionales, des bourses obtenues auprès de fondations, de mutuelles ou d'institutions pour la recherche ... Renseignez-vous le plus tôt possible auprès de différents organismes pour ne pas rester le bec dans l'eau si votre année recherche ne vous est pas accordée.

Vous avez toujours la possibilité de prendre des disponibilités et d'effectuer des remplacements en dernier recours. Discutez de tous ces facettes avec vos aînés qui sont déjà passés par là (MCU-PH, PU-PH, directeur de laboratoire de recherche, internes, ...), et avec le coordinateur du DES ou des internes en cours de Master 2 Recherche.

Le Master 2 Recherche permet à l'interne d'engager une démarche intellectuelle sur un travail de recherche et d'acquérir la capacité de critique des études publiées. L'interne sera amené ainsi à développer son sens critique, apprendre à poser les bonnes questions et à y répondre avec différentes méthodes, analyser et présenter les résultats de l'étude.

Pour tout autre renseignement, consultez le site Internet www.fnsip.fr.

Tableau 1 : Répartition des attributions des Années Recherche 2007-2008

Zones géographiques Interrégions	Médecine	Pharmacie	Odontologie (répartition nationale)
Ile-de-France	27	7	-
Nord-Est	29	4	-
Nord-Ouest	25	3	-
Rhône-Alpes	13	4	-
Ouest	23	4	-
Sud	11	4	-
Sud-Ouest	16	4	-
DOM (Antilles-Guyane)	3	-	-
Total	147	30	3



FNSIP, Partenaire de la Fondation d'entreprise Groupe Pasteur Mutualité

La Fondation GPM attribue chaque année des bourses d'une valeur globale de 60 000 euros. Chaque lauréat pourra bénéficier d'une bourse d'un montant allant jusqu'à 20 000 euros destinée à l'aider dans le financement de son projet de recherche.

www.fondationgpm.fr

Actualités

Le point sur la réforme de la Biologie Médicale

La Biologie médicale est réglementée par la loi de 1975 pour les laboratoires d'analyses de biologie médicale privés. Aucune législation n'existait pour les laboratoires publics. Seul le GBEA (Guide de Bonne Exécution des Analyses) faisait foi.

Après de nombreuses réunions et rapports, notamment celui de l'IGAS en avril 2006 sur la biologie privée et le réputé Rapport Ballereau en septembre 2008 sur l'ensemble de la biologie médicale, une réforme de ce domaine devenait inévitable et nécessaire. De nombreuses commissions et réunions, concernant la Qualité, l'organisation de la biologie médicale en France et l'amélioration de l'efficacité des dépenses, ont regroupés des représentants des biologistes, médecins et pharmaciens, et d'autres acteurs de différents horizons.

En outre, deux plaintes ont été déposées par un groupe financier à la Commission européenne (direction concurrence) contre l'Etat Français et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, concernant notamment la violation en France du droit communautaire de la concurrence dans le domaine de la biologie.

Deux voies étaient possibles : soit une médicalisation de la biologie médicale (un examen de biologie médicale devenant un acte médical), soit une industrialisation de celle-ci (considérée comme un acte technique). La première solution a été la plus soutenue par la profession et la Ministre de la Santé.

Le discours de la Ministre de la Santé, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, du 13/02/2009 au colloque de la FHF rend bien compte de l'esprit de cette réforme. « La biologie médicale est un élément crucial du parcours de soins, déterminant pour le diagnostic et le suivi des pathologies. L'objectif est d'assurer, partout en France, une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix, dans tous les laboratoires, en ville comme à l'hôpital. »

De nombreuses réunions des



groupes de travail coordonnées par Michel Ballereau ont été poursuivies. Dans un esprit d'entente, de discussion et de proposition, ces différentes réunions ont permis d'aboutir à un projet d'ordonnance presque finalisé aujourd'hui. Les représentants des internes, notamment Raphaël Bérenger et Lawrence Zehner de la FNSIP, ont pu faire en-

tendre la voie des plus jeunes. Cette réforme est pilotée par Michel Ballereau, Conseiller général des Etablissements de Santé, et Anne-Marie Gallot de la Direction Générale de la Santé. Cette réforme fait partie de la loi HPST, Hôpital, patients, santé, territoires.

L'article 20 de la loi HPST prévoit d'organiser cette réforme par voie d'ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi (Juillet 2009). Elle concernera ainsi les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.

Les échéances législatives approchent avec :

- **Fin Octobre : Présentation du projet d'ordonnance devant le Conseil d'Etat,**
- **Fin de l'année 2009 : Présentation du projet d'ordonnance devant le Conseil des ministres,**
- **Parution de cette ordonnance avant 20 Janvier 2010 (6 mois après le vote de la loi HPST).**

> Le Projet d'ordonnance

Lors d'une table ronde sur la Biologie Médicale aux **4e Rencontres Convergence Santé Hôpital**, le 25 septembre dernier, Michel Ballereau a présenté certains points de cette ordonnance.

Les principes de cette réforme de la biologie médicale (BM) sont :

- **Répondre aux besoins du patient**
- **Harmoniser la réglementation de la biologie** entre l'hôpital et les laboratoires de ville
- **Que la Biologie médicale française devienne euro-motrice**, avec une médicalisation de la BM dans l'intérêt du patient

L'objectif est, rappelons le une nouvelle fois, de permettre à chacun d'avoir accès à une Biologie Médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix dans un cadre européen.

Le clinicien doit pouvoir s'appuyer sur le biologiste médical pour étayer ses choix d'investigation. Le Biologiste aura un devoir de modification des prescriptions, rendra des résultats accompagnés d'une interprétation contextuelle.

> Qui pourra être biologiste ?

Le biologiste sera obligatoirement un

médecin ou un pharmacien titulaire du DES de biologie médicale (ce ne pourra plus être un vétérinaire ou un scientifique). La mise en place d'un référentiel commun de compétences (activités et formation) des médecins biologistes et des pharmaciens biologistes est en cours d'élaboration par la CPNEP (Commission Pédagogique Nationale des Etudes Pharmaceutiques). Il faudra ensuite discuter et confronter ces données notamment avec la Commission Nationale des Etudes de Biologie Médicale (CNEBM).

> Quelle qualité pour quelle biologie ?

Une Qualité prouvée et aussi, voire surtout pragmatique, sera nécessaire. Ainsi, le GBEA a été mis sous forme de norme (ce ne sont plus seulement des recommandations). La phase la plus concernée par cette qualité est la phase pré-analytique. L'objectif de cette accréditation est de rendre crédible l'établissement de santé, d'augmenter l'efficacité de l'hôpital et de réduire les volumes d'examens injustifiés. Par ce biais, la Biologie Médicale Française deviendrait ainsi euro-motrice et dynamiserait la recherche internationale, dans le but final d'améliorer les pratiques médicales en Europe.

La mise en place de cette accréditation demande un travail conséquent des biologistes et de leur équipe. Elle doit être accompagnée d'un système d'information adapté et d'une politique d'établissement motivée et motivante.

L'accréditation est une reconnaissance des compétences par des paires. Elle sera réalisée par un organisme unique (un seul par pays européen) ; en France, ce sera la section Santé humaine du COFRAC (COMité Français d'ACcréditation). Le manuel d'accréditation a été élaboré par le COFRAC en lien avec la HAS (Haute Autorité de Santé).

Les échéances de l'accréditation sur l'ensemble des activités du laboratoire (en ville comme à l'hôpital) sont pour l'année 2016. Une étape intermédiaire est néanmoins à préciser pour cette accréditation : en 2013, chaque LBM devra pouvoir présenter **un Manuel Qualité** ainsi que :

- au moins une vérification de méthodes,
- des évaluations externes de la qualité,
- un calendrier prévisionnel de cette démarche d'accréditation,
- une accréditation sectorielle, ou la réussite du plus haut niveau d'un organisme reconnu pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en biologie.

Les textes des normes devenant obligatoires seront prochainement mis à disposition gratuitement aux professionnels.

> Organisation du laboratoire de biologie médicale

Le laboratoire de biologie médicale d'un établissement de santé sera unique (ou pour chaque groupe hospitalier). Le directeur de l'hôpital sera responsable de l'accréditation et le biologiste responsable (chef de pôle de biologie s'il est biologiste) sera chargé de l'organisation et des activités du LBM. Un LBM pourra avoir plusieurs sites, à la condition que sur chaque site du LBM, au moins un biologiste sera disponible aux heures d'ouverture du site.

A l'hôpital, le LBM devra s'ouvrir vers l'extérieur afin de devenir un LBM de recours régional, en se perfectionnant (facturation plus rapide, modernisation de la nomenclature, système d'information plus performant, ...).

A l'heure actuelle, les problèmes majeurs rencontrés auprès des établissements de santé sont liés entre autres à la **logistique et au système d'information**. Certaines pistes sont évoquées notamment la prescription connectée au dossier clinique du patient, dans le but de diminuer les volumes (15-20% selon certains essais), une **gestion informatisée** du LBM facilitant les procédures d'accréditation, ou encore une signature électronique sécurisée pour le rendu des résultats à H24.

Le « B » est actuellement le seul indicateur utilisé pour apprécier une activité de Biologie Médicale. Le coût du B est un coût unitaire, pour un volume donné quelque soit l'adéquation des examens aux besoins du patient et des cliniciens. Il est considéré comme un indicateur inflationniste et ne doit donc pas être le seul indicateur utilisé dans le futur. Une réflexion est en cours sur la mise en place de nouveaux indicateurs,

comme le **taux de présentisme du personnel** (qualification, formation, gestion), reflétant le moral des troupes.

> Démographie des biologistes

L'objectif est d'obtenir **autant de biologistes médecins que de biologistes pharmaciens** dans les années à venir. Le nombre de biologistes sera globalement similaire entre le nombre actuel et suite à cette réforme.

Le besoin en biologistes est évalué à 4500-5000 ETP (équivalents temps plein) de biologistes. Des études démographiques sont en cours pour affiner le nombre de biologistes à former. Cette problématique de démographie et de répartition sur le territoire national sera basée sur les besoins des patients, et sera évoquée lors des prochaines réunions. Dans une situation manifestement dirigée contre le SROS, lorsqu'un besoin de service public se fait ressentir, des mesures pourront être prise

dont le cadre reste à définir (ces dispositions sont évoquées dans la loi HPST).

> Et demain ?

De nombreuses réflexions et discussions sont encore en cours concernant la finalisation de l'ordonnance et la rédaction des décrets d'application. Les sujets sont nombreux, mais on peut retenir l'élaboration d'un référentiel commun de compétences du biologiste et la valorisation du conseil et de l'expertise des biologistes. La FNSIP participe évidemment à toutes ces discussions. Nous restons très vigilants notamment concernant l'avenir des jeunes. Nous souhaitons poursuivre le dialogue et le partage des avancées de cette réforme avec vous. N'hésitez pas à nous contacter et à en discuter entre vous. C'est par le dialogue que l'on avance ensemble.

novo nordisk changing diabetes

Changer l'avenir du diabète

Pour changer l'avenir, nous devons commencer par agir auprès de la génération future. Dans bien des cas, le diabète peut être prévenu. Dans d'autres cas, il peut être efficacement pris en charge, de façon à préserver la vie des jeunes.

