

Entretien avec Philippe Arnaud

# « LA CME EST QUASIMENT UNE COQUILLE VIDE »

À l'occasion du congrès Convergence Santé Hôpital (15-17 septembre, Lille), le Pr Philippe Arnaud revient sur la loi HPST et ses conséquences pour les pharmaciens hospitaliers. Le pouvoir des directeurs d'hôpitaux est certes élargi. Mais ils devront en assumer toutes les responsabilités, résume le président du SNPMPU\*. Démonstration.

## DECISION SANTÉ-LE PHARMACIEN

**HÔPITAL.** Le cancer sera au cœur du congrès Convergence Santé Hôpital. Pourquoi avoir privilégié cette thématique et non la maladie d'Alzheimer par exemple ?

**PR PHILIPPE ARNAUD.** Nous avions évoqué ces deux thèmes. Nous avons en fin de compte opté pour le cancer parce que le plan cancer II est sur les rails. Il était légitime de broser un bilan du premier plan. Sur le plan quantitatif, il frappe plus de patients et concerne davantage de collègues que la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Enfin, les innovations de toute nature sont plus nombreuses dans ce domaine que dans d'autres. Mais c'est aussi une maladie transversale qui nous permet d'envisager la problématique de la consultation d'annonce, en lien notamment avec nos collègues psychiatres, des traitements de première ou de seconde ligne et des médicaments hors GHS, des dispositifs médicaux stériles notamment avec nos collègues chirurgiens. Se pose également la question de l'accès aux soins, ou des problèmes éthiques du type : jusqu'où doit-on traiter et à quel prix ? Avec le cancer, est soulevé le problème de l'accompagnement des patients avec l'essor des soins pal-



« Nous attendons toujours un certain nombre de textes d'application. »

liatifs. Le cancer est un creuset où l'ensemble des soignants – notamment les disciplines appartenant à la CMH – est appelé à intervenir. Quant à l'implication du pharmacien, elle s'illustre par sa participation dans les réunions de concertation pluridisciplinaire, dans le suivi des indications, dans la préparation des médicaments anticancéreux, leur administration par le personnel infirmier, sans oublier les soins de support. Enfin, le cancer nous permet d'aborder la question ville-hôpital avec les réseaux, l'hospitalisation à domicile, alors que se met en place la loi HPST.

**D. S-P. H.** La loi HPST entérine la perte d'influence, de pouvoir des CME. Quelle est votre analyse ?

**PR P. A.** Aujourd'hui, la loi a donné le pouvoir aux directeurs. C'est une décision politique. Ce qui signifie une perte d'influence pour les acteurs de santé. La CME est quasiment une coquille vide. Elle a certes perdu ses compétences en matière de recrutement par exemple, (mais les avait-elle encore !!) mais en a récupéré d'autres (politique du médicament et DMS pour ne citer que cela...). Elle donne des

avis et a pour mission essentielle d'optimiser la qualité des soins. Pour autant, disposer du pouvoir, c'est en assumer les responsabilités. Avec le temps, les directeurs souhaiteront peut-être s'appuyer sur un environnement médical puissant. La loi aujourd'hui est l'expression de la représentation nationale. Au cours des débats, les syndicats ont développé leurs points de vue. Nous ne revenons pas sur le passé. À l'avenir, le directeur assumera seul ses responsabilités devant la justice. Nous attendons toujours un certain nombre de textes d'application. Nous sommes parfois dans l'impossible compréhension des choses... entre ce qui s'applique, ne s'applique pas, ne s'applique pas encore.

**D. S-P. H.** Vous pointez la responsabilité du directeur, mais le directeur d'ARS n'est-il pas le vrai patron ?

**PR P. A.** L'État lors du Conseil des ministres nomme le directeur d'ARS qui nomme le directeur d'hôpital qui nomme les chefs de pôle. Nous sommes donc dans un processus d'étatisation maximale. Mais si un directeur d'hôpital ne respecte pas les objectifs, en fin de compte, le directeur d'ARS sera remercié. Celui-ci devra donc s'entourer de collaborateurs compétents qui participeront aux résultats. On ne peut plus fonctionner dans un système où un seul impose ses décisions à l'ensemble d'une équipe. Alors, que l'on parle de régionalisation ou de déconcentration, en fait c'est l'inverse qui s'est produit, avec une reprise en main de l'État. Au final, nous regardons en avant et surtout nous allons respecter notre éthique et refuser des activités qui seront contraires au

NOUS SOMMES DANS  
UN PROCESSUS  
D'ÉTATISATION  
MAXIMALE

Suite de l'article p. 18 →

## → Suite de la p. 16

code de la santé publique et au code de déontologie.

**D. S-P. H.** Comment envisagez-vous le rôle des pharmaciens hospitaliers au sein des communautés hospitalières de territoire (CHT)?

**PRP.A.** Il y a plusieurs analyses possibles. Je ne pense pas qu'un grand nombre de CHU créent dans leur orbite des CHT. Tout simplement parce qu'il s'avère en pratique difficile pour un grand établissement de s'allier avec un hôpital plus petit. Il y a toujours pour ce dernier la peur d'une annexion pure et simple. En revanche, la tendance sera plutôt à l'association entre établissements de taille moyenne ou petite afin de changer de dimension.

En tout état de cause, en dehors même des CHT, la logique est de travailler ensemble et nous sommes contre la centralisation extrême. Elle s'impose à travers la permanence des soins pharmaceutiques par exemple. À l'ex-

ception des CHU, peu de structures disposent de ce type de permanence. Par ailleurs, on peut recenser des activités strictement superposables dans des établissements différents. Si elles ne répondent pas à des besoins médicaux, on peut alors envisager une mutualisation de ces activités, notamment techniques comme la stérilisation, les préparations. En revanche, une présence pharmaceutique de proximité est indispensable dans l'analyse des ordonnances. La prestation pharmaceutique doit suivre l'activité médicale, et non l'inverse. Et nous serons intransigeants sur ce point. Il n'y a pas de place là pour une activité de télépharmacie ou de validation à distance des ordonnances.

**D. S-P. H.** Quelles sont les nouvelles sur le front européen ?

**PRP.A.** Il y a une bonne et une mauvaise nouvelle. L'Europe lâche la bride : chaque pays peut s'organiser comme il l'entend. En revanche, la libre circulation des diplômes

est toujours d'actualité. Le DES de pharmacie hospitalière n'est pas reconnu au niveau européen. Ce qui signifie l'arrivée possible de confrères européens, alors qu'ils ne disposent pas de la qualification d'ancien interne ou d'ancien assistant.

**D. S-P. H.** À côté des hématologues, vous dénoncez l'ordonnance du 14 janvier réformant la biologie.

**PRP.A.** Elle tente d'interdire en effet le dosage de médicaments par les pharmaciens qui réalisaient ce type d'analyse pour le plus grand bénéfice de leurs patients et de leurs confrères médecins. On ne peut admettre ce *diktat* d'autant que la toxicologie relève d'une discipline enseignée en pharmacie et non pas en biologie.

*Propos recueillis par  
Gilles Noussenbaum*

\*Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires.