

ANNÉE 2016

N° 009

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

L'HARIDON Julie

Présentée et soutenue publiquement le 09 Mai 2016

Pharmacien d'officine : Un métier d'avenir !

Président : Mr Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du jury : Mme Pascale ROUSSEAU, Pharmacien et Maître de Conférences associé en Pharmacologie
Mr Alain THOUZEAU, Pharmacien d'officine
Mme Sylvie PIESSARD, Professeur de Chimie organique et Chimie thérapeutique
Mme Stéphanie SORIN, Pharmacien et Maître de Conférences associé, filière Officine

Pharmacien d'officine, un métier d'avenir !

Pourquoi ce sujet de thèse ? Mon cheminement, mes convictions	p.7
INTRODUCTION	p.8
<u>PARTIE I - Etat des lieux sur le Système de Santé en France en 2016</u>	p.10
1 - <u>Le Système de santé français : Réputé et convoité dans le monde entier</u>	p.10
a) <u>Le Système de Santé le plus performant au monde selon l'OMS</u>	p.10
a.1) Détail des cinq indicateurs de performance utilisés	
a.2) Les particularités du système de santé français	
b) <u>L'organisation du Système de Santé en France</u>	p.12
b.1) La Sécurité Sociale et l'Assurance Maladie	
b.2) La Couverture Maladie Universelle	
b.3) L'Aide Médicale de l'Etat (AME)	
b.4) Articulation entre l'AME, la CMU de base et la CMU Complémentaire	
b.5) Vers une généralisation des mutuelles pour les retraités	
2 - <u>Malgré tout, un domaine en plein changement</u>	p.18
a) <u>Ce système de santé a un coût</u>	p.18
a.1) Qu'entend-on par « dépenses de santé » et comment les calcule-t-on ?	
a.2) Les éléments imputés à la hausse des dépenses	
b) <u>Conséquence de ces dépenses : Mise en place de la Maîtrise Médicalisée</u>	p.21
3 - <u>Les répercussions de ces remaniements sur le métier de Pharmacien d'Officine</u>	p.22
a) <u>La régulation de la consommation de soins et de biens médicaux</u>	p.22
a.1) Contrôle et encadrement des prix des médicaments	
a.2) Recommandations de bonnes pratiques de prescription (médecins)	
a.3) Déremboursement de certains produits	
a.4) Valorisation des génériques	
b) <u>Le droit de substitution et le tiers payant</u>	p.26
b.1) Qu'est-ce qu'un générique ?	
b.2) Qu'est-ce que le droit de substitution ?	
b.3) Comment ce droit s'exerce-t-il ?	

b.4) Qu'en est-il de la responsabilité du pharmacien ?

b.5) L'impact économique des génériques

b.6) Le tiers payant

c) Des situations défavorables p.31

c.1) Deux politiques contradictoires sont proposées

c.2) Le réseau officinal de proximité est en danger

c.3) La possible ouverture du capital pharmaceutique

c.4) Une profession devenue moins attractive

c.5) Les conséquences d'une telle situation

➔ *Qu'en est-il alors du métier de Pharmacien d'officine, et de son devenir, en 2016 ?*

PARTIE II - Des réformes à l'origine d'un nouveau statut professionnel p.40

1 – Le Pharmacien officinal, un maillon de plus en plus important dans le parcours de soins

a) L'évolution du métier de Pharmacien p.40

b) Un paradoxe p.41

c) Une notion inchangée au fil du temps p.42

d) Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) p.42

d.1) Ses objectifs p.42

d.2) Le rôle du pharmacien d'officine p.43

d.2.1. L'acte de dispensation

d.2.2. Le suivi du patient

d.3) Les nouvelles responsabilités et les nouvelles missions p.45

d.3.1. Approfondir et actualiser ses connaissances : Le Développement Professionnel Continu (DPC)

d.3.2. Participer à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

d.3.3. Améliorer la qualité et la sécurité du suivi du patient et de ses traitements

❖ Le Dossier Pharmaceutique (DP)

❖ Le Portail DP

❖ Le Dossier de suivi pharmaco-thérapeutique

❖ Le pharmacien correspondant

❖ Le pharmacien coordonnateur de soins

e) La nouvelle Convention du 4 Avril 2012 et ses propositions	p.64
e.1) Réaffirmer les priorités de l'acte de dispensation	
e.2) Renforcer le suivi et l'accompagnement thérapeutique du patient : Les entretiens pharmaceutiques	
f) La vaccination à l'officine	p.75
g) Enquête menée par l'Ordre des Pharmaciens	p.78
2 – De nouvelles études pharmaceutiques pour amorcer un nouveau statut	p.82
a) Remodelage des études pharmaceutiques en 2010	p.82
a.1) Les principales nouveautés	
a.2) L'objectif de la PACES est double	
b) Quel impact pour les pharmaciens en devenir ?	p.83
b.1) Avantages	
b.2) Inconvénients	
c) Remise en cause du numerus clausus	p.84
PARTIE III - De nouvelles structures pour accueillir une profession en pleine évolution	p.87
1 - Espace de confidentialité	p.87
a) Le but ?	p.87
b) La mise en œuvre	p.87
b.1) Un local bien pensé et adapté	
b.2) Le matériel indispensable	
2 - Regroupement d'officines	p.89
a) En quoi cela consiste-il et quel est son but ?	p.89
a.1) Pourquoi choisir de se regrouper ?	
a.2) Les conditions préalables au regroupement	
a.3) Ne pas confondre « regroupement » et « association »	
b) Comment s'y prendre ? Les démarches à suivre ?	p.92
b.1) Demande de licence auprès de l'ARS	
b.2) Demande d'inscription au Tableau de l'Ordre	
b.3) Enregistrement auprès de l'Assurance Maladie	

c) A la rencontre d'un pharmacien co-titulaire d'officines regroupées	p.94
d) Les répercussions financières du regroupement	p.96
e) Un confort de vie et d'exercice	p.98
f) Proposition aux patients de services diversifiés	p.98
3 – Un lieu dédié à la télémedecine	p.98
a) L'origine de la Télémédecine	p.99
b) Les objectifs et la place du pharmacien d'officine	p.99
c) Les obstacles à la mise en place de la télémedecine	p.101
d) Un espace et des outils destinés à la télémedecine	p.103
e) Un dispositif déjà en place : SYMPAD	p.105
PARTIE IV - Les changements de modes de rémunération	p.107
1 – En quoi consiste cette nouvelle rémunération ?	p.107
a) Une rémunération à l'acte	p.107
a.1) Mode de paiement des nouvelles responsabilités	
a.2) Mode de paiement des médicaments dispensés	
a.2.1. L'ancien mode de rémunération	
a.2.2. Le nouveau mode de rémunération	
a.3) Une approche par le travail et les coûts	
a.4) Un honoraire de dispensation	
b) Protocole d'accord avec l'Assurance Maladie	p.111
2 – Quel impact à la fin du mois ?	p.112
a) Médicaments remboursés : Mise en place d'un plafond	p.112
b) Médicaments génériques : Un plafond fixé à 40%	p.113
c) Conséquences pour le pharmacien d'officine	p.115
d) Conséquences pour le patient	p.117
PARTIE V – Conclusion	p.119
1 – Un métier en pleine évolution	p.119
2 – Les atouts des pharmaciens pour faire face aux nouvelles exigences	p.120

<u>INDEX DES ABREVIATIONS</u>	p.122
<u>ANNEXES</u>	p.125
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.148

Pourquoi ce sujet de thèse ? Mon cheminement, mes convictions

Consciente que le choix de mon sujet de thèse puisse en étonner plus d'un et paraître « ambitieux », il m'est apparu important de vous expliquer mon cheminement, pourquoi volontairement j'ai choisi un thème peu ciblé et un intitulé, certes provocateur puisqu'à la forme exclamative, mais rempli de convictions.

Cela fait maintenant six ans que je côtoie, de près ou de loin, le monde pharmaceutique, six ans que j'apprends à le connaître davantage à travers les actualités mais également de par mes propres expériences sur le terrain.

N'ayant aucun membre de mon entourage dans ce milieu, j'avance à tâtons et me construis, jour après jour, mon opinion. Il est vrai que la pharmacie, au sens large, connaît ces derniers temps quelques tourmentes et l'image donnée par les médias n'est pas sans conséquences, allant parfois même jusqu'à remettre en question le véritable rôle du pharmacien d'officine.

Cela est-il justifié ? Qu'en est-il de l'avenir de la profession que je m'apprête à exercer ?

Il m'est donc paru indispensable de me pencher sur le sujet afin d'y trouver mes propres réponses. J'ai, pour cela, décidé d'analyser les faits, de les replacer dans leur contexte (trop souvent ignoré par les médias), le tout avec un regard neuf et entaché d'aucune influence.

Confiante et pleine de motivation quant à mon futur métier, j'ai su, tout au long de mes recherches, renforcer mes convictions, celles que le pharmacien d'officine était, et resterait, un véritable professionnel de santé dont les Français ont besoin.

J'espère par ce travail réussir à vous transmettre mon optimisme et vous convaincre que la profession d'officinal est un métier d'avenir. Si des doutes persistent encore en vous après cet exposé, l'essentiel pour moi sera que je suis intimement persuadée d'avoir trouvé ma voie et ferai tout mon possible pour l'honorer.

INTRODUCTION

Le progrès, le changement et l'évolution caractérisent le monde dans lequel nous vivons puisqu'ils touchent tous les domaines qui nous entourent. On retrouve parmi eux celui de l'activité pharmaceutique étroitement liée aux sciences, aux techniques, aux soins et aux impératifs économiques. Chacune des branches dont elle dépend subit régulièrement des modifications, des avancées qui expliquent pourquoi le monde de la santé, et plus particulièrement la Pharmacie qui nous occupe dans ce travail, soit en perpétuelle évolution.

En effet, en quelques décennies, l'activité du pharmacien d'officine a très profondément changé : de la préparation, à la dispensation de médicaments, en passant par les soins ambulatoires et médico-sociaux, ses responsabilités n'ont cessé de croître. Au fil du temps de nouvelles missions apparaissent et constituent une véritable chance pour le pharmacien qui se voit, à sa juste valeur, intégré dans la prise en charge globale du patient, tout cela dans une optique de collaboration interprofessionnelle.

De même, en parallèle, la population évolue : Les français aiment prendre soin de leur santé et cela d'autant plus qu'ils sont mieux informés, de par les médias entre autres, sur les divers services que peuvent leur offrir les professionnels concernés. De plus, la population française étant vieillissante, ses attentes en termes de santé et de qualité de vie deviennent de plus en plus pointilleuses. Les professionnels de santé se doivent donc de réagir !

Dans une première partie, nous dresserons tout d'abord, un portrait du Système de Santé français en 2016, avec ses avantages, ses inconvénients et nous tâcherons d'explicitier les diverses mesures prises par les Autorités de Santé permettant ainsi d'améliorer son organisation dans le but de répondre de manière plus efficiente aux besoins de la population.

Nous verrons ensuite que le statut de professionnel de santé de proximité fait du pharmacien d'officine un interlocuteur privilégié. En contact permanent avec les patients, il est l'un des acteurs les plus plébiscités pour faire face à leurs demandes et doit, continuellement, s'adapter à leurs nouvelles exigences à travers de fréquents remaniements visant sa profession. Nous prendrons donc le temps de détailler ces derniers ainsi que leurs répercussions respectives sur le métier de Pharmacien d'officine.

Ces évolutions, à l'origine de réelles modifications dans le monde pharmaceutique, nous permettent d'effectuer la transition avec **la seconde partie de ce travail** dans laquelle nous décrirons, dans un premier temps, l'évolution de la pratique officinale au fil du Temps ainsi que les réformes mises en œuvre aujourd'hui pour aboutir à un nouveau statut professionnel. Nous veillerons également à illustrer le ressenti des pharmaciens vis-à-vis de leur métier actuel à travers une enquête menée par l'Ordre National des Pharmaciens.

Dans un second temps, nous verrons que les réformes concernent aussi les pharmaciens en devenir et que, dès le début de leur cursus universitaire, les futurs professionnels de santé doivent s'imprégner de certaines valeurs qui leur seront indispensables à l'avenir. On développera bien sûr la réforme de la Première Année Commune d'Etudes de Santé (PACES) à laquelle nous attribuerons des avantages et des inconvénients afin d'en extraire le véritable impact sur le métier de pharmacien d'officine.

Pour relever les nouveaux défis émanant des exigences sans cesse croissantes des français, l'officinal se voit, de plus en plus, coopérer avec les autres professionnels de santé (médecins libéraux, praticiens hospitaliers, infirmières, biologistes ...). Cette plus grande implication de la pharmacie de ville dans la prise en charge du patient fait nécessairement appel à des changements de structure, de fonctionnement et de rémunération. Ces points seront abordés dans les deux dernières parties de cet exposé.

La partie III, tout d'abord, traitera des modalités des nouvelles structures telles que l'espace de confidentialité permettant d'accueillir les patients en vue de réaliser des entretiens pharmaceutiques, des suivis personnalisés, ou tout simplement, pour développer certains sujets dont l'approche est difficile au comptoir.

Cette partie évoquera également les regroupements d'officines en explicitant leurs finalités, les démarches de mise en œuvre auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ainsi que leur fonctionnement. Ces informations seront complétées par le témoignage d'un pharmacien d'officine regroupée de la région nantaise duquel nous tâcherons de faire ressortir les avantages et les inconvénients d'un tel remaniement.

Enfin, nous introduirons la pratique récente de la Télémédecine en nous appuyant sur ce que des pharmacies pionnières, telles que la Pharmacie RIOLI en Vendée, commencent à mettre en place. Nous illustrerons également ces propos à l'aide d'un dispositif déjà en place dans certaines officines : SYMPAD.

Toutefois, la télémédecine tardant à s'imposer dans l'ensemble du monde pharmaceutique, nous verrons quels obstacles lui font face.

Le point traitant des nouveaux honoraires de dispensation sera quant à lui abordé dans **la partie IV**. Celle-ci nous permettra de mettre en avant les changements de rémunération de la profession qui contribuent à appuyer davantage le nouveau statut du pharmacien qui est désormais bel et bien ancré dans le parcours de santé et dont le travail et les responsabilités sont de plus en plus reconnus et appréciés.

Nous concluons ce travail en insistant sur la place incontestable qu'occupe le pharmacien d'officine au cœur de la relation soignants/soignés ainsi que sur la nécessité grandissante d'un travail collaboratif entre les divers acteurs de santé en France.

En constituant un maillon fort de la chaîne de prise en charge du patient, le métier de pharmacien d'officine est, et restera donc, un véritable métier d'avenir.

PARTIE I - Etat des lieux sur le Système de Santé en France en 2016

1 - Le Système de santé français : Réputé et convoité à l'étranger

a) Le Système de Santé le plus performant au monde selon l'OMS (1)(2)

Au début du XXI^e siècle, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a procédé à une analyse des systèmes de santé des 191 Etats Membres dans le monde.

En partant du principe qu'un système de santé est qualifié de « bon » quand il permet, avant tout, d'améliorer la santé de la population qu'il couvre, l'analyse conclut que la France a le système le plus performant au monde puisqu'elle fournit les meilleurs soins de santé généraux. Elle est suivie notamment par l'Italie, l'Espagne, l'Oman, l'Autriche et le Japon.

Cette étude soulève aussi qu'aux Etats-Unis, bien que le système de santé absorbe une part plus importante du Produit Intérieur Brut (PIB), sa moins bonne performance le place à la 37^e position. Le Royaume-Uni, qui consacre seulement 6% de son PIB aux services de santé (contre 12% pour la France), se place au 18^e rang. La plupart des pays les plus mal classés sont en Afrique Subsaharienne où l'espérance de vie est faible.

Les mesures de performance de chaque système de santé sont réalisées grâce à cinq indicateurs et, si l'on se fie à sa première place, la France est le pays répondant le plus favorablement à tous ces paramètres.

a.1) Détail des cinq indicateurs de performance utilisés

- Niveau de santé général de la population : Pour évaluer l'état de santé général des populations, l'OMS a choisi de mesurer l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (DALE) ayant l'avantage d'être directement comparable à l'espérance de vie et permettant également de comparer les différentes populations entre elles.
- Inégalités (ou disparités) de santé dans la population : Protéger ou améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas si, en même temps, les inégalités s'aggravent ou restent marquées parce que les améliorations profitent surtout à ceux qui sont déjà en meilleure santé. Il incombe aussi au système d'essayer de réduire les inégalités en donnant la priorité aux mesures destinées à améliorer la santé des plus démunis.
- Degré général de réactivité du système de santé : Satisfaction des malades conjuguée au bon fonctionnement du système.
- Distribution de la réactivité dans la population : Satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé. La réactivité se divise en deux volets : Le respect de la personne (dignité, confidentialité ...) et l'attention accordée au patient (rapidité de la prise en charge, accès aux réseaux de soins ...).
- Répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population : Le niveau des finances à consacrer au système de santé est un choix, il n'y a pas de réponse unique. Néanmoins, il semblerait que les pays dépensant moins de 60 dollars

par personne et par an, pour la santé, constatent que leur population ne peut pas accéder à des services de santé performants.

a.2) Les particularités du système de santé français (1)(2)(3)(4)

- ❖ La France est le seul pays où l'assurance complémentaire privée vient s'ajouter à l'assurance publique de base pour la quasi-totalité de la population, en co-finançant la dépense de soins.

Dans tous les autres pays, l'assurance privée couvre des populations particulières, ou des services particuliers non pris en charge par l'assurance publique, son rôle financier est donc beaucoup plus faible, voire négligeable. Ceci a pour conséquence de faire de notre pays celui où la participation financière des ménages est la plus faible, après les Pays-Bas (7 % du PIB), ce qui est un réel avantage.

- ❖ Mixte dans son financement, le système de santé français l'est aussi dans son organisation grâce à l'existence conjointe de soins publics et de soins privés. Cela offre alors à la France une médecine spécialisée abondante, accessible aussi bien en ville avec des praticiens libéraux qu'en consultation externe hospitalière avec des professionnels non médecins exerçant en tant que travailleurs indépendants (masseurs kinésithérapeutes, infirmières ...).

Cette organisation nous différencie d'un certain nombre de pays plus « structurés » et nous confère des avantages en termes de flexibilité et d'accessibilité aux soins. En effet, la problématique des listes d'attente, qui est devenue dans les dernières décennies une question politique majeure au Royaume-Uni ou dans les pays scandinaves, n'existe pas, ou peu, en France. Cependant, cela peut aussi causer quelques problèmes dans la coordination des divers intervenants compliquant ainsi la fluidité du parcours de soins. Cette coordination et ce travail collaboratif sont plus complexes à organiser avec des professionnels éparpillés et exerçant de manière isolée.

- ❖ Enfin, tous les systèmes de santé, en fonction de leurs valeurs, s'articulent plus spécifiquement autour d'un objectif donné parmi lesquels on retrouve :

- L'amélioration de l'état de santé
- La liberté
- L'équité
- L'efficacité du système
- La maîtrise des dépenses

Le système de santé français, lui, privilégie la liberté : de choix, de circulation dans le système, d'installation et de prescription.

Egalement très axé sur la performance médicale, il est aussi reconnu pour ses compétences dans certains domaines (maladies cardio-vasculaires, espérance de vie aux âges élevés), mais reste à la traîne en termes de mortalité prématurée, notamment pour des causes relevant du manque de prévention ou de dépistage.

Pour le Directeur Général de l'OMS, le Dr GRO HARLEM BRUNDTLAND : « *Le principal message qui émane de ce rapport [analyse des systèmes de santé – OMS] est que la santé et le bien-être des populations dans le monde dépendent étroitement de la performance de*

leurs systèmes de santé. Or, la performance fluctue sensiblement, même entre des pays qui ont des niveaux comparables de revenus et de dépenses de santé ».

La France occupant le premier rang de cette étude pourrait se considérer irréprochable mais, d'après le Dr Christopher MURRAY, Directeur du Programme Mondial OMS, « *malgré les progrès importants accomplis ces dernières décennies, la quasi-totalité des pays [y compris la France] exploitent incomplètement les ressources dont ils disposent. Il en résulte de très nombreux décès et incapacités évitables, des souffrances inutiles, des injustices, des inégalités et le non-respect du droit fondamental de l'être humain à la santé* ». De plus, ce rapport soulève le fait que, partout, les pauvres sont traités avec moins de respect que les autres et sont soignés dans des conditions moins satisfaisantes.

Dans une seconde analyse (2), l'OMS déclare également que « *la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins* » puisqu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins. Cet avis semble être partagé par la population française.

En effet, d'après le Baromètre Santé 2006, malgré une confiance très forte en leur système de soins (86% des français ont le sentiment qu'il est le meilleur), deux tiers des habitants pensent que la qualité des soins en France se détériore, que les évolutions se font dans le mauvais sens et, surtout, qu'il y a des marges d'amélioration.

Définition de la Qualité des soins (Institut de Médecine des Etats-Unis, IOM) (2) :

« *La qualité des soins est la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* ».

En France, plusieurs rapports ont mis en évidence le besoin d'information des personnes qui cherchent à s'orienter dans le système de soins. Malgré de nombreuses initiatives, les patients ne disposent pas toujours d'informations claires, lisibles et comparatives en matière de qualité des soins.

Dans son rapport de Janvier 2004 (5), le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie souligne que « *l'inégalité dans l'information constitue l'une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins* ». Ainsi, pour ne pas perdre son titre de « meilleur Système de Santé mondial », la France doit donc travailler sur certains points et s'améliorer.

b) L'organisation du Système de Santé en France (4)(6)

Jeunes ou vieux, malades ou bien portants, la santé nous concerne tous.

L'affirmation du droit à la santé est inscrite dans les textes fondamentaux français et internationaux.

En France, elle est apparue pour la première fois dans la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 (7) : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille* ».

Le Préambule de la Constitution Française de 1946 et 1958 (8) souligne que « *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement* ».

La Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne (2000) (9) « *reconnait et respecte le droit d'accès aux prestations de sécurité sociale et aux services sociaux* ».

Le droit d'être soigné sans discrimination, quelle que soit sa condition économique et sociale, et de bénéficier d'une vie décente est ainsi un droit fondamental (10). Il doit permettre l'égalité dans l'accès aux soins, aux institutions, à la prévention et à un environnement sain.

En France, l'État est le garant de ce droit, à travers la Sécurité Sociale, la Couverture Maladie Universelle (CMU), les organismes de prévoyance, les établissements de santé et la prévention.

b.1) La Sécurité Sociale et l'Assurance Maladie (11)(12)

L'une des principales mesures recommandées par l'OMS aux pays membres est la couverture d'un pourcentage maximum de la population par l'Assurance Maladie (1). L'OMS estime préférable, dans la mesure du possible, le prépaiement des soins de santé (ou tiers payant), que ce soit sous forme d'impôts ou de cotisations à un régime d'assurance ou de sécurité sociale.

C'est le cas en France puisque notre Système de Santé est indissociable de la Sécurité Sociale et, plus particulièrement, de l'Assurance Maladie.

En France, la protection sociale obligatoire est couramment appelée « Sécurité Sociale » et est divisée en quatre branches : (13)

- **La branche maladie, maternité, paternité, invalidité, décès**
 - **La branche accidents du travail et maladies professionnelles**
 - **La branche vieillesse** → Gérée par la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse)
 - **La branche famille** → Gérée par la CNAF (Caisse Nationale d'Allocations Familiales)
- } → Gérées par la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

Ce régime général s'est véritablement développé depuis 1945 grâce à diverses réformes ayant pour vocation à élargir son champ d'actions à l'ensemble de la population.

Aujourd'hui, il existe de nombreux statuts donnant le droit à l'Assurance Maladie : Les salariés, les étudiants, les stagiaires de la formation professionnelle, les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) ... Certaines personnes sans activité professionnelle peuvent également être assurées : Les retraités, les chômeurs indemnisés, les accidentés du travail, etc.

De plus, lorsqu'un individu est assuré, certaines personnes peuvent bénéficier des mêmes droits que lui, on parle alors de ses « ayants-droit ». Il s'agit, par exemple, des conjoints, concubins ou enfants de moins de 16 ans (ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études).

Le financement :

La Sécurité Sociale est complexe, elle mélange deux principes (14) : Celui d'une assurance (« *je cotise pour bénéficier de prestations* ») et celui de la solidarité (« *je cotise pour offrir à tous des prestations* »). Ainsi, lorsqu'un salarié part à la retraite, il profite d'une pension générée par la cotisation des salariés actifs et de ce qu'il a lui-même cotisé durant sa vie professionnelle. Ce mode de financement est appelé « financement par répartition » et s'oppose à celui de la capitalisation.

- ✓ **Répartition** : Dans un système de retraite par répartition, les cotisations versées par les actifs au titre de l'assurance vieillesse sont immédiatement utilisées pour payer les pensions des retraités. Ce système repose donc sur une forte solidarité entre générations et son équilibre financier dépend du rapport entre le nombre de cotisants et celui des retraités. (15)
- ✓ **Capitalisation** : Dans un régime de retraite par capitalisation, les actifs épargnent en vue de leur propre retraite. Les cotisations font l'objet de placements financiers ou immobiliers, dont le rendement dépend essentiellement de l'évolution des taux d'intérêt. (15)

De fait, toute personne qui réside et qui travaille en France est obligatoirement affiliée au régime de sécurité sociale français dont elle relève et est, à ce titre, redevable des cotisations de sécurité sociale correspondantes. Elles sont calculées à partir de taux fixés à l'échelon national et sont à la charge de l'employeur mais également du salarié en ce qui concerne la Contribution Sociale Généralisée (CSG) et la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS). [Pour plus d'informations : *Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2014*] (16).

Tous les mois, les cotisations de chacune des parties sont notifiées sur le bulletin de paye ce qui nous permet alors d'expliquer la différence entre ce que l'on appelle couramment le « salaire brut » et le « salaire net » (17).

- Le **salaire brut** correspond au salaire total auquel on soustrait les cotisations patronales (à la charge de l'employeur).
- Le **salaire net** correspond au salaire brut auquel on soustrait les cotisations et les contributions salariales (à la charge du salarié).

L'employeur verse la totalité des cotisations dues (part patronale et part salariale) à un organisme dit « de recouvrement du régime » à savoir l'URSSAF (Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) ou bien la MSA (Mutualité Sociale Agricole) en fonction des régimes (agricoles ou non). Celles-ci sont ensuite réparties entre les différentes branches (citées précédemment) de l'Assurance Maladie (18).

b.2) La Couverture Maladie Universelle (19)

D'après l'OMS (1) : « Tandis que les dépenses de santé privées ne représentent actuellement que 25%, en moyenne, dans les pays industrialisés grâce à la couverture de santé universelle (sauf aux Etats-Unis où elles sont de 56%), en Inde par exemple les familles paient généralement 80% de leurs dépenses de santé de leur poche. Cela ne fait donc que participer à rendre certaines populations encore plus démunies qu'elles ne le sont déjà. En d'autres termes, la maladie les contraint à s'endetter. »

Pour faire face à cela, en France, des lois successives ont permis d'étendre le système de protection au plus grand nombre avec, par exemple, la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) pour les plus démunis, en 1999.

C comme **couverture** : La CMU de base permet d'être affilié au régime général d'assurance maladie.

M comme **maladie** : La CMU de base garantit l'accès aux soins et leur prise en charge (part obligatoire) selon les mêmes conditions et taux de remboursement que les autres assurés.

U comme **universelle** : Toute personne présente sur le territoire depuis au moins trois mois, en situation régulière et qui n'est pas déjà couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie, peut bénéficier de la CMU de base.

La Couverture Maladie Universelle (CMU) de base facilite l'accès aux soins et leurs remboursements à toute personne résidant en France (métropole, départements d'outre-mer, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, à l'exception de Mayotte) de façon stable et régulière. Elle s'adresse aux individus qui ne sont pas déjà couverts par un régime obligatoire d'assurance maladie afin qu'ils puissent bénéficier de la Sécurité Sociale au même titre que les autres. De cette manière, elle participe à gommer les obstacles que rencontrent de nombreuses personnes lorsqu'elles souhaitent accéder aux services de santé. Il s'agit donc d'un véritable droit pour tous à l'accès aux soins, accordé sous condition de résidence.

Au 28 février 2014, la CMU de base comptait 2,3 millions de bénéficiaires (20).

L'affiliation à la CMU n'est pas automatique et doit faire l'objet d'une demande par le patient.

Depuis le 1er janvier 2016, la CMU de base est remplacée par la Protection Universelle Maladie (PUMA) qui prend en charge, au même titre que la CMU de base, les frais de santé.

Attention à ne pas confondre la CMU de base et la CMU complémentaire :

- La CMU de base est une couverture maladie obligatoire, au même titre que les autres régimes d'Assurance Maladie.
- La CMU complémentaire est une couverture maladie complémentaire qui, comme une mutuelle ordinaire, la complète mais ne la remplace pas.

Toute personne qui n'est pas couverte par un régime obligatoire d'Assurance Maladie peut bénéficier de la CMU de base, et ce quel que soit le niveau de ses ressources. Cependant, si ses revenus dépassent un certain montant, l'adhérent pourra se voir payer une cotisation.

La CMU complémentaire, quant à elle, n'est accordée qu'en fonction des ressources du patient. A partir d'un certain plafond, celui-ci ne pourra plus y prétendre.

L'Article D. 861-1 du Code de la Sécurité Sociale fixe le montant du plafond de revenus à ne pas dépasser : (21)(22)

Toutes les ressources, imposables ou non, perçues au cours des douze mois précédant la demande de CMU complémentaire (salaires, allocations, pensions perçues ...) sont prises en compte, exceptées certaines bien spécifiques.

Ressources non prises en compte dans la demande de CMU complémentaire :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
Les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail.
L'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord
La prestation d'accueil du jeune enfant
Les bourses d'études des enfants
Les frais funéraires

Barème CMU-C, ACS et AME au 1er juillet 2015 (en euros)

Métropole

Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	8645	720	11670	973
2	12967	1081	17505	1459
3	15560	1297	21006	1751
4	18153	1513	24507	2042
5	21611	1801	29175	2431
Par personne en +	+ 3457,807	+ 288,151	+ 4668,040	+ 389,003

DOM

Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	9621	802	12989	1082
2	14432	1203	19483	1624
3	17318	1443	23380	1948
4	20205	1684	27277	2273
5	24053	2004	32472	2706
Par personne en +	+ 3848,539	+ 320,712	+ 5195,528	+ 432,961

Pour les personnes bénéficiant d'un logement à titre gratuit (propriétaire, logement offert gracieusement) ou touchant une aide au logement, un forfait logement est ajouté à leurs ressources. Comme indiqué ci-dessous, celui-ci varie en fonction de la composition familiale.

Nbre de personnes	Propriétaire - occupant à titre gratuit		Bénéficiaire d'une aide au logement	
	Montants mensuels		Montants mensuels	
	pour 2015	pour 2014	pour 2015	pour 2014
1 personne	12 % du RSA 1 personne, soit 61,67 euros (1) 62,90 euros (2)	12 % du RSA 1 personne, soit 59,92 euros (1) 61,12 euros (2)	12 % du RSA 1 personne, soit 61,67 euros (1) 62,90 euros (2)	12 % du RSA 1 personne, soit 59,92 euros (1) 61,12 euros (2)
2 personnes	14 % du RSA 2 personnes, soit 107,91 euros (1) 110,07 euros (2)	14 % du RSA 2 personnes, soit 104,86 euros (1) 106,95 euros (2)	16 % du RSA 2 personnes, soit 123,33 euros (1) 125,80 euros (2)	16 % du RSA 2 personnes, soit 119,84 euros (1) 122,23 euros (2)
3 personnes ou +	14 % du RSA 3 personnes, soit 129,50 euros (1) 132,09 euros (2)	14 % des RSA 3 personnes, soit 125,83 euros (1) 128,34 euros (2)	16,5 % du RSA 3 personnes, soit 152,62 euros (1) 155,68 euros (2)	16,5 % du RSA 3 personnes, soit 148,30 euros (1) 151,26 euros (2)

*Les moyennes mensuelles sont fournies à titre indicatif

(1) : montant du forfait logement du 1^{er} janvier au 31 août

(2) : montant du forfait logement du 1^{er} septembre au 31 décembre

La CMU Complémentaire est totalement indépendante de la CMU de base et peut être accordée à quelqu'un qui n'est pas bénéficiaire de cette dernière.

En effet, prenons l'exemple d'un salarié au chômage touchant une allocation Pôle Emploi de 500 euros par mois : Il remplit les conditions de ressources (inférieures au plafond) et peut ainsi prétendre à la CMU complémentaire mais pas à la CMU de base puisqu'il est déjà couvert par le régime d'Assurance Maladie des salariés.

Il est important de préciser également que les patients ayant des revenus juste supérieurs au plafond peuvent bénéficier de l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé), ils reçoivent alors une aide financière pour s'affilier à une mutuelle agréée. Celle-ci leur est attribuée pour une année et est éventuellement renouvelable.

b.3) L'Aide Médicale de l'Etat (AME) (19)(23)(24)

Cette aide a été créée pour permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière de séjour sur le territoire français (métropole ou départements d'Outre-Mer, excepté Mayotte) depuis plus de trois mois. En ce point, elle diffère donc de la CMU.

Elle participe à la lutte contre les exclusions puisqu'elle offre une protection santé aux ressortissants en situation irrégulière et précaire.

Elle est attribuée en fonction des ressources qui ne doivent pas dépasser un certain seuil défini selon la composition du foyer et du lieu de résidence (le même que celui de la CMU complémentaire). Cependant, elle peut également être accordée, sans condition de ressources, à un mineur de moins de seize ans dont les parents sont en situation irrégulière (même si ceux-ci n'en bénéficient pas eux-mêmes ou s'ils dépassent le plafond de ressources), ainsi qu'à un enfant de moins de vingt ans s'il poursuit ses études.

Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS d'un bénéficiaire de l'AME peut aussi prétendre à cette aide.

En revanche, il est important de rappeler que les membres d'une famille qui résident à l'étranger et uniquement « en visite » en France n'ont pas le droit à l'AME. Ils peuvent toutefois faire une demande à titre humanitaire si un accord existe entre leur pays d'origine et la France. Cette décision ne relevant pas de l'Assurance Maladie appartient au Ministre chargé de l'Action Sociale (Marisol TOURAINE en 2016). Il ne s'agit pas d'un droit mais d'une possibilité pour laquelle très peu de dossiers sont acceptés chaque année.

Une fois accordés, les droits de l'AME prennent effet à la date de dépôt du dossier.

Pendant un an, le patient bénéficiera d'une prise en charge à 100% de ses soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la Sécurité Sociale et sera dispensé d'avancer les frais. La demande d'AME est caduque et doit être revue tous les ans en fonction des ressources perçues durant les douze mois précédents.

Si pour une raison ou une autre, un individu ne remplit pas tous les paramètres requis, il pourra sous certaines conditions, bénéficier d'une prise en charge des soins urgents.

b.4) Articulation entre l'AME, la CMU de base et la CMU Complémentaire (19)

Si initialement un individu est admis à l'AME et que, par la suite, sa situation se régularise, il pourra bénéficier de l'Assurance Maladie s'il travaille et, si ce n'est pas le cas, de la Couverture Maladie Universelle de base.

Il pourra également, si ses ressources sont inférieures au seuil maximal fixé, prétendre à la CMU Complémentaire. A l'inverse, si un individu est bénéficiaire de la CMU de base et que la régularité de sa situation se dégrade, il ne touchera plus la CMU mais l'AME, et cela sous conditions de ressources. S'il était salarié, même si sa situation de séjour en France devient irrégulière, il pourra bénéficier d'un maintien de droits du régime obligatoire d'Assurance Maladie. Ainsi, il pourra se voir attribuer l'AME pour la part complémentaire si ses ressources le permettent, pendant la durée du maintien de droits, soit un an.

b.5) Vers une généralisation des mutuelles pour les retraités (25)(26)

Lors du congrès du 11 Juin 2015, Marisol TOURAINE a réémis l'hypothèse d'une éventuelle généralisation des mutuelles avec comme enjeu principal d'offrir un accès aux soins plus juste et plus efficace en permettant aux mutuelles de jouer pleinement leur rôle d'accompagnement aux côtés du régime d'assurance obligatoire.

En prônant les deux notions fortes que sont la solidarité et l'égalité, cette généralisation permettrait ainsi de couvrir les besoins de chaque citoyen français en termes de santé et cela sans distinction et sans cotisation en fonction de son état de santé.

Entre 2011 et 2013, la part des dépenses de santé à la charge des ménages a reculé, celle à la charge des complémentaires est restée stable et celle prise en charge par l'Assurance Maladie a progressé. Ces tendances s'expliquent par le fait que les objectifs en termes de santé n'étaient pas les mêmes. En effet, à cette époque, le Gouvernement avait comme ambition de consolider la couverture maladie par l'Assurance Maladie, aux dépens des mutuelles puisque celles-ci n'étaient alors que des « *variables d'ajustement permettant de pallier le désengagement de l'Assurance Maladie* ».

En 2015, les priorités ont changé. La Sécurité Sociale n'a jamais connu d'âge d'or et, même aujourd'hui, les soins ne sauront être pris en charge de manière plus généreuse sans compromettre la survie de notre système de santé. En 2015, 95% des français avaient une couverture complémentaire et pour 6 français sur 10 il s'agissait d'une mutuelle. Dans notre pays, la santé est protégée de tout enjeu lucratif et repose sur une action commune de solidarité et d'égalité d'accès aux soins. L'Assurance Maladie obligatoire et les mutuelles doivent donc avancer ensemble vers des objectifs communs sans pour autant oublier qu'elles conservent chacune leur rôle respectif.

Les négociations concernant cette nouvelle mesure sont toujours en cours en 2016.

2 - Malgré tout, un domaine en plein changement : Chercher à faire mieux et moins cher

a) Ce système de santé a un coût (27)(28)

Réévalué et modifié au fil des réformes et de l'évolution des connaissances médicales, pharmaceutiques et technologiques, le système de santé français se caractérise, aujourd'hui, par des atouts incontestables mais aussi par des fragilités. Il persiste ainsi de nombreuses craintes :

- ✓ Crainte d'une remise en cause de son fonctionnement
- ✓ Crainte de moins bons remboursements et d'un moindre accès aux soins

Il est vrai que les Français sont en bonne santé mais leur santé coûte cher. Les dépenses de santé, mesurées en pourcentage du PIB, figurent parmi les plus élevées de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) : Ces dernières années, la France a consacré aux dépenses de santé totales environ 12% de son PIB par an (29).

a.1) Qu'entend-on par « dépenses de santé » et comment les calcule-t-on ?

(30)(31)(32)(33)

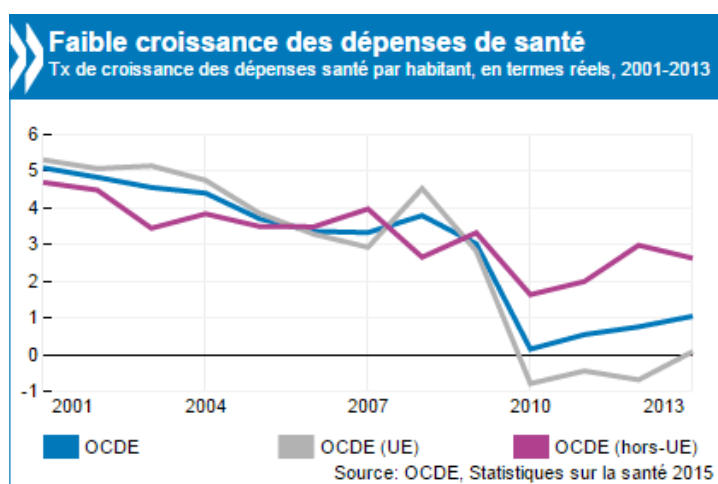
En France, on retrace chaque année l'ensemble des dépenses effectuées dans le domaine de la santé par les « financeurs » du système de santé à savoir la Sécurité Sociale, l'Etat, les collectivités locales ainsi que les organismes de protection complémentaire.

Ces dépenses, dites courantes, sont fonction de la consommation médicale totale ayant deux composantes :

- **La Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)** : Soins hospitaliers, soins ambulatoires, soins de ville, transports sanitaires (ambulances, SMUR, taxis ...) et biens médicaux (médicaments, dispositifs médicaux ...).
- **La médecine préventive** : Eviter l'apparition ou la complication des maladies et des accidents grâce à des activités de surveillance médicale et de diagnostic à visée sanitaire. La médecine préventive comprend plusieurs services tels que la médecine du travail, la protection maternelle et infantile (PMI), les services de lutte contre les épidémies, l'alcoolisme, le SIDA etc. La prévention regroupe également les centres de vaccination et de planning familial.

Outre la consommation médicale totale, ces dépenses courantes prennent aussi en compte les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicale, de gestion de l'administration sanitaire et les subventions versées aux français.

En France, mais aussi dans l'ensemble de l'Europe et de la zone OCDE, même si elles tendent à se stabiliser, ces dépenses de santé augmentent encore et ce à un rythme supérieur à celui de la croissance économique. (34)



Les français sont très demandeurs en termes de santé et cela ne devrait pas évoluer à la baisse.

En effet, une étude du Trésor datant de Décembre 2013 (35) et réalisée pour le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) signale qu'une forte hausse des dépenses est à prévoir dans les années à venir : + 2,5 points de PIB entre 2011 et 2060 .

a.2) Les éléments imputés à la hausse des dépenses (36)(37)

Plusieurs éléments sont évoqués pour expliquer cette progression :

- Le vieillissement de la population française et le nombre grandissant de malades chroniques : La part des « 75 ans et plus » atteindra 9,5 % de la population en 2020, 12 % en 2030, 15 % en 2040 et 16 % de la population en 2060. Ainsi, l'arrivée des générations du baby-boom à l'âge de la retraite entraîne inexorablement un déséquilibre qui, progressivement, aboutit à des dépenses plus importantes que les recettes réalisées et forme le « Trou de la Sécu ».
- Les soins aux personnes âgées et handicapées en établissements (hôpitaux, maisons de retraites ...).
- Les services de soins à domicile : De plus en plus en vogue pour « désengorger » les hôpitaux et pour retarder l'entrée en institution des personnes âgées.
- Les dépenses de médecine préventive et les progrès techniques : Meilleur dépistage, meilleure prise en charge, meilleurs traitements ...
- Le niveau de vie croissant de la population qui devient de plus en plus exigeante en termes de santé.

Selon la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (38) : « *Le déficit de la Sécurité Sociale en 2014 avoisine les 15 milliards d'euros, au lieu des 9,8 milliards annoncés dans la loi de financement de la Sécurité Sociale en Décembre 2013, et ce déficit devrait s'aggraver en 2015 sans mesure nouvelle d'économies* ». Il semblerait ainsi que « *l'objectif d'un retour à l'équilibre [soit] repoussé au-delà de 2017* ».

Se pose alors la question de savoir comment faire face financièrement à une demande croissante de soins ?

En effet, les dépenses de santé en France sont passées de 4% du PIB en 1960 à plus de 12% en 2013. Cette hausse peut être imputée à une meilleure couverture de la population par l'Assurance Maladie obligatoire : 30% des personnes en 1960 contre 85% en 1990. La richesse par habitant progressant également, les français sont plus aptes à demander des soins et à les assumer financièrement (33).

Ainsi, comme tous ses homologues des pays développés, notre système de santé est aujourd'hui confronté à un certain nombre de défis. A court terme, le principal est sans doute celui résultant de la crise économique mondiale qui pèse sur l'Assurance Maladie. Cette dernière ne pourrait-elle donc pas être allégée de nombreuses dépenses ?

Si l'on prend, par exemple, les soins dentaires, les lunettes, les compléments alimentaires ... on s'aperçoit que ceux-ci sont déjà mal remboursés, alors pourquoi ne pas les laisser à la charge des intéressés jusqu'à un certain plafond ? Mais, plus de dépenses privées provoquerait, inévitablement, plus d'inégalités dans l'accès aux soins. Les français seraient-ils prêts à tolérer cela ?

b) Conséquence de ces dépenses : Mise en place de la Maîtrise Médicalisée
(26)(39)(40)(41)

La **loi du 13 Août 2004** relative à l'Assurance Maladie (42) s'inscrit dans un contexte financier extrêmement dégradé. Le déficit du compte de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) s'élevait à 11,9 milliards d'euros fin 2004 (elle a été divisée par deux en 2013).

Cette réforme comprend donc plusieurs mesures visant à réduire le déficit. Elle fait pour cela appel à tous les acteurs (État, gestionnaires de l'assurance maladie, professionnels de santé et patients) dans le but de responsabiliser chacun en vue d'obtenir une prise en charge de meilleure qualité et, bien sûr, plus économe.

➔ **Le mot d'ordre : « Soigner mieux en dépensant mieux »**

La Maîtrise Médicalisée vise à promouvoir la qualité des soins tout en favorisant une meilleure utilisation des ressources publiques en matière de dépenses de santé, afin de pérenniser un système de santé efficace et solidaire. Sans perdre en qualité ni en sécurité, elle cherche à améliorer la productivité au sein du système de soins en insistant notamment sur l'efficacité du recours aux soins et sur la coordination des soins et des acteurs de santé. Elle exige également une responsabilisation dans la consommation et la prescription de soins.

Ainsi, tout en préservant les principes fondamentaux de l'Assurance Maladie (égalité d'accès aux soins, qualité des soins et solidarité), la loi d'Août 2004 attend des efforts de la part de chacun en matière de lutte contre les abus et les gaspillages et prévoit de ce fait plusieurs mesures dont celles qui nous intéressent le plus ici :

- **L'organisation des soins** : Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés.
Le médecin traitant a pour mission d'orienter le patient dans le système de soins ainsi que de gérer son dossier médical. Il préconise, autant que besoin, la consultation d'un autre médecin (généraliste ou spécialiste). Toutefois, rappelons que l'accès à certains spécialistes dits « d'accès direct spécifique » ne nécessite pas toujours de prescription préalable du médecin traitant (gynécologues, psychiatres et neuropsychiatres). De même, certaines situations dispensent d'une consultation du médecin traitant : L'urgence médicale ou le déplacement hors du lieu de résidence.
Cependant, mieux informé que les spécialistes vus ponctuellement, le médecin traitant a un rôle de conseil important auprès de ses patients vis-à-vis des examens ou traitements les plus adaptés à leur état de santé. De ce fait, l'Assurance Maladie ne prend en charge que les soins médicalement efficaces et utiles.

- **Le remboursement des actes** : Une contribution forfaitaire à la charge de l'assuré. Les assurés sont amenés à davantage contribuer à la prise en charge de leurs dépenses de santé. (43)
Consultations chez un professionnel, hospitalisations, médicaments ... Toutes ces prestations ont un prix et leur remboursement est soumis à de nombreux critères propres à chacune. De plus en plus, ces taux de remboursement diffèrent de 100% et une part reste à la charge des patients. Concrètement, cela se traduit par la contribution d'1 euro par consultation (dans la limite d'un plafond de 50€/an), le ticket modérateur, le forfait hospitalier, le déremboursement de médicaments dont le service médical rendu (SMR) est jugé insuffisant ... Ces différentes contributions sont détaillées en annexe (A.1).
Seuls les enfants, les bénéficiaires de la CMU et les femmes enceintes sont exonérés de cette contribution.
- **Le renforcement des contrôles** : Arrêts de travail, prescriptions de transport, etc. La loi renforce les obligations de l'assuré notamment sur le respect des horaires de sortie et sur l'envoi des avis d'arrêts de travail qui ne doit pas être tardif (une sanction lui sera infligée s'il envoie deux fois de suite de façon tardive son arrêt de travail). De même, la loi rappelle que les assurés ont l'obligation de se soumettre aux contrôles du service médical. En cas de non-respect, leurs indemnités journalières pourraient être revues à la baisse (retenue de tout ou partie par la caisse d'Assurance Maladie).
Un contrôle accru des médecins grands prescripteurs d'arrêts de travail est également prévu.
- **La politique du médicament** : Rationalisation des prescriptions médicamenteuses (recommandations faites pour les ordonnances d'Affections de Longue Durée, ALD) et promotions des génériques.

En 2012, la maîtrise médicalisée a permis de réaliser 647 millions d'économies (annexe A.2). Pour continuer dans cette dynamique, l'Assurance Maladie s'engage dans la prévention et dans la sensibilisation des français, et cela dès leur plus jeune âge (santé bucco-dentaire entre autres avec le programme « MT Dents ») afin de tout mettre en œuvre pour lutter contre certaines affections fréquentes et coûteuses qui pourraient être évitées (39).

3 – Les répercussions de ces remaniements sur le métier de Pharmacien d'Officine

a) La régulation de la consommation de soins et de biens médicaux (44)(45)

Cette consommation ne cesse d'augmenter et nécessite aujourd'hui d'être régulée : Les français sont de gros consommateurs de soins et de biens médicaux avec 235,6 milliards d'euros de dépenses en 2012, dont 34,3 milliards pour les médicaments.

Le nombre d'unités vendues ayant été multiplié par trente en quarante ans (jusque dans les années 2000-2010), la consommation de médicaments a justifié une régulation du marché par plusieurs leviers.

a.1) Contrôle et encadrement des prix des médicaments (46)(47)(48)

Lorsqu'un médicament est remboursable, son prix est réglementé et publié au Journal Officiel. Celui-ci prend en compte plusieurs éléments tels que le prix des médicaments équivalents, la prévision de ventes pour la spécialité en question mais surtout l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) du médicament. En effet, pour fixer le prix d'un médicament remboursable, la Commission de Transparence de la Haute Autorité de Santé évalue l'ASMR sur une échelle allant de I (progrès thérapeutique majeur) à V (absence d'amélioration) en fonction de la réponse apportée à la question « *Le médicament apporte-il un progrès par rapport aux traitements déjà disponibles sur le marché, et si oui dans quelle mesure ?* ». Ce parcours réglementaire est résumé sous forme d'un schéma en annexe (A.3).

Il est important de préciser qu'un médicament n'apportant pas de progrès ne peut prétendre au remboursement sauf si, bien sûr, il permet de faire des économies par rapport aux traitements déjà présents sur le marché.

Grâce à ce parcours réglementaire, l'Etat peut maîtriser les sommes remboursées par la Sécurité Sociale en ce qui concerne les dépenses de médicaments des français.

En revanche, lorsqu'un médicament ne fait pas l'objet d'une demande de remboursement ou que celle-ci est refusée, son prix est fixé librement à tous les niveaux de la chaîne (laboratoire fabricant, grossiste répartiteur, officine). Cela explique donc pourquoi le prix d'un médicament non remboursable puisse être différent d'une pharmacie à une autre.

Toutefois, cette fixation aléatoire et surtout visible en pharmacie par le consommateur, ne signifie pas nécessairement que les pharmaciens appliquent des marges plus ou moins élevées en fonctions de leurs intérêts. En effet, cet écart peut parfois s'expliquer par le simple fait que ces derniers n'achètent pas tous leurs médicaments aux mêmes prix. Les prix peuvent varier en fonction de l'achat du produit auprès d'un grossiste répartiteur ou bien auprès du laboratoire fabricant, le grossiste prenant une marge sur le médicament. De plus, le pharmacien peut éventuellement négocier le prix d'achat des produits en fonction des quantités lorsqu'il commande directement auprès du laboratoire, chose qui n'est pas envisageable de faire avec un grossiste répartiteur.

a.2) Recommandations de bonnes pratiques de prescription (médecins)

On a coutume de dire qu'il existe un "modèle français de prescription" dans lequel les consultations médicales se soldent, dans la plupart des cas, par la prescription d'un ou plusieurs médicaments : 90% des consultations en France, contre 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas (44). Tout cela a un prix pour l'Assurance Maladie qui prend en charge tout ou partie des ordonnances prescrites, ainsi depuis la Maîtrise Médicalisée de 2004, les médecins sont tenus de respecter certaines pratiques et certaines recommandations en matière de prescription. Cette mesure a donc pour vocation de proscrire les comportements considérés comme abusifs, tant au niveau des prescripteurs qu'au niveau des consommateurs.

Il est également important de souligner le gaspillage de certains médicaments, pourtant prescrits à bon escient, par les patients qui ne sont pas toujours observants vis-à-vis de leur traitement ou bien utilisant involontairement mal leurs dispositifs. En effet, les derniers chiffres de 2014 décrivent un taux moyen de patients observants de l'ordre de 40%

(49)(50)(51). Celui-ci diffère en fonction des pathologies mais ne semble pas dépasser 80%, même dans les maladies graves (annexe A.4).

Les médecins ont donc aussi un rôle à jouer dans cette dérive en rappelant au patient, lors de chaque consultation, comment prendre son traitement de façon optimale. Un patient bien pris en charge sera un patient qui, par la suite, nécessitera moins de médicaments, moins de consultations/hospitalisations et donc un moindre coût.

Cela commence à porter ses fruits puisque la France enregistre les plus faibles évolutions de consommations de médicaments (en volume) jamais connues et se situe aujourd'hui au 6^e rang mondial des dépenses pharmaceutiques, derrière les Etats-Unis, le Canada, la Grèce, le Japon et l'Irlande, et proche de l'Allemagne et de la Belgique (52).

Cependant, cette philosophie n'est pas sans conséquences pour le pharmacien d'officine puisque les médicaments (remboursables ou non) représentent une part énorme de son chiffre d'affaires. Cela est d'autant plus vrai depuis le 1^{er} Janvier 2015, date d'entrée en vigueur du nouveau mode de rémunération tenant compte de la complexité de l'ordonnance (nombre de lignes de celle-ci) (Cf. PARTIE IV).

a.3) Déremboursement de certains produits (44)(53)(54)

Les déremboursements, décidés par le Ministère de la Santé, freinent les dépenses de l'Assurance Maladie dans le sens où ils permettent de cibler de façon optimale les dépenses de santé sur les médicaments dont le Service Médical Rendu (SMR) est jugé satisfaisant par la Haute autorité de santé (HAS). Ainsi, depuis les années 1970, de multiples « plans de sauvetage de la Sécurité Sociale » ont été adoptés et ont abouti au déremboursement de plusieurs classes de médicaments telles que certains médicaments homéopathiques ou bien encore des antihistaminiques. D'autres voient simplement leur taux de remboursement diminuer ce qui se traduit par l'apparition d'un nouveau taux de 15% qui s'ajoute aux trois antérieurs (100%, 65% et 35%) (annexe A.5) et permet à l'Assurance Maladie de continuer à encadrer le prix des spécialités concernées qui serait fixé librement si leur remboursement devenait nul.

Les économies réalisées grâce à cette mesure de déremboursement ne sont pas majeures, pour ne pas dire qu'elles sont marginales (20 milliards d'euros en 2008 contre 79 milliards pour l'hôpital par exemple) (53) mais risquent, à termes, de faire naître chez les patients un renoncement aux soins.

On peut alors s'interroger sur la pertinence de ces déremboursements, d'autant plus que parfois certains patients, refusant de déboursier le moindre centime, incitent le médecin à leur prescrire un médicament remboursé à la place de celui choisi initialement, même si celui-ci n'a pas forcément la même action thérapeutique ni les mêmes effets indésirables.

Heureusement, à l'heure actuelle, ces impacts négatifs restent limités puisque les organismes complémentaires prennent en charge la plupart des frais qui ne sont plus remboursés par la Sécurité Sociale.

Ainsi, même si le remboursement des biens médicaux par l'Assurance Maladie n'est plus optimal, les répercussions pour les patients demeurent moindres. Il en va de même pour les officinaux.

a.4) Valorisation des génériques

Pour la première fois en 2012, la part des dépenses imputée à la consommation de médicaments a diminué : - 0,9 %. De même, l'évolution du volume de cette même consommation, bien qu'étant positive chaque année, n'a augmenté que de 2,4 % en 2012 contre 3,4 % en 2010 (44).

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), attribue donc la baisse des dépenses à cette diminution des volumes de médicaments délivrés depuis quelques années (en raison de la baisse des prescriptions, des modifications des comportements, des actions de communication ciblées ...) mais également à la nette diminution des prix des produits dispensés (55).

Évoquant les 3,5 milliards d'euros d'économies à réaliser entre 2015 et 2017, la Ministre des Affaires Sociales a présenté, le 25 Avril 2014, différentes mesures visant à modérer la consommation des médicaments (56). Ainsi, afin de diminuer la consommation de produits de marque, le gouvernement prône l'utilisation des génériques qui, du fait qu'ils bénéficient d'un dossier d'AMM allégé, sont moins coûteux pour le patient ainsi que pour la caisse d'Assurance Maladie.

Cette mesure de valorisation des génériques n'est pas dommageable pour le pharmacien d'officine, bien au contraire, celui-ci est même encouragé à effectuer la substitution de la molécule princeps par le générique puisque les marges réalisées sur les génériques sont supérieures à celles autorisées sur les médicaments brevetés (de marque), les remises appliquées sur le prix fournisseur hors taxe pour un même volume acheté étant plus fortes (jusqu'à 40% pour un générique, contre 2,5% du prix de vente grossiste hors taxe pour son princeps).

Prenons un exemple simple mais parlant :

	PRINCEPS	GENERIQUE
Prix Achat Fournisseur Hors Taxe (PFHT)	100 €	100 €
Prix Achat Grossiste Hors Taxe (PGHT) (après application de la marge prise par le laboratoire fabricant)	120 €	120 €
Prix Vente grossiste Hors Taxe (PVGHT) (après application d'une marge de 6,68% car prix médicament compris entre 3€ et 450€)	128 €	128 €
Remise grossiste (maximale)	2,5 % du PVGHT	40 % du PFHT (le grossiste facture les génériques en prix fabricant)
Prix achat pharmacien Hors Taxe (après application des remises, sans tenir compte de la marge prise par le grossiste)	124,8 €	60 €

L'achat de génériques est donc plus avantageux pour le pharmacien car :

- Le pharmacien peut avoir une remise maximale de 40% contre seulement 2,5% avec les princeps.
- Le grossiste facture en prix fabricant, la remise est donc appliquée sur une somme plus faible.

De plus, lors de la première réunion consacrée à « l'observatoire de la rémunération » le Mardi 31 Mars 2015, l'Assurance Maladie a communiqué, auprès des syndicats de pharmaciens, le montant de la prime qu'elle versera au réseau officinal au titre de la Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (ROSP) liés aux médicaments génériques : 148 millions d'euros contre 140 en 2013, soit une hausse de 5,7% en moyenne (57). La somme ensuite touchée par chaque officine est proportionnelle au nombre de boîtes de génériques vendues et donc au taux de substitution réalisé par rapport aux objectifs annoncés en début d'année (annexe A.6).

Afin que des éléments indépendants de la volonté du pharmacien ne le pénalisent, le versement calculé prendra en considération les changements de noms de marque, les rachats et/ou fusions de laboratoires et les ruptures d'approvisionnement.

Cette rémunération tient également compte de la stabilité de la délivrance des médicaments génériques : Elle est accordée dès lors que 90% des patients se voient délivrer une seule marque de médicaments génériques au cours de la période de référence, et cela d'autant plus chez les personnes de plus de 75 ans. Si ce taux n'est pas atteint, la rémunération du pharmacien sera réduite à 20% uniquement pour les molécules pour lesquelles ce dernier n'aura pas atteint le taux de stabilité fixé.

b) Le droit de substitution et le tiers payant

A la fin des années 1990, grâce à l'option conventionnelle « Médecin référent », les médecins généralistes étaient les seuls professionnels sollicités pour développer la prescription des médicaments génériques considérés comme « moins coûteux ». Cependant, cette mesure s'est révélée inefficace et les résultats escomptés étaient finalement médiocres puisque les médecins se sentaient limités dans leurs choix de prescription et de prise en charge du patient, tout cela, uniquement dans un but financier.

C'est alors qu'en 1999 les pouvoirs publics décident de placer le pharmacien d'officine à la tête de cette politique des génériques et lui offrent le droit de substituer, avec l'accord du patient et du médecin.

Le décret du 11 Juin 1999 fait également référence à l'instauration du « tiers payant contre génériques » (58)(59).

b.1) Qu'est-ce qu'un générique ? (60)

Un médicament générique est l'équivalent d'un médicament original (ou « princeps ») qui n'est plus protégé par des droits de propriété intellectuelle.

Il présente la même forme pharmaceutique (gélule, comprimé, solution) et la même composition qualitative et quantitative que la spécialité de référence.

Un médicament générique est moins cher que le médicament original car il ne nécessite pas de programme de recherche fondamentale, les molécules le composant ayant déjà été étudiées.

b.2) Qu'est-ce que le droit de substitution ? (61)

Légalement, la prescription d'un médicament ne peut être effectuée que par un Docteur en Médecine inscrit au Tableau de l'Ordre. Le pharmacien, dans le cadre de son analyse et de son contrôle de l'ordonnance, doit donc se cantonner à vérifier la posologie prescrite, les éventuelles contre-indications médicamenteuses, mais en aucun cas, il ne peut remettre en

cause la justification de la prescription. En cas d'anomalie, il se doit de solliciter le médecin prescripteur avec qui il pourra prendre une décision.

Ce principe est énoncé dans le Code de la Santé Publique (Article L. 5125-23) (62) : « *Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient* ».

Cependant, ce même article prévoit une dérogation à cela en instaurant le droit de substitution : « *Le pharmacien peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription* ».

b.3) Comment ce droit s'exerce-t-il ?

D'après l'article réglementaire R. 5125-53 du CSP (63) : Lorsqu'il délivre un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit en application de l'article L. 5125-23, le pharmacien doit indiquer sur l'ordonnance :

- ✓ Le nom du médicament ou produit délivré
- ✓ La forme du produit pharmaceutique délivré si celle-ci diffère de celle du médicament prescrit.
- ✓ Le nombre d'unités de prise correspondant à la posologie du traitement prescrit, si ce nombre d'unités diffère pour le médicament délivré de celui du médicament prescrit.
- ✓ Le timbre de l'officine et la date de délivrance

b.4) Qu'en est-il de la responsabilité du pharmacien ? (64)

En principe, si les conditions ci-dessus sont remplies, la responsabilité du pharmacien ne peut pas être engagée du fait de la substitution.

En effet, un générique est un produit rigoureusement équivalent au médicament initial, dit princeps, de même, la forme pharmaceutique ne varie pas, en théorie. Le principe actif composant les deux spécialités est identique qualitativement et quantitativement. Ainsi, si un patient subit un préjudice du fait de la prise du générique, on peut considérer que la situation est la même que s'il avait pris le traitement prescrit à l'origine par le médecin (même composition, même forme pharmaceutique, effets indésirables équivalents ...). Le prescripteur est donc le seul responsable. Si les complications résultent d'un traitement inadapté ou bien d'une mauvaise posologie, c'est le médecin qui doit y faire face et se justifier.

De son côté, le pharmacien reste responsable de la dispensation du générique, comme pour tout médicament et se doit, s'il soulève une anomalie dans une ordonnance, de contacter le prescripteur avant toute prise de décision.

Mais, en réalité, cela n'est pas si simple ...

Comme expliqué précédemment, certes le générique et le princeps sont équivalents, mais cela ne signifie pas qu'ils soient strictement identiques puisque la forme de la spécialité peut, dans certains cas, être différente (gélule, capsule, dragée, suspension buvable ...). Si aucun lien de cause à effet n'est observé entre ce paramètre et le préjudice rencontré, il n'en est pas de même pour les excipients à effets notoires (EEN).

En effet, le problème de ces EEN est plus préoccupant. Les colorants et les adjuvants utilisés dans le princeps et dans le générique peuvent être différents et être à l'origine d'une hypersensibilité du patient engendrant alors des effets indésirables.

On recommande donc au pharmacien de vérifier, avant tout acte de substitution, que le médicament initial et son générique ne présentent pas d'EEN. Si le médicament original comporte un EEN, il est préférable de le substituer par un générique renfermant ce même EEN dans sa composition.

En revanche, même si cela peut en effrayer plus d'un, les génériques sont des médicaments récents dont la fabrication bénéficie, de ce fait, des nouvelles technologies. Les chaînes de production étant plus performantes, il y a moins de pertes de matières premières et, pour un même dosage, bien souvent des quantités inférieures d'excipients sont nécessaires ce qui amoindrit ainsi le risque de survenue d'effets indésirables liés à ces constituants.

Malgré cela, il est important de garder à l'esprit que le droit de substitution requiert l'accord du médecin mais aussi du patient qui peut toujours refuser la dispensation d'un générique.

b.5) L'impact économique des génériques (65)(66)(67)(68)(69)(70)(71)

A l'heure où le déficit de la Sécurité Sociale est au cœur de l'actualité, le médicament générique s'avère être un moyen simple et pertinent d'éviter des dépenses inutiles.

La dynamique de substitution est donnée par l'Avenant n°6 à la Convention Nationale conclue le 4 Avril 2012 avec l'Assurance Maladie : Les pharmaciens s'engagent à atteindre un taux de génériques de 85%.

Par ailleurs, la Ministre s'est déclarée favorable au lancement de campagnes d'information pour favoriser l'essor des génériques, de sorte qu'ils représentent un quart du marché français en 2017. Après une année 2014 marquée par une baisse en valeur du marché du médicament générique, le début de 2015 est parti sur de bien meilleures bases : Si l'on s'intéresse aux mois de Janvier et Février, le marché progresse de 1,7 % en valeur et de 8,7 % en volume par rapport à la même période l'année précédente (72).

Le taux de substitution des pharmaciens représente aujourd'hui 77,6 % en volume, soit une progression de 1 à 1,5 point (taux des années antérieures en annexe A.7).

Cette évolution, en progression, résulte notamment du renforcement du mécanisme "tiers payant contre générique" dans les pharmacies.

Lorsqu'il décide de substituer, le pharmacien doit informer le patient sur les avantages économiques de cette solution ainsi que sur son efficacité thérapeutique.

En effet, en acceptant un générique, le patient participe à la baisse des dépenses de remboursement. Ce dispositif vise à réduire le déficit de l'Assurance Maladie : En 2013, les 777 millions de boîtes de génériques dispensées ont permis de réaliser une économie de 1,6 milliard d'euros (73). Cela s'explique par le fait que les génériques sont moins coûteux que les médicaments de marque, en moyenne 30 % moins chers car ils ne nécessitent aucun frais

de recherche ou de développement. Leur prix inclut uniquement les coûts de fabrication et de commercialisation.

Cependant, si les médicaments génériques sont acceptés dans 81 % des cas, un effort reste encore à faire. Ainsi, pour améliorer ce chiffre, il est important de rappeler aux patients que les génériques sont tout aussi efficaces et sûrs que les médicaments de marque.

b.6) Le tiers payant (73)

Pour la Sécurité Sociale, le taux de pénétration des génériques dans le marché français est considéré comme insuffisant, ainsi, depuis 2012, la délégation de paiement est subordonnée à l’acceptation des génériques par le patient.

Si l’assuré accepte la délivrance des médicaments génériques, il bénéficie de la dispense d’avance de frais auprès du pharmacien, c’est ce que l’on appelle le tiers payant.

En effet, lorsque l’on achète des médicaments, l’Assurance Maladie prend en charge tout ou partie de leur coût et la Carte Vitale nous permet de ne pas avancer la partie prise en charge. A contrario, si un patient choisit les médicaments de marque dits « princeps », le pharmacien est obligé de le faire payer (Article L162-16-7 du code de la Sécurité Sociale). De plus, ne bénéficiant plus non plus de la transmission électronique, l’assuré devra ensuite envoyer sa feuille de soins (remplie par le pharmacien) ainsi qu’une facture mentionnant le « refus du générique » à sa caisse d’Assurance Maladie pour se faire rembourser. Cette mesure concerne tous les assurés, y compris les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU), de l’Aide à l’acquisition d’une Complémentaire Santé (ACS) et de l’Aide Médicale d’Etat (AME) ce qui représente, aujourd’hui, 50 millions d’individus en France.

Il existe toutefois des exceptions pour lesquelles le tiers payant continue d’être appliqué même si le patient repart avec un médicament de marque :

- Médicaments soumis au TFR * (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) tels que le LEXOMIL® (Bromazépam), MODURETIC® (Amiloride/Hydrochlorothiazide) ...
Une liste complète est disponible sur le site <http://ameli.fr>
- Médicaments de marque dont le prix est inférieur ou égal à celui des génériques.
- Mention « Non Substituable », écrite en manuscrit, figurant sur l’ordonnance du médecin prescripteur

* TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité (74)

C’est une mesure qui a été créée par le ministère de la Santé pour promouvoir la vente de certains médicaments génériques, sur le modèle existant déjà dans d’autres pays européens. Si le patient accepte un médicament générique, ça ne change rien pour lui, il sera remboursé comme d’habitude. Par contre, s’il écarte ce médicament parce qu’il préfère un médicament de marque, alors ce sera à lui de payer la différence de prix.

Comment le pharmacien est-il rémunéré s’il ne perçoit aucune somme de la part de ses patients ?

Les médicaments ont diverses modalités de remboursement, si certains sont pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale, d’autres ne le sont qu’à 65, 30 ou bien 15%. Dans le cas de ces médicaments, le pourcentage restant peut être pris en charge par les mutuelles complémentaires respectives des patients, lesquelles ont des taux de remboursement qui leur sont propres.

La délégation de paiement a d'évidents avantages pécuniaires pour les français mais elle entraîne pour le pharmacien plusieurs conséquences qu'il est important de connaître :

- Un travail de saisie administrative important pour la réalisation de la facture.
- Un travail complémentaire pour la gestion du dossier ainsi que le suivi de son règlement.
- Des difficultés de trésorerie, la date de paiement étant différée.
- Une attention particulière à la prise en charge des régimes obligatoires et complémentaires du patient afin de ne pas faire d'avance inconsidérée.

Ainsi, pour percevoir la rémunération de ses actes de dispensation, le pharmacien doit s'assurer des droits de chacun de ses patients et veiller à ce que leur carte vitale soit à jour, ceci d'autant plus lorsqu'un changement de caisse ou de complémentaire est réalisé.

En parallèle, le système informatique de l'officine est relié aux organismes payeurs via des concentrateurs qui filtrent les informations avant de les transmettre aux différentes caisses chargées ensuite de rembourser le pharmacien. Ces transmissions vers le concentrateur puis vers les caisses ne sont pas réalisées de manière automatique par les logiciels pharmaceutiques, c'est à chaque officine de les lancer quand elle le souhaite (généralement, cela est fait quotidiennement).

La généralisation du tiers-payant :

Depuis peu, le tiers-payant tend à se généraliser à d'autres actes médicaux tels que les consultations en médecine de ville. En effet, cette mesure votée le 9 Avril 2015 par l'Assemblée Nationale et permettant, à l'avenir, de lutter contre le renoncement aux soins des plus pauvres, représente un point phare du projet de loi de modernisation du système de santé défendu par Marisol TOURAINE et s'ancre dans la continuité d'une des promesses de campagne du candidat François HOLLANDE pour qui « *le tiers payant doit devenir un droit pour tous les assurés avant la fin de l'année 2017* » (75).

Déjà quasiment généralisée à l'hôpital, la dispense d'avance de frais ne concerne actuellement que 30% des consultations dans les cabinets médicaux de ville, essentiellement pour les patients bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME (76). Le budget 2015 de la Sécurité Sociale a ensuite permis son extension aux bénéficiaires de l'ACS (Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé) à partir du 1^{er} Juillet 2015.

Le projet de loi de santé, quant à lui, va plus loin puisqu'il stipule que les patients pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie (affections de longue durée type diabète, femmes enceintes ...) pourront prétendre au tiers payant à partir de Juillet 2016. Le dispositif doit ensuite être testé pour tous les assurés à partir de Janvier 2017, pour devenir « *un droit* » à la fin Novembre 2017.

Cette généralisation suscite de vives réactions chez les médecins libéraux car, comme à la pharmacie, les patients n'auront plus à avancer les frais de consultation, leur participation s'effectuera via des forfaits et des franchises qu'ils régleront auprès de leur(s) organisme(s) payeur(s). De cette manière, les médecins ne seront en effet plus payés par leurs patients mais par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé, soit plus de 600 organismes dont ils deviendront financièrement dépendants (77). Les médecins ont alors quelques craintes : Une déresponsabilisation des patients et une « bureaucratization » de leur

profession avec un décuplement de la paperasserie au détriment du temps consacré aux soins.

c) Des situations défavorables

Bel et bien ancré dans le Système de Santé français et dans le programme de réduction du déficit de l'Assurance Maladie, le métier de Pharmacien d'officine se voit confronté à de nombreux changements et nous ne pouvons que constater que la Pharmacie a rarement rencontré autant de situations défavorables qu'en ce moment.

c.1) Deux politiques contradictoires sont proposées (78)(79)

- Une politique de santé qui repose sur la proximité, allant par exemple jusqu'à expérimenter la **délivrance de médicaments à l'unité**.
- Une **politique de consommation** qui envisage de mettre certains médicaments dans des espaces dédiés de grandes surfaces, ce qui aura pour effet inéluctable de détruire la nécessaire proximité territoriale des officines.

Ces deux politiques ne peuvent être menées simultanément. De plus, comme le dit l'Ordre National des pharmaciens, « *Il n'y a pas de médecin de grande surface, il n'y a pas d'infirmier de grande surface, il ne doit pas y avoir de pharmacien de grande surface !* » (78).

Les Français consomment trop de médicaments. L'objectif de santé, c'est la décroissance, non la croissance, et ce ne sont pas les grandes et moyennes surfaces qui vont dire « Consommez moins ! », mais au contraire, elles souhaitent que l'on consomme toujours plus.

En pharmacie, on ne remplit pas son caddie de médicaments, c'est le médicament qu'il faut, juste ce qu'il faut et quand il faut. Les espaces dédiés aux livres dans les grandes surfaces ne proposent que les Best-Sellers. Veut-on aussi les seuls Best-Sellers des médicaments ? Ceux qui font le plus de publicité ?

Les pharmaciens et les pharmacies sont, par le législateur, en situation de monopole en raison de trois valeurs majeures dans le monde de la santé :

- **Le Monopole du médicament** lui-même qui découle de la définition du médicament (article L. 5111-1 du CSP) (annexe A.8) et du Code de Déontologie.
- **Le principe de l'indivisibilité de propriété de l'officine** : Il résulte de la combinaison des articles L. 5125-17 et L. 5125-18 du CSP que le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire et que toute demande de (co-)propriété émanant d'une personne non diplômée se verra refusée.
- **L'installation réglementée des officines** : Les règles de transfert, de regroupement et de création d'une officine sont fixées par la loi (article L.5125-3 du CSP) pour répondre à des exigences de proximité et de service optimal rendu à la population résidente. Les quotas de population sont de 2500 habitants pour la première licence de la commune et 4500 habitants pour les suivantes.

Par dérogation (article L.5125-13 du CSP), le quota d'habitants pour la première officine est de 3500 pour l'Alsace, la Moselle et la Guyane et de 7500 pour Mayotte (Article L.5511-6 du CSP).

L'Ordre a pour rôle de veiller à l'honneur de la profession de Pharmacien et de rappeler ces valeurs à ceux qui voudraient aller à leur rencontre comme, par exemple, les pouvoirs publics cherchant à déstabiliser les officines. Il ne faut pas détruire la proximité humaine, notre société a besoin de ce lien social.

De plus, à force de vouloir faire des économies en modifiant le schéma de consommation des médicaments, la santé pourrait se retrouver menacée. Si les autorités de santé estiment qu'un produit vendu comme étant un médicament ne présente en réalité aucun risque, il conviendrait alors de lui retirer son AMM et il pourrait être vendu dans un magasin ordinaire. Tel n'est pas le cas de médicaments souvent cités comme l'aspirine, le paracétamol ou l'ibuprofène.

Puis, comment le suivi du patient pourrait être réalisé dans de telles conditions ? Quel temps et quelle place pour la confidentialité, les contre-indications, les vérifications, le suivi de clients anonymes et épisodiques ? Autant de questions qui restent sans réponse.

c.2) Le réseau officinal de proximité est en danger (80)(81)(79)(82)

En France, les officines constituent le dernier maillon d'une chaîne pharmaceutique. De plus, le pharmacien est un véritable lien entre le circuit du médicament et la chaîne des soins (médecins libéraux, praticiens hospitaliers, infirmiers ...) puisqu'il exerce son activité au sein du système de santé et participe, aux côtés de ses collaborateurs, à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients. Tout cela est rendu possible du fait de l'implantation des officines sur le territoire national, elles sont présentes dans chaque commune et leur facilité d'accès est l'un de leurs points forts.

Incontestablement, le pharmacien d'officine incarne le rôle de professionnel de santé de proximité, pilier majeur de son métier qu'il exerce avec passion. Grâce aux liens privilégiés qu'il entretient avec ses patients, il reflète l'image d'un professionnel qui leur est totalement dévoué et ceux-ci le lui rendent bien puisque ce sentiment du devoir accompli semble être partagé, d'une manière générale, par la population nantaise et ses alentours.

En effet, grâce à un sondage (annexe A.9), spécialement élaboré pour ce travail à l'aide d'un « panel » de réponses préalablement établi, nous avons interrogé une soixantaine de personnes afin de connaître leur ressenti quant à la façon dont leur pharmacien exerçait son métier.

Les résultats (annexe A.10) décrivent très nettement que les officinaux sont attentifs et à l'écoute de leurs patients, lesquels les trouvent également souriants et agréables (63%).

Bien que ces professionnels soient parfois trop discrets, peu expressifs ou, pour certains, trop commerçants, les patients soulignent volontiers leur professionnalisme, la qualité de leurs compétences ainsi que celle des conseils donnés (82%).

En ce qui concerne maintenant la structure des officines en elle-même, les personnes interrogées semblent plutôt satisfaites de leur contenu et affirment avoir suffisamment de choix vis-à-vis des produits proposés (73%). Toutefois, les avis divergent quant aux prix

affichés : Si pour certains ceux-ci sont trop élevés, pour d'autres ils restent raisonnables, tout dépend des moyens de chacun et de la somme qu'il est prêt à déboursier pour se procurer un produit adapté et de qualité.

Enfin, il ressort également de cette rencontre avec la population que, dans Nantes et sa région, les patients sont fidèles. Ils ne fréquentent habituellement qu'une ou deux officines différentes (78%) et cela est davantage vrai en ce qui concerne les pharmacies bien situées pour lesquelles le stationnement est facilité.

Ces résultats, bien que non validés statistiquement, renforcent donc l'idée que les pharmaciens d'officine sont des professionnels de santé dévoués et de qualité en qui la population a confiance. Les conseils et l'écoute apportés à chaque entrevue contribuent à renforcer leur statut de professionnels de santé, c'est d'ailleurs la principale qualité attendue et recherchée par les patients.

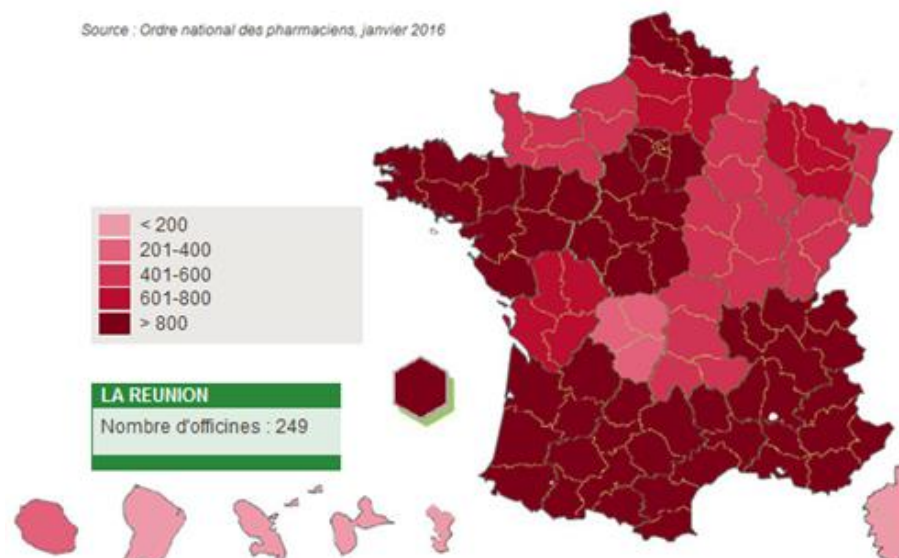
Mettre en danger ce réseau d'officines, qui s'est équipé d'outils performants pour répondre aux besoins de la population, c'est donc menacer l'exercice libéral de proximité des pharmaciens mais également de l'ensemble des professionnels de santé.

En effet, l'équilibre des interactions créées entre les différentes professions demeure primordial pour une bonne prise en charge du patient. Le réseau de proximité constitue le maillage de santé fondamental des Français : Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens d'officine, infirmiers et les autres professionnels de santé sont des acteurs de haute compétence, modernes, proches les uns des autres, ils travaillent en collaboration et, surtout, sont géographiquement proches des patients.

Si cette proximité n'inclut plus le pharmacien d'officine, qui sera en charge des personnes sortant de l'hôpital, des personnes âgées de plus en plus nombreuses, des futurs parents, des patients atteints de pathologies chroniques, des victimes d'accidents de la vie quotidienne ?

A elles seules, ces interrogations justifient de préserver le maillage territorial et de veiller à la bonne répartition des officines en fonction des besoins de la population. Cela nécessite une réelle action interprofessionnelle puisque les traitements actuels (et futurs) sont (et seront) de plus en plus complexes et techniques. Chaque professionnel de santé a donc sa compétence propre à apporter à l'édifice et pour permettre ces échanges, dans le cadre d'une prise en charge personnalisée du malade, il faut un réseau de proximité solide et efficient.

Maillage territorial des officines en France en Janvier 2016 :



c.3) La possible ouverture du capital pharmaceutique (83)(84)(81)(79)(82)

En Septembre 2014, parut le **projet de loi « Croissance et pouvoir d'achat »** (85)(86), à l'initiative de l'Inspection Générale des Finances (IGF), dans lequel était clairement mentionnée la possibilité d'ouvrir le capital (jusqu'à 50%) ainsi que le monopole des pharmacies.

Cependant, ces deux mesures étant totalement incompatibles avec le maintien de l'indépendance de la profession et surtout avec la qualité et la sécurité de la dispensation des médicaments, les pharmaciens n'ont eu d'autre choix que de manifester leur mécontentement et leur incompréhension à travers certaines mesures drastiques.

Ceux-ci ont donc appelé leurs confrères à fermer les portes de leurs officines le Mardi 30 Septembre 2014 dans le but de mettre en garde le gouvernement quant aux conséquences de ce projet de loi souhaitant réformer le fonctionnement de 37 professions dites « réglementées ».

Il est important de rappeler que les pharmaciens doivent être propriétaires des officines dont ils sont titulaires. Ainsi, inquiets quant à l'ouverture possible du capital de leurs structures, ils redoutent l'arrivée d'actionnaires non pharmaciens, et non professionnels de santé, à la tête de leur entreprise. Cette éventualité serait très dommageable pour la profession puisque l'activité des officines ne serait plus gérée que dans un intérêt économique, financier (« faire du chiffre ») et non plus guidée par sa vocation première, la santé publique et l'intérêt du patient.

Dans ce projet de loi, l'IGF prévoit également l'ouverture du monopole de délivrance pour les médicaments à prescription médicale facultative (PMF) et autres produits du monopole officinal. Cette mesure concerne les médicaments OTC (*Over The Counter*) tels que le Paracétamol, l'Ibuprofène ou bien l'Aspirine, mais aussi les antiseptiques, les anti-poux, les lecteurs de glycémie, le sérum physiologique et les produits de sevrage tabagique (formes orales et transdermiques). Elle devrait, selon le projet (83), apporter un gain de pouvoir d'achat aux consommateurs estimé à 550 millions d'euros, si l'on se base sur une baisse des prix de 20 %, et de l'ordre de 270 millions d'euros dans l'hypothèse d'une baisse de 10 %. En parallèle, la perte de chiffre d'affaires pour les pharmaciens serait de l'ordre de 1 à 2%.

En réaction à cela, la Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE, a expliqué dans une interview (87), le 26 Septembre 2014 sur BFMTV, qu'elle n'était pas favorable à la vente de médicaments dans les grandes surfaces afin de ne pas banaliser leur utilisation et leurs effets. En revanche, elle juge utile de se pencher sur le cas de certains d'entre eux et de réévaluer leur statut de « médicament », auquel cas il serait possible de voir certaines spécialités changer de statut pour pouvoir être vendues en supermarché (dentifrice Fluocaril®, pastilles Valda® ...), tout comme les dispositifs médicaux et les compléments alimentaires qui n'ont pas le statut de médicament mais que l'on retrouve en pharmacie.

Sur le plan européen, la Cour de Justice a tranché (79) : Elle prône la détention des officines par les pharmaciens et affirme qu'aucun autre dispositif ne permettrait d'obtenir le même niveau de protection des patients et de la santé publique.

Comme les 13 autres Etats Membres de l'UE, la France a toujours mis en avant l'indépendance du pharmacien en le plaçant directement comme un véritable garant de la sécurité des patients vis-à-vis des médicaments.

Ainsi, les pharmaciens français doivent être propriétaires de leurs officines et doivent le rester. Cette organisation structurale permet aux pharmaciens adjoints, ainsi qu'au reste de l'équipe, d'avoir à faire, lors de leur pratique professionnelle quotidienne, à un professionnel de santé responsable et non à un dirigeant dont la quête exclusive est de réaliser du chiffre ou bien à un actionnaire attendant de recevoir des dividendes.

Si cette indépendance est justifiée par les études pharmaceutiques suivies ainsi que par l'obtention d'un diplôme, elle l'est aussi par la nature de la structure dans laquelle exercent ces professionnels.

En effet, la dispensation du médicament doit s'effectuer au sein d'une officine directement gérée par un pharmacien afin de garantir un certain degré d'autonomie ainsi qu'une réelle organisation pharmaceutique mise en œuvre selon des critères propres à chaque titulaire. De cette manière, celui-ci dispose, par exemple, d'une liberté dans le choix des produits référencés dans sa pharmacie, et ce en fonction de ses convictions en matière de santé publique et non en matière de rentabilité.

Si cette organisation venait à être réformée, il serait judicieux que chacun se mette à la place du patient : (78)

Accorderions-nous pleinement notre confiance à un pharmacien salarié d'une structure non pharmaceutique et ne pouvant, sans mettre son emploi en péril, s'opposer aux instructions et aux directives essentiellement commerciales de son employeur (non professionnel de santé, actionnaire ...) ?

Cette situation reflète ce qu'il se passe actuellement au Royaume-Uni. De l'autre côté de la Manche, la quasi-totalité des pharmaciens sont salariés puisque la majorité des officines est sous le contrôle de grosses entreprises (voire des chaînes d'entreprises).

Un rapport de l'association Britannique des Pharmaciens Employés indique que sur la seule année 2010, elle a défendu ses membres dans plus de 3500 cas et plus de la moitié d'entre eux concernait des différends entre salariés et employeurs. Il s'avère que la cause principale de ces conflits était la santé des patients, chose dont les directives données par les employeurs non pharmaciens ne tenaient pas compte (ou pas suffisamment).

De plus, l'association a évoqué l'existence d'une forte pression pesant sur les salariés des officines pour atteindre les objectifs établis par les détenteurs du capital, toujours aux dépens de la sécurité du patient.

En effet, des effets indésirables et de mauvaises utilisations du médicament ont été, à maintes reprises, identifiés lors de la mise en place de « *Medication Use Reviews* » (MUR : Bilan personnalisé d'usage des médicaments) depuis 2006. Cependant, à défaut de rendre ces résultats publics et de les exploiter pour améliorer la prise en charge des patients du Royaume, il est arrivé qu'il soit ordonné aux pharmaciens de passer outre afin de ne pas prendre le risque d'amoindrir le profit de l'entreprise en suggérant, par exemple, la réduction du nombre de médicaments pris concomitamment par une seule et même personne.

Il est donc facile de comprendre et d'admettre les préjudices auxquels la France serait, indéniablement, confrontée si une telle mesure de réorganisation des officines était mise en place.

Rappelons que notre système de santé est le meilleur si l'on en croit les indicateurs de l'OMS. Est-il donc souhaitable et judicieux de chercher à le réformer pour le faire tendre vers un système existant déjà à l'étranger et qui est très loin d'avoir fait ses preuves en matière de Santé Publique ? La question reste en suspens au sein des pouvoirs publics français.

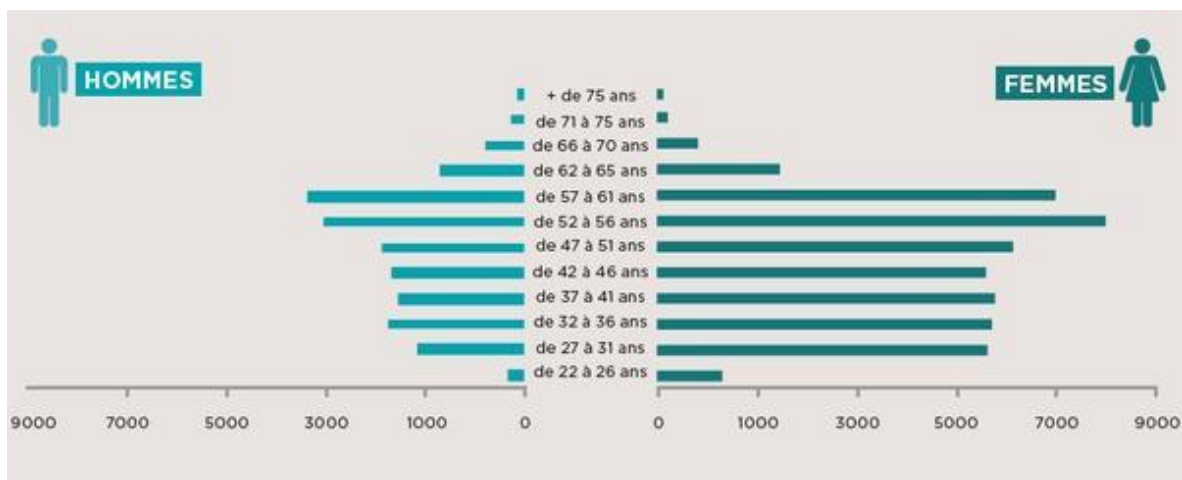
Sans prendre le risque d'inciter à la consommation médicamenteuse qui serait, comme expliqué précédemment, dommageable pour la renommée du pharmacien, il est toutefois important de rappeler que la vente des médicaments est en chute constante depuis quelques années dans les officines françaises. Les pharmacies sont en difficulté, une sur trois fonctionne avec une trésorerie négative.

La crise économique de 2008-2009, entre autres, à l'origine de ce désarroi, a pourtant moins impacté la Pharmacie que le reste des commerces (- 2,1% du chiffre d'affaires contre - 3,8%, d'après l'INSEE), mais peut-être a-t-elle été un élément déclencheur de cette baisse d'activité.

Ainsi, malgré un rebond du chiffre en 2010 (88), celui-ci peine à se redresser puisqu'en 2012 il n'était plus que de 0,1%. Les données présentées par Mr BLONDEL lors d'une formation à la CERP des Sorinières (Loire-Atlantique), le 14 Mars 2016, indiquaient même des chiffres d'affaires négatifs en 2013 et 2014 (- 1,3% et - 1% respectivement). Cela semble se répercuter, entre autres, sur la masse salariale au sein de chaque entreprise puisqu'à la fin de l'année 2013, l'Ordre National des Pharmaciens dénombrait 3720 pharmaciens intérimaires pendant que, quasiment 5000 confrères connaissaient le chômage.

c.4) Une profession devenue moins attractive (78)(81)(89)(90)

Le nombre de pharmaciens inscrits à l'Ordre augmente légèrement d'une année sur l'autre. Au 1^{er} janvier 2016, on compte environ 22 000 pharmacies. Cette augmentation est principalement imputable au retard des départs à la retraite, ainsi, en dépit de quelques indices positifs sur les tranches les plus jeunes, le vieillissement de la population pharmaceutique se poursuit inexorablement (annexe A.11).



Les plus de 60 ans représentent près de 10% de l'effectif total des pharmaciens et le nombre des plus de 56 ans a augmenté à nouveau de 4,5%, dépassant désormais la barre des 20 000 ce qui représente 27% de l'effectif total des inscrits. On notera également que plus de 2000 pharmaciens ont 66 ans ou plus (75% d'entre eux sont en officine), un chiffre qui a doublé en 10 ans.

Actuellement, un pharmacien sur trois a plus de 35 ans, l'âge moyen étant de 46,1 ans, et un bon nombre d'entre eux compte partir à la retraite dans les prochaines années (un titulaire sur trois a plus de 55 ans). Ce turn-over des générations s'inscrit dans tout ce qu'il y a de plus normal et ne devrait pas être problématique. Cependant, il en est autrement pour le secteur de la Pharmacie. En effet, l'Ordre National des Pharmaciens déplore un cruel manque d'attractivité des études et de l'exercice pharmaceutiques figurant en 4^e position des choix des étudiants en fin de PACES. Ceci remet alors directement en cause la relève des officinaux proches de la retraite qui pourrait, de ce fait, ne pas être assurée.

Ce manque d'attractivité ne touchant visiblement pas que les étudiants est également observé chez les jeunes diplômés (une enquête réalisée par le CNOP est détaillée dans la sous-partie II.e). D'après Mme ADENOT, « *plus d'un quart de ces jeunes (27%), qui ont fait six années d'études au minimum, finalement n'exercent pas le métier pour lequel ils ont été formés* » (91). On constate une baisse du nombre d'inscriptions en sections A (pharmaciens titulaires d'officines) et G (pharmaciens biologistes libéraux) et cela au profit d'autres domaines tels que le marketing, le contrôle de gestion etc. Cette « fuite » s'expliquerait par l'inquiétude et la lassitude provoquées par toutes les réformes et questionnements au sujet de la réglementation du médicament. Il ne faut pas se le cacher, la baisse importante du chiffre d'affaires que connaissent depuis quelques années les pharmacies de ville peut aussi en décourager plus d'un. A contrario, les effectifs des pharmaciens hospitaliers sont en hausse (+ 4,4% en 2013), sans doute parce que ce secteur fait moins polémique au sein des politiques et paraît donc plus « stable », plus « sûr » pour les jeunes diplômés.

c.5) Les conséquences d'une telle situation (91)

Les pharmaciens parlent de résultats en "*trompe-l'œil*".

Les officines sont toujours bien représentées sur le territoire français et, grâce à plusieurs lois, les pharmaciens restent les professionnels de santé les mieux répartis aujourd'hui : Avec en moyenne 35 officines pour 100 000 habitants, la répartition territoriale reste harmonieuse.

Jusqu'en 1941, l'installation des officines était totalement libre et chaque titulaire pouvait ouvrir son entreprise selon son gré, à l'endroit qu'il désirait. Cette liberté d'installation s'est vue, à terme, créer quelques disparités au sein du territoire puisque les pharmaciens s'installaient préférentiellement au centre des grandes villes dans le but de bénéficier de la proximité des prescripteurs d'une part, et de l'attractivité de la ville en elle-même (commerces, dynamique de la population urbaine ...) d'autre part.

Ainsi, afin d'améliorer cette répartition et de rendre plus équitable l'accès aux soins, aux conseils de santé, une loi fut instaurée le 11 Septembre 1941 (92). Ses mesures, toujours en place plus de soixante-dix ans plus tard, prévoyaient, entre autres, de limiter le nombre de pharmacies dans une même ville en fonction de l'importance de sa population.

Ce principe a été conservé et confirmé, quelques années plus tard, par l'Ordonnance du 23 mai 1945 (93) :

- L'ouverture d'une pharmacie, par transfert ou création, est possible dans les communes qui comptent plus de 2 500 habitants (3 500 en Guyane, en Moselle et en Alsace).
- Ensuite, l'ouverture et le transfert de nouvelles pharmacies sont autorisés par tranche de 4 500 habitants. Ainsi, une seconde pharmacie peut être implantée dans une commune qui compte plus de 7 000 habitants.
- L'implantation d'une pharmacie dans une commune de moins de 2 500 habitants n'est pas autorisée sauf si la commune a précédemment disposé d'une pharmacie qui desservait plus de 2 500 habitants.

Les jeunes (moins de 40 ans) en particulier privilégient les zones plus rurales, dans la moitié Nord de la France, l'Ouest normand ou le quart Nord-Est (Lorraine, Alsace, Bourgogne). A l'opposé, le Sud-Ouest, la Corse, le Centre et l'Ile-de-France se caractérisent par une moyenne d'âge élevée des titulaires d'officine.

Aujourd'hui, le maillage territorial de notre pays en officines est un maillage de très grande proximité. La France en est fière et y est très attachée. Toutefois, le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens discerne quelques signaux « inquiétants » pour l'avenir de la profession. (94)(95)

En effet, même si plus d'un tiers des pharmacies sont situées dans des communes de moins de 5000 habitants, la France est en retard sur ses voisins en termes d'effectif démographique : On dénombre une pharmacie pour 2900 habitants en France, soit un petit peu plus de trois pharmacies pour 100 Km², contre cinq en Allemagne et 15 en Belgique.

La France peine-t-elle réellement à suivre la cadence ou bien est-ce les autres pays qui font dans la démesure ?

Actuellement, les officines représentent encore le premier employeur de personnel de santé qualifié dans les zones rurales. Cependant, cet accès de proximité tend à se dégrader : Alors qu'autrefois jamais une pharmacie ne disparaissait, le secteur a enregistré un peu plus de 130 défaillances en 2014, une pharmacie fermait tous les trois jours. Certes, ce taux est très inférieur à celui que connaissent d'autres domaines d'activité en France mais il n'en demeure pas moins une nouveauté assez dramatique pour le secteur pharmaceutique qui n'avait jamais connu de telles pertes. La région la plus touchée est l'Île de France (avec la perte de 11 officines à Paris (75) et 9 dans les Hauts-de-Seine (92)). Si la capitale et ses alentours restent, malgré tout, bien desservis par le secteur pharmaceutique, il n'en est pas de même pour d'autres régions plus reculées telles que la Nièvre, la Bourgogne ou la Creuse qui souffrent, chaque jour un peu plus, de la désertification médicale.

Ce phénomène de désertification médicale est désormais bien connu et impacte de plus en plus la pharmacie car, s'il n'y a plus de médecin, la pharmacie meure. Ce constat démontre donc, une fois de plus, que l'automédication ne peut suffire à compenser la perte de produits remboursés et prescrits sur ordonnance. Les autorités se questionnent alors sur la possibilité de créer, sur certaines parties du territoire français, des maisons de santé rassemblant des professionnels de la médecine (médecins généralistes, médecins spécialistes, kinésithérapeutes, infirmières ...) dans le but de recréer un contexte propice à la survie des pharmacies.

Cette nouvelle pratique, encore à ses débuts, peine à se développer et n'est pas encore très répandue en 2015. C'est pourquoi, pour faire face aux difficultés économiques, les pharmaciens ont trouvé une nouvelle parade et optent de plus en plus pour le travail collaboratif.

En effet, entre 2000 et 2013, le nombre d'exploitations sous forme de SEL (Sociétés d'Exercice Libéral) a été multiplié par 20 (96). La création de ces sociétés illustre parfaitement les difficultés auxquelles sont confrontés les pharmaciens et reflète la nécessité des officines à se regrouper pour survivre (Cf. PARTIE III).

Bien que ces regroupements doivent veiller à ne délaisser aucune partie de la population, l'inquiétude continue de planer sur toutes ces villes isolées et les villages aux alentours qui se retrouvent sans médecin et, dans les pires situations, sans pharmacien. Dans ce contexte de désertification où l'offre de soins se raréfie et l'accessibilité se complique, chaque problème de santé devient donc inexorablement une source d'ennui majeure.

L'origine de ces fermetures : Détail du chiffre d'affaires des officines : (88)

Les pharmacies qui ont disparu récemment ont fermé en raison de leur fragilité économique. Ce ralentissement économique s'explique, en partie, par la baisse des prix des spécialités remboursables qui représentaient à elles seules près de 90% des dépenses de médicaments. La diminution des prescriptions et la baisse des prix entraînent une baisse du chiffre d'affaires et, par conséquent, de la marge du pharmacien.

À l'inverse, la part des ventes de médicaments non remboursables a progressé et atteint 12% des ventes en 2012. Le prix de ces produits est fixé librement par les entreprises pharmaceutiques. Lorsque des médicaments initialement remboursés deviennent non remboursables, ils subissent à la fois une augmentation du taux de TVA et une augmentation de leur prix de vente puisque les quantités vendues sont appelées à baisser après déremboursement.

En parallèle, la parapharmacie s'est beaucoup développée ces dernières années, jusqu'à atteindre 6% du chiffre d'affaires en 2012, et cela en particulier grâce à la branche « hygiène et beauté ». Même si ce marché reste largement dominé par les grandes surfaces et les parfumeries (54% et 23% respectivement contre 11% pour la pharmacie), les officinaux ont su s'imposer, grâce à leurs compétences et leur qualité de conseils, notamment en ce qui concerne les tracas dermatologiques (acné, rosacée, ichtyose, rides ...) et la petite enfance (préparations lactées infantiles, émollients, produits d'hygiène ...) (97).

Enfin, du fait du vieillissement de la population, le chiffre d'affaires des officines repose, de plus en plus, sur la dispensation de dispositifs médicaux et orthopédiques : Leurs ventes ont été multipliées par quatre en douze ans.

On comprend donc que la part financière que représente la vente des médicaments dans les officines n'est plus l'unique gagne-pain du pharmacien qui ne cesse alors de se former (DU orthopédie, formations AVENE, formations UTIP etc) afin d'être présent sur tous les fronts.

De ce fait, tout est mis en œuvre pour réussir à faire de cette situation défavorable (baisse des ventes/prix de médicaments) une réelle opportunité pour s'ouvrir vers d'autres horizons et exercer le métier de professionnel de santé dans d'autres domaines que le médicament et pour lesquels les patients sont tous aussi demandeurs.

➔ Qu'en est-il alors du métier de Pharmacien d'officine et de son devenir en 2016 ?

PARTIE II - Des réformes à l’origine d’un nouveau statut professionnel

1 – Le Pharmacien officinal, un maillon de plus en plus important dans le parcours de soins

a) L’évolution du métier de Pharmacien (98)(99)(100)(101)(102)

Depuis sa naissance à l’Antiquité avec la notion de *Pigmentarius*, vendeur d’épices, le métier de Pharmacien d’officine n’a cessé d’évoluer.

Comme l’explique Maurice BOUVET dans son ouvrage « *Histoire de la Pharmacie en France* », ce n’est qu’au VI^e siècle après J.C qu’apparaît la notion de **Pigmentarius** désignant « le marchand d’épices, l’épicier ». Ce terme va persister jusqu’au Moyen-Âge puisqu’à cette époque les épices, rares et très prisées, sont considérées comme des médicaments et sont retrouvées dans la plupart des préparations réalisées.

Au XIII^e siècle, les médecins, considérant que l’art de mélanger et de préparer des drogues nécessite une formation, décident de confier cet acte à leurs apprentis qui seraient plus dignes de l’effectuer. Ces **précurseurs des Apothicaires** remplaçant les Pigmentarii sont ensuite relayés par les véritables **Apothicaires** qui forgent, au fil des années, une profession de plus en plus scientifique.

Au XV^e siècle, durant l’ère des Temps Modernes, les Communautés corporatives remplacent les Confréries ou associations purement religieuses, l’art de soigner prend donc un aspect laïc. Au même moment, l’accès à la profession est restreint. En effet, la Communauté d’Apothicaires exige que la plus haute place à l’officine soit occupée par « un garçon issu d’une famille honorable dont les pères et grands-pères bénéficient de tout respect ». De plus, les examens et l’apprentissage du métier étant onéreux à l’époque, la famille de l’élève doit être aisée.

A ces débuts, l’Apothicaire n’était qu’un simple fabricant de remèdes, de médicaments, pour qui la chimie n’avait aucun secret. A cette époque, il était tenu d’exécuter l’ordonnance médicale telle quelle et certaines de ses activités/droits se rapprochaient de ceux que l’on connaît à l’heure actuelle. En effet, en cas d’absence d’une des spécialités prescrites, il pouvait la remplacer par une autre spécialité de même indication : On parle de « Qui pro quo », ce qui se rapproche de notre droit de substitution aujourd’hui.

En 1777, la **Déclaration Royale** de Louis XVI (103) reconnaît le Monopole de la vente des médicaments aux seuls membres du Collège Royal de Pharmacie. Cela marque alors l’officialisation de la Pharmacie comme une branche de la Médecine nécessitant des études et des connaissances approfondies.

L’organisation moderne de la pharmacie date de cette époque et, durant la période révolutionnaire, le mot « Apothicaire » laisse sa place à celui de « **Pharmacien** ».

Ce nouveau titre est tiré du grec « *pharmakon* » signifiant à la fois « remède » et « poison » et désignant celui qui connaît et détient des substances actives dont le pouvoir thérapeutique peut se doubler d’une certaine toxicité.

Cependant, il faudra attendre le début du XIX^e siècle (1803) pour voir paraître la première loi réglementant le métier d’officinal (104) avec, pour la première fois, la création de recueils de préparations qui demeurent assez succins à cause d’une véritable impuissance thérapeutique.

Ainsi, au fil des siècles, bien qu’interdits, les remèdes secrets prolifèrent, d’autant plus qu’il n’y a pas de définition stricte du médicament ni de police spécifique du médicament. A l’époque, on vendait donc plus du rêve qu’un produit pharmaceutique. Les pouvoirs publics tentèrent alors de moraliser, de réglementer le commerce des spécialités pharmaceutiques mais c’est grâce à Louis XV qu’une véritable Commission de contrôle des produits verra le jour.

Une autre faille persiste cependant : Jusque dans les années 1930, aucun outil ne permettait de mesurer et de quantifier le rapport bénéfice/risque des médicaments. Ce n’est qu’en 1940 qu’émerge la notion de statistiques qui, à travers de nombreuses expérimentations thérapeutiques, permettra au milieu médical de prendre conscience des risques réels des produits commercialisés et ainsi d’instaurer une véritable police sanitaire (101).

b) Un paradoxe

Quand il acquiert un statut professionnel et une reconnaissance (Loi de 1803, Chimie), son rôle diminue : Le Pharmacien d’Officine vend et ne prépare plus, il est parfois même qualifié de simple « épicier ».

En effet, les méthodes de fabrication des médicaments évoluent : En quelques années, on passe d’un préparatoire officinal à un atelier, à une coopérative puis à une usine de fabrication.

Jusque dans les années 40, la pharmacie d’officine se caractérisait par un exercice essentiellement technique qui consistait à préparer des médicaments à partir de matières premières en fonction d’une prescription pour un patient donné. Cette facette du métier a peu évolué depuis, seules la qualité et l’efficacité des produits utilisés ont été modifiées au cours du temps, au rythme du progrès de la science et notamment de la chimie.

Après les années 1940, l’industrie pharmaceutique s’est énormément développée ce qui a permis de mettre à disposition des pharmaciens d’officine des médicaments préparés à l’avance et directement prêts à l’emploi, on parle de « spécialités pharmaceutiques ».

Les présentations et formes galéniques se diversifient et devenant plus complexes, on comprend donc facilement que la préparation des médicaments se retrouve partagée entre Pharmaciens d’Officine et Pharmaciens Industriels. Les préparations à proprement parler, réalisées extemporanément par l’officinal dans son préparatoire, deviennent au fil du temps de plus en plus rares.

Ainsi, la multiplication des principes actifs et le nombre croissant de spécialités commercialisées ont entraîné une modification radicale de l’exercice pharmaceutique, devenant moins artisanal et plus commercial, mais nécessitant des compétences particulièrement pointues en matière de pharmacologie, de dosage, d’incompatibilités et de contre-indications.

c) Une notion inchangée au fil du temps

Une notion fondamentale reste inchangée : De par ses études de chimiste, le pharmacien demeure LE connaisseur/spécialiste du médicament. Depuis cette époque, ce rôle ne cessera d’être mis en avant pour justifier l’intérêt du métier qui est, surtout ces dernières années, trop souvent remis en cause.

En effet, en tant que spécialiste du médicament, le pharmacien est un maillon indispensable du Système de Santé et doit, au même titre que les autres professionnels, avoir une place bien définie au sein du parcours de soins. C’est pourquoi, depuis une dizaine d’années, les modalités d’exercice de la profession ainsi que l’environnement médical tout entier ont subi une mutation profonde.

La population française vieillit, de nouveaux champs d’activités s’offrent aux pharmaciens (l’orthopédie, le maintien à domicile ...). De même, la loi HPST du 21 juillet 2009 permet, chaque jour un peu plus, de construire les bases d’une évolution très forte du métier : Le pharmacien est dorénavant reconnu comme un professionnel de santé à part entière et est susceptible de participer aux soins de premiers recours ainsi qu’à l’éducation thérapeutique et à l’accompagnement des patients sous traitement chronique (patients sous AVK, patients asthmatiques ...).

d) Loi HPST et la reconnaissance du pharmacien (105)

d.1) Les objectifs de la loi

Créée en 2009 à l’initiative du pharmacien, et Ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, la Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) est un projet d’organisation sanitaire et non de financement. A terme, elle doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l’ensemble des besoins de santé. Elle redéfinit ainsi les rôles de chaque acteur de santé (hôpitaux, médecins, pharmaciens ...) et prône une meilleure coordination de ces derniers afin de replacer le patient au centre de toutes les préoccupations.

La loi HPST redessine le champ d’action des pharmaciens d’officine, ainsi, en plus de reconnaître le caractère essentiel et indispensable de nombreuses actions qu’ils menaient déjà au quotidien, elle offre de nouvelles perspectives à ces missions. En effet, ceux-ci possédant de nombreux atouts doivent être plus investis dans le parcours de soins du patient, leur action se situe désormais pleinement en complément de celle du médecin pour appuyer, renforcer les prescriptions et optimiser les traitements.

Cette loi n’a aucunement modifié les modes d’exploitation de la pharmacie.

En revanche, elle a très clairement mis en exergue la nécessité d’assurer la proximité d’un service de soins aux patients. Ainsi, suite au double constat de la désertification médicale et de la nécessité de réorganiser la chaîne de soins, le tout dans une logique de rationalisation des coûts, l’ensemble du pouvoir législatif français a remodelé l’organisation des professionnels de santé auprès du patient en intégrant le pharmacien d’officine comme un acteur essentiel, susceptible de devenir en pratique, un véritable pivot.

d.2) Les rôles fondamentaux du pharmacien d’officine

d.2.1. L’acte de dispensation (106)

La responsabilité première du pharmacien repose, bien évidemment, sur l’acte de dispensation que l’on distingue parfaitement de deux autres termes trop souvent confondus et mal appropriés :

- Distribution : Désigne un fait essentiellement commercial.
- Délivrance : Désigne la remise matérielle d’un produit.

Selon le Code de la Santé Publique (CSP) (107) : « *L’acte de dispensation désigne un processus d’analyse, de questionnement, de conseil et de suivi ; mais il est en droit et en fait caractérisé par une responsabilité décisionnelle. Son devoir de santé publique peut ainsi conduire le pharmacien jusqu’au refus de la délivrance d’un médicament, en cas de danger constaté ou pressenti, et en cas de contact ou d’accord impossible avec le prescripteur* ».

Ainsi, durant cet acte, le pharmacien doit, conformément aux textes réglementaires en vigueur, assurer dans son intégralité la dispensation des médicaments en y associant lors de sa délivrance :

- ✓ L’analyse pharmaceutique de l’ordonnance médicale si elle existe (validité, durée légale du traitement, possibilité de renouvellement, posologie ...).
- ✓ La préparation éventuelle des doses à administrer.
- ✓ La mise à disposition de conseils nécessaires au bon usage du médicament, et cela d’autant plus quand celui-ci ne requiert pas de prescription médicale.

Le conseil est LA valeur ajoutée du pharmacien d’officine. Chaque conseil doit être adapté, personnalisé et compris par le patient. Ainsi, dans les cas où il le juge nécessaire (traitements complexes, patients vulnérables ...), l’officiel peut proposer une formalisation et une édition sur papier de ses recommandations. Il peut également, en cas de polymédication compliquant l’observance thérapeutique du patient, lui suggérer un plan de prise sous forme d’un petit schéma simple et explicite si cela n’a pas déjà été fait par le médecin prescripteur.

Cette activité d’accompagnement du patient contrecarre l’image du pharmacien se limitant à une simple délivrance de médicaments. La déontologie exige que le professionnel veille à la qualité, à l’efficacité mais aussi à la sécurité de ce qu’il dispense. Pour chacune des ordonnances qu’il reçoit, le pharmacien a le choix de la dispenser ou non et est seul responsable de cette décision. Cette composante intellectuelle de la dispensation pharmaceutique différencie fondamentalement cette notion de celles de distribution et de délivrance que l’on a souvent tendance à confondre.

La mission de dispensation s’est fortement développée ces derniers temps dans une optique clinique, du fait notamment de la nature et de l’ampleur des risques iatrogènes dus à des médicaments de plus en plus efficaces et techniques, du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques, de la polymédication croissante et de la prise en charge complexe en ville de patients auparavant hospitalisés.

La dispensation nécessite, aujourd’hui, une réelle expertise, elle se doit d’être réalisée en coordination avec les autres professionnels de santé et cela peu importe :

- Le mode de dispensation du médicament (en officine ou en ligne)
- Le statut du médicament dispensé (soumis à prescription médicale ou non)
- Le lieu de dispensation (officine libérale, domicile du patient, établissement de santé public ou privé ...)
- Le statut des dispensateurs (pharmaciens libéraux ou hospitaliers, titulaires ou salariés ...)

Il est également bon de rappeler qu’aucun pharmacien exerçant en France n’est libéré de ses obligations déontologiques d’analyse, de conseil et d’orientation du patient sous prétexte que l’ordonnance émanerait d’un médecin d’un pays étranger (106).

d.2.2. Le suivi du patient

Dans un second temps, le pharmacien d’officine doit, dans la limite de ses compétences, participer au soutien et à l’accompagnement du patient en surveillant en permanence la qualité des soins et des informations délivrées. Pour cela, il s’engage à :

- ✓ Favoriser l’observance des traitements : Le pharmacien doit, lorsqu’il suspecte un problème d’observance (plaintes liées à l’état, fréquence anormale de renouvellement, retour de médicaments non utilisés), orienter avec tact le patient vers son médecin traitant.
- ✓ Prévenir les incidents ou accidents iatrogènes
- ✓ Développer l’Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- ✓ Exercer, autant que possible, en coordination avec les autres professionnels de santé

De plus en plus, les professionnels de santé sont appelés à travailler en collaboration afin d’élargir leurs compétences et leurs champs d’action, toujours au profit du patient et de l’efficacité du parcours de soins (Article 51 de la loi HPST).

Ainsi, considérant que le pharmacien d’officine peut être amené à délivrer des médicaments complexes et présentant des caractéristiques particulières en termes d’usage, de danger (interactions médicamenteuses, contre-indications) ou de surveillance, l’accès à diverses informations (données biologiques, historiques médicamenteux des hospitalisations ...) devrait lui être autorisé par les praticiens hospitaliers.

Nous verrons également au cours de ce travail que certaines parades existent pour faire face au manque d’information parfois rencontré puisque les pharmaciens ont à leur disposition différents outils pour sécuriser leur pratique officinale.

d.3) Les nouvelles responsabilités et les nouvelles missions

Comme défini précédemment, le pharmacien d’officine a pour missions, au sein d’un établissement pharmaceutique dédié, d’assurer la préparation (si besoin), la dispensation et la vente de produits de santé réglementés (médicaments, dispositifs médicaux ...). Depuis 2009 s’ajoutent à ces missions fondamentales et obligatoires des activités « optionnelles » prônant une meilleure prise en charge et un meilleur suivi du patient. Ces dernières doivent nécessairement être accomplies sous l’autorité du pharmacien titulaire ce qui implique que celui-ci les réalise lui-même ou bien qu’il veille à leur bon accomplissement par ses collaborateurs ou préparateurs.

Détaillons chacune de ces nouvelles missions.

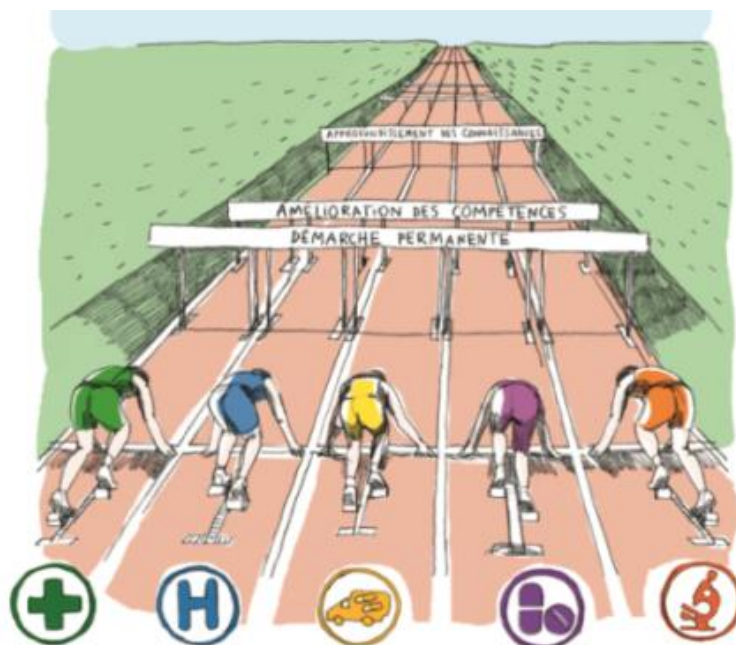
d.3.1. Approfondir et actualiser ses connaissances (108)(109)(110)(111)

Le Développement Professionnel Continu (DPC)

❖ Qu’est-ce que le DPC ?

Le DPC a été introduit par la loi HPST du 21 Juillet 2009. Depuis, ce dispositif s’adresse à tous les professionnels de santé et donc à tous les pharmaciens en exercice, quel que soit leur métier (officinaux, industriels, biologistes ...). Il a plusieurs objectifs : (112)

- L’évaluation des pratiques professionnelles
- Le perfectionnement des connaissances
- L’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- La prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.



Plus spécifiquement, pour les officinaux, il s’agit de :

- L’analyse des pratiques professionnelles
- L’acquisition ou l’approfondissement des connaissances et des compétences

❖ Des enjeux forts pour la profession :

La formation professionnelle est capitale, incontournable, surtout lorsqu’il s’agit de professions libérales se devant de répondre à des obligations réglementaires, éthiques et déontologiques de formation continue professionnelle que leur impose leur exercice.

En ce qui concerne le pharmacien, son rôle évolue dans le monde entier vers une optique de prise en charge interprofessionnelle et globale du patient. Cette dynamique sociétale faisant appel à des compétences accrues dans le domaine de la santé, chaque professionnel se doit de se former régulièrement afin de maintenir ses connaissances à jour dans le but d’offrir à chacun des patients des soins de qualité et ce en toute sécurité. Le monde de la santé est un monde d’exigences et les professionnels le constituant doivent être compétents et irréprochables.

Ainsi, afin de garantir la renommée et les compétences de ses professionnels de santé, la France a mis en place un nouveau système de formation continue, également appelé Développement Professionnel Continu (DPC).

Celui-ci est officiellement entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012 grâce à la publication au Journal Officiel du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 (113).

À l’évidence, le défi à relever vise l’intérêt des patients. Il en va aussi de la légitimité et de l’honneur de la profession pharmaceutique car le DPC, correctement suivi par les pharmaciens, contribue plus que jamais à affirmer qu’ils sont des experts du médicament et des professionnels de santé compétents tout au long de leur carrière. Acteurs essentiels de la « chaîne pharmaceutique », ils engagent leur responsabilité tout au long de la vie du médicament (recherche, production, distribution, dispensation en ville et en établissements de santé). Ils veillent à sa sécurité, sa qualité ainsi qu’à son bon usage.

Certes, ces professionnels sont dotés d’une solide formation initiale mais celle-ci se doit d’être constamment réévaluée et mise à jour afin d’être en accord avec les missions et les responsabilités demandées.

Actuellement, les compétences du pharmacien reposent sur 3 piliers :

- La formation initiale (6 à 10 ans)
- L’inscription à l’Ordre National des Pharmaciens
- Le nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC)

Le Développement Professionnel Continu peut également cibler d’autres points que les connaissances intellectuelles du personnel. Une pharmacie est une petite entreprise et le pharmacien titulaire, propriétaire de l’officine est un chef d’entreprise. Le DPC doit donc intégrer tout ce qui a trait au management d’une entreprise. Ainsi, un pharmacien qui se forme sur le management, sur la gestion ou la communication avec le personnel doit pouvoir valider ces formations au titre du DPC.

❖ Comment se former ? (108)(114)

Le pharmacien peut satisfaire à son obligation de DPC grâce à divers moyens : En effet, dès lors qu’il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel proposé par un organisme de DPC enregistré auprès de l’organisme de gestion du DPC (OGDPC), à l’instar par exemple de l’UTIP (115), le pharmacien valide une étape de son DPC.

Il remplit également son contrat s’il obtient, au cours de l’année civile, un diplôme universitaire évalué favorablement par la Commission Scientifique Indépendante (CSI) des pharmaciens en tant que programme de DPC.

Ces organismes, laissés au choix du pharmacien, sont évalués (au moins une fois tous les cinq ans) par la CSI sur leurs capacités pédagogiques, méthodologiques, les qualités et références de leurs intervenants ainsi que sur leur indépendance financière, notamment à l’égard des entreprises du secteur de la santé.

De son côté, la Haute Autorité de Santé (HAS) intervient pour établir les listes des programmes du DPC et réaliser des études d’impact vis-à-vis des objectifs prévus, en tenant compte des orientations du développement professionnel continu. Ces orientations sont initialement fixées à l’échelle nationale mais peuvent ensuite être déclinées à l’échelle régionale via les Agences Régionales de Santé (ARS).

Chaque programme de formation professionnelle continue doit être conforme à ces orientations.

Le Conseil National de l’Ordre des Pharmaciens (CNOP) qui est là pour accompagner les pharmaciens dans leurs démarches et pour contrôler leurs pratiques, vérifie au moins une fois tous les ans que tous ceux inscrits au Tableau de l’Ordre ont satisfait à leur obligation. Pour cela, il se base sur des attestations transmises par les organismes de DPC reconnus ou bien sur le diplôme obtenu.

Attention, il est important de rappeler que pour les pharmaciens non-inscrits au Tableau de l’Ordre et n’exerçant pas d’activité pharmaceutique (pharmaciens inspecteurs de Santé Publique, inspecteurs de l’ANSM ...), c’est l’employeur qui exerce les attributions confiées au CNOP.

Le pharmacien titulaire étant un chef d’entreprise, il a l’obligation de s’assurer que ses salariés remplissent également bien leur obligation de DPC. En effet, les préparateurs en pharmacie (hospitaliers et officinaux) ou les techniciens de laboratoire de biologie médicale, sont, comme les autres professionnels de santé, soumis aux mêmes exigences. Toutefois, les préparateurs sont rattachés aux structures DPC des paramédicaux. Ils ne sont donc pas dans les mêmes structures de formation que les pharmaciens ce qui n’est pas l’idéal pour une équipe qui doit travailler ensemble. Mais les programmes de formation veillent à ce qu’il y ait une bonne synergie dans les actions de DPC afin que tous puissent avancer dans la même direction.

Si l’obligation individuelle de développement professionnel continu prévue par le CSP n’est pas satisfaite, le CNOP demande au pharmacien les motifs du non-respect de cette obligation. Puis, en fonction des justifications données, il tranche sur la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC et notifie à l’intéressé qu’il devra suivre ce

plan. Si cela n'est pas fait, l'absence de mise en œuvre de ce plan est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle et pourra conduire à une sanction.

❖ Qui finance le Développement Professionnel Continu ?

La formation des pharmaciens d'officine est organisée et performante puisque cette profession libérale a la spécificité de compter de nombreux salariés. En effet, il y a environ 22 000 pharmacies d'officine en France et plus de 150 000 personnes travaillent dans celles-ci, dont près de 26 000 pharmaciens adjoints et 60 000 préparateurs en pharmacie. Les pharmaciens titulaires, quant à eux, représentent plus de 27 000 professionnels et sont propriétaires de leur pharmacie.

Il existe pour cela, en fonction du statut de chacun, différents organismes de financement du Développement Professionnel Continu et chacun a ses spécificités (114).

- **L'Organisme de Gestion du DPC** : (116)(117)

L'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC) finance la formation des pharmaciens titulaires, et uniquement les titulaires, qu'ils soient libéraux ou bien qu'ils exercent dans des centres de santé conventionnés. Les frais facturés par les organismes de DPC, les pertes de ressources ainsi que les autres frais induits par la participation à ces programmes seront pris en charge dans la limite de forfaits.

L'indemnisation des pharmaciens titulaires (pertes de ressources) est fixée à 165€ pour un seul programme d'une demi-journée en présentiel ou mixte (formations collectives), et à 330€ pour un programme non présentiel (e-learning par exemple).

La prise en charge globale maximum par programme et par participant est de 1 350 €.

Cette prise en charge comprend le paiement de l'ODPC et l'indemnisation éventuelle du professionnel de santé.

PROGRAMME PRESENTIEL ou MIXTE	PROGRAMME NON PRESENTIEL
Forfait de base ODPC / participant / <u>programme</u> = 135 € Forfait ODPC / ½ journée / participant = 138,70 €	Forfait ODPC / étape / participant = 113,70 €
Indemnisation pharmaciens / ½ journée = 165 €	Indemnisation pharmaciens / <u>programme</u> = 330 €
Principe de prise en charge: - minimum : 1 demi-journée - maximum : 2 jours (soit 4 demi-journées)	Principe de prise en charge: - minimum : 3 étapes - maximum : 7 étapes

- **ACTALIANS** : Anciennement Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales (OPCA-PL)

Pour les pharmaciens adjoints et les préparateurs en pharmacie, le financement est assuré par ACTALIANS via les abondements des pharmaciens titulaires à l'organisme collecteur (118).

Les taux de contribution des pharmaciens pour la formation continue de leur personnel ont été revus, ceux-ci avaient été définis dans la loi du 5 Mars 2014 (119) mais un arrêté datant de Mars 2015 (120) étend ce texte :

- Si l’officine emploie moins de 10 salariés, le titulaire devra verser : (121)
 - 0,55 % du montant des rémunérations versées pendant l’année en cours.
- Si l’officine emploie plus de 10 salariés, le titulaire devra verser :
 - 1 % du montant des rémunérations versées pendant l’année en cours.

En parallèle, les centres hospitaliers universitaires (CHU) doivent consacrer au moins 0,5 % du montant des rémunérations des pharmaciens qu’ils emploient au financement des actions de DPC (109).

Pour les autres établissements publics de santé, cette proportion s’élève à 0,75 %.

Attention, contrairement à l’OGDPC, ACTALIANS refuse tout financement des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) pourtant obligatoires pour que les professionnels de santé salariés puissent valider leur DPC. Le reste à charge des professionnels de santé salariés pour les inscriptions reçues à partir du 1^{er} Mars 2015 a donc dû augmenter afin de prendre en compte la lourde charge de travail représentée par les EPP.

En ce qui concerne les pharmaciens titulaires, l’OGDPC a reconduit pour début 2016 ses barèmes 2015, lesquels évitent tout reste à charge (122).

d.3.2. L’Education Thérapeutique du Patient (ETP) (123)

➤ Pour qui ? Dans quels but ?

L’Education Thérapeutique s’inscrit dans le parcours de soins du patient et les pharmaciens d’officine y contribuent dans le cadre de leurs missions (Article 84 de la loi HPST). Elle peut être proposée dans des situations de maladies aiguës, en particulier celles qui nécessitent une adhésion à un traitement médicamenteux prolongé. De même, elle doit être proposée à toute personne, ayant une maladie chronique, quel qu’en soit le type, le stade ou l’évolution. C’est un processus permanent, qui doit être adapté à l’évolution de la maladie et au mode de vie du patient et faire partie de la prise en charge à long terme.

Cette pratique n’est pas libre puisque des modalités ont été fixées par décret (n° 2010-904) le 2 Août 2010 (124). De plus, pour veiller au bon déroulement de celle-ci, il est important de suivre les recommandations internationales et nationales. Pour cela, chaque programme d’ETP proposé aux patients est élaboré conformément à un cahier des charges national et donne lieu à la création d’un programme personnalisé pour chaque malade demandeur de conseils. Ces recommandations précisent également que l’individualisation des compétences à acquérir par chaque patient doit tenir compte :

- Des impératifs du traitement et des soins, et de la prévention des complications évitables
- De la situation pathologique et du pronostic de chaque patient
- Des connaissances, croyances et compétences préalables propres au patient
- De l’état émotionnel du patient et de son degré d’acceptation de la maladie

L’ETP doit être structurée et pluridisciplinaire. Elle va donc modifier la relation des professionnels de santé avec le patient et la relation des professionnels entre eux. On notera pour cela que la coordination entre la ville et les établissements de santé est à organiser, afin d’assurer la continuité, la cohérence et l’évaluation des messages éducatifs. Le pharmacien est totalement dans le cadre de ses compétences pour mettre en place, en coordination avec les autres professionnels de santé, une démarche éducative complète au sein de son officine.

➤ **Les missions du pharmacien d’officine :**

❖ Sensibiliser/ informer le public et promouvoir la prévention et le dépistage :

Le pharmacien a un rôle important à jouer dans l’information, la prévention et le dépistage des maladies. Il peut s’y impliquer notamment en :

- Participant aux campagnes de sensibilisation et d’information sur des sujets de santé publique.
- Transmettant des informations scientifiquement validées sur les moyens de prévention, sur les maladies ... en ayant le souci de délivrer un message adapté et accessible au public. La remise personnalisée de brochures d’information peut être très utile pour renforcer les messages de santé.
- Relayant les campagnes de dépistage des maladies (diabète, cholestérol, HTA, insuffisance rénale, BPCO ...)
- Repérant les personnes à risque et en les orientant vers une consultation médicale.

❖ Aider le patient à la compréhension de sa maladie et de son traitement :

Pour être observant et prendre son traitement correctement, il est indispensable que le patient comprenne sa maladie, l’action des médicaments prescrits et le but dans lequel ils sont donnés. Ces informations sont données, dans un premier temps, par le médecin traitant/prescripteur puis doivent être rappelées par le pharmacien. Un patient ne retiendra jamais l’ensemble des informations dites à l’oral c’est pourquoi il est important de les répéter aussi souvent que possible.

Le contenu des renseignements donnés doit être adapté au patient, à ses besoins, ainsi il convient d’évaluer, au préalable, ce que celui-ci connaît déjà de sa maladie, de son traitement afin de renforcer ou de rectifier ses connaissances.

Il est également recommandé au professionnel de santé d’utiliser certains outils visuels tels que des dessins, des schémas, des brochures d’information etc, pour aider à la compréhension. On s’assurera ensuite de cette bonne compréhension en demandant au patient de reformuler les informations transmises.

❖ Promouvoir le bon usage du médicament :

Lors de la dispensation, le pharmacien doit :

- Expliquer les modalités de prises des médicaments et vérifier la bonne compréhension du schéma de prises.
- Pour les maladies chroniques longtemps asymptomatiques (HTA, diabète de type 2, hyperlipidémie, glaucome à angle ouvert ...) : Insister sur la nécessité d'une prise régulière des traitements, même si le patient ne ressent pas de symptôme.
- Sensibiliser le patient aux risques de la prise de médicaments en dehors de tout conseil pharmaceutique ou médical (automédication).
- Apprendre au patient à faire face aux effets indésirables : L'éduquer à la reconnaissance des effets indésirables, l'informer sur les moyens de diminuer le risque de leur survenue, lui expliquer la conduite à tenir s'ils surviennent etc.
- Faciliter l'organisation pratique de la prise des médicaments : Elaborer avec le patient un plan thérapeutique personnalisé, clair et détaillé en y intégrant ses contraintes et ses habitudes de vie.

❖ Apprendre et renforcer les techniques particulières de prises de certains médicaments :

Il est essentiel d'expliquer au patient comment utiliser correctement les médicaments nécessitant une technique d'administration particulière (instillation d'un collyre, inhalation d'un médicament antiasthmatique ...).

En effet, certains patients ont tendance à remettre en question l'efficacité d'un traitement dès lors que celui-ci n'aboutit pas au résultat escompté alors qu'il est pris « comme indiqué sur l'ordonnance ». Il est très fréquent que les médecins n'expliquent pas/ne réexpliquent pas ces modalités de prise, il est donc du ressort du pharmacien de le faire.

Pour cela, mieux qu'un discours, une démonstration suivie d'un essai par le patient lui-même est préférable afin de veiller aux bons gestes d'utilisation et de les corriger si besoin est. La technique n'étant pas acquise une bonne fois pour toutes, le pharmacien se devra de vérifier régulièrement les modes de prise des médicaments auprès de ses patients.

❖ Aider le patient à l'apprentissage de l'auto-surveillance :

Le pharmacien jouant un rôle important dans l'apprentissage de l'auto-surveillance de la maladie et de ses traitements est tenu de :

- Eduquer le patient à l'auto-mesure : La délivrance d'un dispositif d'auto-surveillance (lecteur de glycémie, auto-tensiomètre, débitmètre de pointe ...) doit systématiquement s'accompagner d'une information complète sur le mode d'utilisation de l'appareil ainsi que sur la fréquence et les conditions de mesure.
- Sensibiliser le patient à la reconnaissance des signes d'alerte : Pour sa sécurité, le patient doit pouvoir reconnaître les signes évocateurs d'un mauvais contrôle de la maladie, de la survenue d'un effet indésirable « majeur » d'un médicament etc et ensuite réagir de manière adaptée.

❖ Soutenir et accompagner le patient :

Du fait de sa proximité, de la fréquence des contacts et de la bonne connaissance des patients (et de leur environnement), le pharmacien occupe une place privilégiée pour les accompagner lors de l'annonce d'un diagnostic, au moment de la mise en route d'un traitement et tout au long de leur prise en charge, ou bien simplement pour les aider à faire face à certains événements difficiles de la vie.

A travers ces quelques rôles, il représente donc un soutien pour le patient (et ses proches) :

- Encourager le patient à exprimer ses inquiétudes, ses doutes et/ou ses difficultés liés à la maladie et à son traitement.
- Etre disponible et à son écoute, sans jamais émettre de jugement.
- Faire preuve d'empathie.
- Valoriser tous les efforts réalisés par le patient (même minimes) et l'encourager à continuer.
- Orienter, éventuellement, le patient vers une association de patients et/ou une structure d'éducation thérapeutique afin qu'il puisse y trouver des réponses plus adaptées, plus approfondies.

➤ Où se former à l'ETP ?

Pour prétendre participer à l'Education Thérapeutique du Patient, il est important que le professionnel de santé participe à des formations afin d'acquérir les compétences relationnelles, pédagogiques et méthodologiques nécessaires.

Il existe différents types de formations selon le niveau de compétences que l'on souhaite approfondir et mettre en œuvre dans la pratique à l'officine. En effet, cet apprentissage peut être réalisé grâce à des cursus universitaires/masters recensés par l'INPES ou bien par des organismes de formation continue spécialisés dans l'ETP parmi lesquels on retrouve, par exemple, l'IPCEM et EDUSANTE.

L'acquisition des connaissances nécessaires requiert une formation d'une durée minimale de 40 heures renfermant des enseignements théoriques ainsi que des mises en pratique. Depuis la réforme de la PACES en 2010, ces 40 heures sont intégrées au cursus pharmaceutique et ont lieu au cours de la 3^e et de la 4^e année d'études ce qui est un vrai plus pour les futurs diplômés.

d.3.3. Améliorer la qualité et la sécurité du suivi du patient et de ses traitements

❖ Le Dossier Pharmaceutique (DP) : (125)

Comment est né le Dossier Pharmaceutique et quelles sont ses finalités ?

Dans tous les établissements de santé aujourd'hui c'est l'approche clinique qui prime, le patient est au centre de toutes les préoccupations et les soins qui lui sont proposés sont de plus en plus spécifiques et personnalisés.

Considérant que l’exercice professionnel du pharmacien est dédié à la protection de la santé du patient, l’idéal serait que le point de départ de toute prise en charge soit la connaissance du profil exact du patient ainsi que de ses besoins réels.

De cette évidence est né le Dossier Pharmaceutique : Celui-ci découle du projet de DMP (Dossier Médical Personnalisé) mais est plus adapté au pharmacien puisqu’il permet de mettre les technologies à son service et lui donner une vue globale des traitements pris par les patients afin d’améliorer les performances de son exercice.

Depuis sa création grâce à la loi du 30 Janvier 2007 relative à l’organisation de certaines professions de santé, cet outil est devenu essentiel et incontournable puisque, comme l’explique Isabelle ADENOT, Président du Conseil National de l’Ordre des Pharmaciens : *« Le Dossier Pharmaceutique (DP) répond aux grands enjeux sanitaires actuels, à savoir le bon usage du médicament, la coordination entre professionnels de santé, le décroisement ville-hôpital, les gestions de crises sanitaires, les ruptures d’approvisionnement, l’amélioration de la couverture vaccinale ... Il témoigne de la volonté des pharmaciens de contribuer concrètement à résoudre des problèmes de Santé Publique ».*

Dans un premier temps, le DP a pour but de **sécuriser la dispensation des médicaments** puisqu’il permet de recenser, pour chaque bénéficiaire de l’Assurance Maladie qui le désire, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois qu’ils soient prescrits par un médecin ou non. Lors de chaque dispensation, le pharmacien peut ainsi prendre connaissance de l’historique médicamenteux du patient et empêcher toute délivrance de médicament susceptible d’interagir de façon néfaste avec un autre produit déjà en cours d’utilisation. De ce fait, il aide le professionnel à agir efficacement contre l’iatrogénie médicamenteuse.

Depuis la mi-Mai 2015, les données concernant les vaccins délivrés sont disponibles pendant 21 ans et celles relatives aux médicaments biologiques pendant 3 ans (126). Le DP permet donc également d’améliorer le suivi de la vaccination. A ces délais s’ajoute une durée d’archivage par l’hébergeur de 32 mois supplémentaires. Au terme de ce délai, les données sont détruites par l’hébergeur.

Dans la foulée, l’Ordre des Pharmaciens annonce qu’un nouveau système informatique fera bientôt son apparition et celui-ci permettra, dès l’ouverture du DP d’un patient, de rapprocher son historique médicamenteux avec les recommandations vaccinales des autorités de santé. Cependant, aucune date précise n’a été communiquée.

Le DP permet également une **meilleure coordination des soins ville/hôpital** ainsi qu’un véritable partage d’informations. En effet, depuis Octobre 2012, les pharmaciens des PUI (Pharmacies à Usage Intérieur) peuvent aussi accéder à cet historique et cela dans les mêmes conditions qu’à l’officine. En complément, de début 2013 à Décembre 2015, une expérimentation a ouvert l’accès du DP à certains médecins hospitaliers tels que des anesthésistes-réanimateurs ainsi qu’à des médecins exerçant dans des structures d’urgence et dans des structures de médecine gériatrique (126).

Enfin, la base anonyme de cet outil permet de **contribuer au suivi sanitaire**. En effet, la loi du 29 Décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé permet au Ministre de la Santé, à l’ANSM et à l’InVS (Institut de Veille Sanitaire) d’accéder, sur demande et pour des raisons de Santé Publique, aux données

anonymes du DP. Ces statistiques constituent un outil d’aide à la décision, dans la mesure où elles offrent une meilleure visibilité de la situation sanitaire de la population. Ce processus est sécurisé puisque ni l’Ordre, ni personne, n’a accès aux données nominatives du dossier.

Trouver des solutions novatrices pour promouvoir la Santé Publique et sécuriser la chaîne du médicament fait partie des missions de l’Ordre. Aujourd’hui, le DP est un outil précieux au service des patients, un tremplin vers de nouvelles avancées. Il est surtout le signe de la capacité et de la volonté de modernité des pharmaciens.

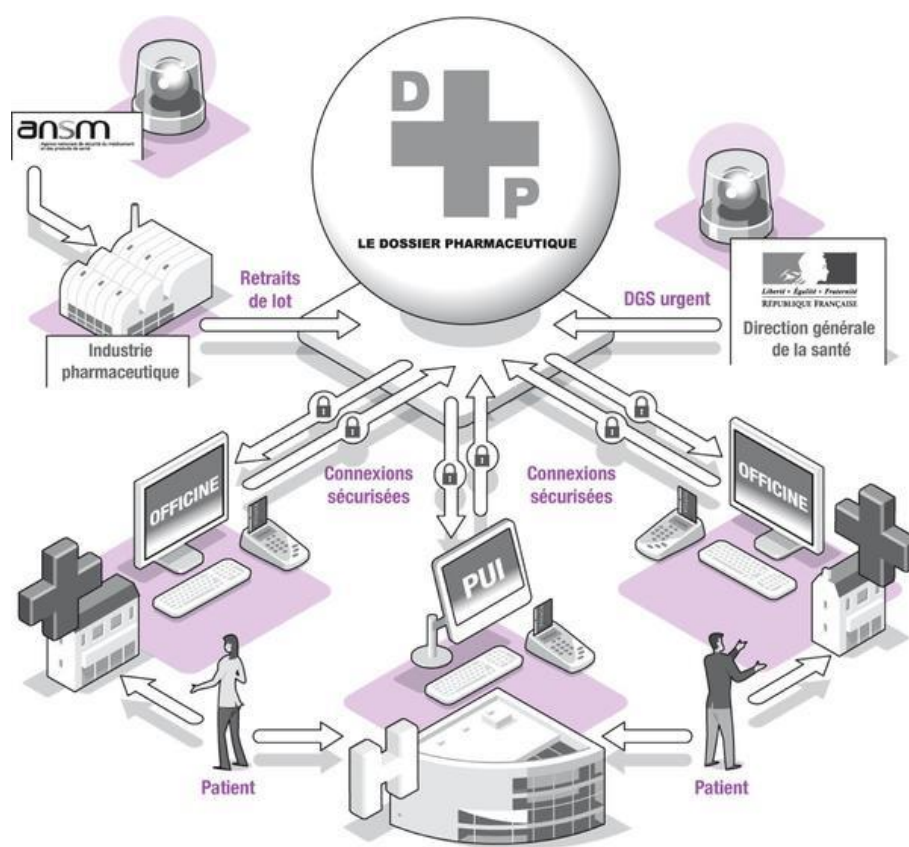
Comment ouvrir un Dossier Pharmaceutique ? (106)(127)

Considérant que le Dossier Pharmaceutique est un outil professionnel de partage d’informations dédié au suivi individualisé de la consommation médicamenteuse du patient qui y consent dans les conditions prévues par la réglementation, et considérant aussi que ce suivi est décisif pour la sécurité des dispensations ultérieures, le pharmacien devrait s’efforcer de convaincre le patient, toujours avec tact, de l’intérêt d’ouvrir son DP ainsi que de l’alimenter régulièrement.

Chaque patient désirant ouvrir un DP doit simplement se rendre dans une pharmacie de ville (n’importe laquelle, pas forcément celle dans laquelle il a l’habitude d’aller) ou dans un établissement de santé équipé.

Dès lors, grâce à sa carte vitale, le pharmacien identifie le patient et lui crée un DP en un seul clic. Si le bénéficiaire a des enfants mineurs, il est également possible d’ouvrir un DP pour chacun d’entre eux.

Cet outil est gratuit et simple d’utilisation, sa consultation est rapide et vraiment pratique : Les données parviennent au pharmacien en moins de trois secondes.



Les limites du Dossier Pharmaceutique :

Bien que très utile au pharmacien et au patient lui-même, il peut être difficile d’ouvrir un dossier dans les cas suivants :

- Non obtention de l’accord du patient qui n’y voit pas d’intérêt ou bien qui ne souhaite pas être « fliqué ». Cet accord peut également être compliqué à obtenir en ce qui concerne les enfants dont les parents veulent « protéger les données ».
- Maison de retraite : Communication, compréhension parfois difficiles et passage obligé par la tutelle des résidents ce qui peut prendre du temps.
- Méconnaissance du droit de retrait d’une ligne : Tous les patients ayant un dossier pharmaceutique peuvent demander lors de chacune de leur visite à la pharmacie à ce que telle ou telle délivrance n’apparaisse pas sur le DP. Aucune inscription n’est donc réalisée à leur insu, ils gardent le contrôle des informations qu’ils décident de partager.

❖ Le Portail DP : (126)

Le Portail « Dossier Pharmaceutique » contribue, au même titre que le DP classique (ci-dessus), à renforcer la qualité de prise en charge du patient en améliorant la sécurité du circuit du médicament.

Il permet, d’une part, de **relayer en temps réel les alertes sanitaires et les rappels de lots** : Depuis Juillet 2010, l’Ordre des pharmaciens peut diffuser en quelques minutes une alerte sanitaire à l’ensemble des pharmacies raccordées au Dossier Pharmaceutique, en métropole ou dans les Départements d’Outre-Mer (DOM). Il est possible, si besoin, de cibler les pharmacies par zone géographique. Le message d’alerte s’affiche sur tous les postes informatiques de toutes les pharmacies, en ville et à l’hôpital, et pour poursuivre l’activité en cours, le personnel doit obligatoirement, sur chaque poste, prendre connaissance du message puis le valider pour qu’il disparaisse. Un accusé de réception est ensuite envoyé au serveur du Portail DP, afin de suivre et mesurer la prise en compte de l’alerte sanitaire.

Concernant les rappels et retraits de lots, depuis Novembre 2011, ceux-ci sont transmis aux pharmacies via le Portail DP, selon les mêmes modalités que pour l’envoi des alertes sanitaires. Les pharmaciens, ainsi avertis en temps réel (24/24 heures et 7/7 jours), peuvent retirer de la vente, sans délai, les médicaments concernés.

Le Portail DP permet également de **signaler aux pharmaciens les difficultés d’approvisionnement** en vue d’une meilleure anticipation et d’une meilleure réactivité de ces derniers pour satisfaire les besoins du patient.

Depuis Mars 2013, plus de 200 pharmaciens et 67 laboratoires ont expérimenté le signalement de ruptures d’approvisionnement au pharmacien responsable du laboratoire concerné, à l’ANSM ainsi qu’à l’Agence Régionale de Santé (ARS) dont ils dépendent. Ce dispositif, actuellement en cours de généralisation, permet de relayer l’information entre les différents acteurs concernés afin de trouver plus facilement, et surtout plus rapidement, une solution pour le patient. Certains officinaux peuvent signaler automatiquement les médicaments en rupture directement depuis leur système informatique (logiciel métier : LGPI, Opus, Winpharma, Périphar, Esculape ...) sans aucune saisie manuelle ce qui rend alors la démarche encore plus simple.

❖ Le Dossier de suivi pharmaco-thérapeutique : (106)(128)

Le partage d’informations entre professionnels de santé est en phase de devenir l’un des atouts majeurs de notre système de soins. Cependant, même s’il tend de plus en plus à se développer, il est encore parfois difficile pour les pharmaciens d’officine d’accéder à certaines données. Pour contrer ce manque d’informations, ceux-ci peuvent dorénavant, dans les conditions prévues par la loi et dans l’attente d’outils interprofessionnels dédiés, développer des outils complémentaires de suivi du patient propres à leur officine : **Dossier de suivi pharmaco-thérapeutique**.

Ce nouveau support, réalisé en lien avec le médecin traitant et avec l’accord du patient, vient compléter le Dossier Pharmaceutique (DP) de l’assuré. Que celui-ci soit fidèle à une officine ou non, chacune d’entre elles peut, toujours avec un accord préalable, enregistrer les délivrances au sein du DP et y ajouter des informations qui lui sont propres (chaque officine possède ses informations respectives et aucune d’entre elles n’est partagée).

Le dossier de suivi doit obéir aux règles de finalité (amélioration des soins), proportionnalité (seulement des données pertinentes), transparence (consentement éclairé du patient) et confidentialité (secret professionnel).

La mise en place de ce nouvel outil permet de répondre à un besoin particulier de suivi notamment du patient âgé, polymédiqué, sorti de l’hôpital, ou encore traité par des médicaments à marge thérapeutique étroite, dans le but d’évaluer et optimiser les stratégies de traitement et leurs schémas posologiques.

Il peut comporter toute information d’origine administrative, médicale, biologique convenue avec le médecin prescripteur ou avec le pharmacien hospitalier, ainsi que toute observation pharmaceutique nécessaire à la validation des ordonnances, au conseil approprié et au suivi d’observance. Le dossier de suivi peut aussi servir de support à l’éducation thérapeutique du patient.

❖ Le pharmacien correspondant : (129)(130)

D’après le décret 2011-375 du 5 Avril 2011, la mission de pharmacien d’officine correspondant s’inscrit dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé issus de la loi HPST de 2009 : « *Les professionnels de santé peuvent s’engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d’opérer entre eux des transferts d’activités ou d’actes de soins ou de réorganiser leurs modes d’intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience* ».

Partant de ce principe, les acteurs de notre système de santé ont pensé qu’il serait judicieux qu’à chacune de ses hospitalisations ou à chacun des soins le nécessitant, le patient désigne un pharmacien d’officine correspondant en relation avec le pharmacien de l’établissement l’ayant pris en charge et ayant initié le traitement devant être dispensé ultérieurement en secteur ambulatoire.

Il est question également que le pharmacien choisi comme référent par le patient puisse participer à des réunions de concertation (pluridisciplinaires ou non) en vue de favoriser ses connaissances et donc sa pratique.

Cette nouvelle notion de « Pharmacien correspondant » s’ancre aussi dans le cadre du suivi pharmaceutique des malades chroniques. Ainsi, le pharmacien peut désormais suivre un patient asthmatique, diabétique, cancéreux, hypertendu, hypercholestérolémique, hypertriglycéridémique, atteint du VIH, de broncho-pneumopathie chronique obstructive, etc. Il peut également s’impliquer dans ce suivi grâce au renouvellement de l’ordonnance entre deux consultations médicales, avec ou sans adaptation des posologies, et toujours en accord avec le médecin prescripteur.

La Loi HPST part du constat que les officinaux sont aujourd’hui les professionnels de santé les plus proches des patients, les pharmacies sont réparties sur tout le territoire et assurent un maillage optimal. Elle est donc une véritable chance que le pharmacien doit saisir afin de rebondir dans une période économique particulièrement difficile, dans l’objectif d’optimiser son outil de travail tout en recentrant ses activités sur le cœur de son métier : Le patient.

On peut ainsi dire que la continuité des soins, la coopération entre les professionnels de santé et la coordination des soins sont les idées maîtresses des dispositions ayant donné naissance au « Pharmacien correspondant ».

Comment devenir pharmacien correspondant et que cela signifie-t-il ?

Les pharmaciens correspondants (titulaires d’une officine ou bien adjoints) sont désignés directement par le patient grâce au CSP indiquant que « *Les pharmaciens d’officine peuvent être désignés comme correspondants au sein de l’équipe de soins par le patient* ». Cette démarche est donc à l’initiative du malade mais l’accord du professionnel de santé demeure indispensable.

Comme tout pharmacien, et en application de l’article L. 5125-1-1 A du Code de la Santé Publique (CSP) (131), le Pharmacien correspondant a les missions suivantes :

- Contribuer aux soins de premier recours : Prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients, dispensation et administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux.
- Offrir un conseil pharmaceutique, orienter le patient dans le système de soins et participer à l’éducation pour la santé. Il participe aussi à la mission de service public de la permanence des soins.
- Concourir aux actions de veille et de protection sanitaires organisées par les autorités de santé.

A ces missions obligatoires s’ajoutent des missions spécifiques ancrées dans un protocole relatif aux maladies chroniques. En effet, le pharmacien correspondant peut, à la demande du médecin ou avec son accord :

- Renouveler périodiquement un traitement.
- Ajuster la posologie au vu du bilan de médication qu’il a effectué.

Le protocole détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée, sachant que la durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder 12 mois.

La prescription médicale ainsi rédigée doit comporter des informations spécifiques :

- Posologies minimales et maximales
- Durée totale du traitement comprenant les renouvellements
- Nature éventuelle des prestations à associer à la délivrance de certains produits (bilan biologique, suivi chez un cardiologue etc).

Le protocole prévoit également des **bilans de médication** à effectuer par le pharmacien correspondant.

Ces bilans comprennent l’évaluation de l’observance et de la tolérance du traitement ainsi que de tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole.

Le rôle du pharmacien correspondant est de recenser les effets indésirables et d’identifier les interactions avec d’autres traitements en cours dont il a connaissance. S’il relève un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d’être dû à un médicament qu’il a délivré, il doit le déclarer aussitôt au CRPV, Centre Régional de Pharmacovigilance (article R. 5121-170 du code de la santé publique) (132).

Puis, il communique le bilan effectué au médecin prescripteur et mentionne le renouvellement de la prescription sur l’ordonnance.

En cas d’ajustement de la posologie, le pharmacien correspondant précise sur une feuille annexée à l’ordonnance datée et signée, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ainsi que la nouvelle posologie ou le nom du produit concerné associé éventuellement à une prestation. Il indique sur l’ordonnance la présence de la feuille annexée.

Le pharmacien exerce donc ici un véritable rôle d’accompagnement et de suivi en prenant le relai de la prise en charge du patient tout en veillant, à chaque fois que cela est nécessaire, à solliciter le reste de l’équipe soignante afin que tous les membres avancent dans une seule et même direction, vers un seul et même objectif : La sécurité du patient.

❖ Pharmacien coordonnateur de soins :

Il y a eu une véritable évolution de la demande de soins au cours des 15-20 dernières années, on est passé d’une demande de soins centrée sur une maladie aiguë à une demande majoritairement axée sur la maladie chronique liée au vieillissement. En effet, la société a beaucoup changé, elle a vieilli, l’espérance de vie des français a gagné 15 ans depuis 1950 (133), les maladies chroniques sont de plus en plus fréquentes et le coût hospitalier a explosé.

Notre système de prise en charge hospitalière est donc apparu mal adapté pour certains groupes de maladies chroniques. On fait face, aujourd’hui, à une remise en cause de l’hospitalo-centrisme et l’organisation des soins fait appel, désormais, à la participation active des réseaux de soins développés dans une perspective de suivi ville-hôpital. La prise en charge des malades devient alors de plus en plus ambulatoire ce qui nécessite de réorganiser totalement les pratiques professionnelles.

Qu’est-ce que la coordination des soins ?

Chaque patient a le droit aux meilleurs soins possibles et peut participer au choix de son traitement. Dans la pratique, ce droit doit parfois faire face à des obstacles, des difficultés puisque tous les patients n’ont pas la volonté ou bien ne disposent pas de capacités suffisantes pour l’exercer et prendre les décisions adéquates.

De plus, chaque malade étant unique, la prise en charge de chacun nécessite une approche adaptée à ses besoins, à ses caractéristiques tant sur le plan intellectuel (connaissances, compétences ...) que sur le plan psychologique (gestion des émotions, soutien psychologique ...).

Habituellement orchestrée par les infirmières en collaboration avec les médecins traitants, et toujours avec l’accord du patient, la coordination des soins permet de simplifier l’organisation de la continuité des soins spécifiques au traitement du malade. Que ce soit à son domicile ou bien dans l’enceinte de structures spécialisées, c’est en quelques sortes le passage de relai entre une équipe soignante hospitalière (établissement public ou privé) et une équipe soignante de ville, et vice versa.

Comment se déroule la coordination des soins ? (134)

La coordination des soins se met en place à travers un réel **Plan Personnalisé de Santé (PPS)** pouvant s’appliquer dans toutes les situations où un travail formalisé entre acteurs de proximité est utile (médecins traitants, médecins spécialistes, infirmiers libéraux, pharmaciens ...). Il participe à la prise en charge pluri-professionnelle dans un contexte de coopération aucunement hiérarchique. Il prend ainsi en compte toutes les dimensions de la prise en charge des patients : Médicale, psychologique et sociale.

Le Plan Personnalisé de Santé (PPS) en 10 points clés :

- Désigner un coordonnateur du PPS (il doit pouvoir être joint facilement par la personne et son entourage).
- Identifier les situations à problèmes sur la base d’une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne.
- Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible.
- Recueillir les préférences et attentes du patient et en tenir compte.
- Négocier des objectifs communs avec le patient.
- Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs.
- Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions.
- Déterminer des critères permettant d’évaluer les processus et les résultats.
- Fixer des dates de révision des interventions.
- Organiser des procédures d’alerte en cas de problème intercurrent en s’appuyant sur les personnes de l’entourage, les aidants et le personnel des services d’aide à domicile.

Cette méthode de prise en charge pluridisciplinaire est souvent mise en œuvre dans le cas de malades chroniques vulnérables accumulant plusieurs facteurs néfastes au bon déroulement de leur traitement. On peut citer par exemple les personnes âgées aux capacités cognitives diminuées, les sujets polymédiqués ou bien les personnes isolées vivant seules, en situation de fragilité et sans aide ni soutien psychologiques.

Tous les professionnels de santé doivent se coordonner entre eux, avec un projet médical commun partagé par tous puisque chaque métier a son rôle à jouer.

Le pharmacien, dans sa mission primordiale de délivrance des médicaments, accompagne toute dispensation de conseils et d’explications au patient vis-à-vis de son traitement. Par ailleurs, sa connaissance du malade et de ses proches le place dans une situation privilégiée pour l’accompagner puisqu’il détient des informations que les autres professionnels n’ont pas toujours.

La coordination des soins apparaît comme indispensable à l’activité de certains réseaux de soins tels que les réseaux de gériatrie, de greffes et d’oncologie faisant de plus en plus souvent appel aux soins ambulatoires (maintien à domicile, développement des anticancéreux oraux ...) (Annexe A.12). En effet, à chaque prescription et de façon systématique, une infirmière appelle le patient concerné et entame avec lui l’organisation de la suite de sa prise en charge comprenant divers professionnels de santé parmi lesquels on retrouve le pharmacien. Ce dernier reçoit un double de l’ordonnance comportant les dates de soins ainsi que la prescription et les renouvellements éventuellement nécessaires. Un courrier est également transmis au médecin traitant du patient.

Le pharmacien peut aussi intervenir dans la coordination hôpital-ville. En effet, une meilleure organisation entre l’hôpital et la ville s’impose avec pour objectif d’améliorer la prise en charge du patient en travaillant sur les points critiques que sont l’entrée à l’hôpital et le retour à domicile.

- A l’entrée du patient : Sur prescription médicale et avec l’accord du patient, le pharmacien hospitalier se charge de récupérer l’historique médicamenteux du patient auprès de son pharmacien habituel, via la messagerie sécurisée.
- Lors de l’hospitalisation : Dans le dossier patient informatisé, un volet est consacré au dossier pharmaceutique, il permet à l’équipe pharmaceutique de recueillir toutes les informations utiles à une meilleure dispensation. Une synthèse est disponible à la fin du séjour.
- A la sortie du patient : La veille du jour de sortie, le pharmacien hospitalier communique à son collègue libéral choisi par le patient la synthèse du dossier pharmaceutique et les éléments de la prescription de sortie = Conciliation médicamenteuse.

Pour assurer la bonne sécurité du patient après sa sortie, le pharmacien se doit d’être formé (DU Maintien à domicile) afin de pouvoir anticiper la mise à disposition de matériels et la mise en place du traitement. Il serait donc souhaitable qu’à l’avenir l’hôpital partage avec le pharmacien de ville des protocoles « OMEDIT » (Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l’Innovation Thérapeutique) de bon usage d’administration des médicaments, aérosolthérapie, anticancéreux par voie orale, nutrition, oxygénothérapie, gériatrie, pédiatrie, antibiotiques ...

Ce schéma de coopération interprofessionnelle permet :

- D’améliorer la prise en charge du patient en termes de sécurité et de qualité
- D’optimiser le travail de chaque intervenant
- D’éviter des hospitalisations ou des ré-hospitalisations, grâce au repérage des facteurs d’aggravation ou de décompensation.

Le patient ne doit jamais rester seul face à sa problématique de santé.

Le pharmacien, acteur de proximité, est capable d’aller au-delà de l’analyse d’une ordonnance lorsqu’il reçoit un patient. Il a une vision très globale et très personnalisée de celui-ci et est ainsi souvent le premier à découvrir et à pointer du doigt les problèmes de prise en charge (mauvaise observance, renouvellements tardifs ou trop rapprochés, mauvaise compréhension du schéma de prises, état général du patient ...). Il se doit alors, de façon spontanée et systématique, d’avertir le médecin traitant du malade ou bien directement un cadre de santé à l’hôpital s’il le juge nécessaire.

De cette manière, le pharmacien d’officine exerce un véritable rôle de coordonnateur de soins au sein du système de santé français.

❖ Pharmacien à domicile : (135)(136)

Pour qui ?

Une personne âgée consomme en moyenne entre 8 et 10 médicaments par jour : Un pour une pathologie cardiaque, un pour la tension artérielle à prendre à jeun ou en mangeant, un pour aider à dormir à prendre une heure avant de se coucher ... Ce n’est donc pas toujours évident de s’y retrouver, surtout quand les ressources du patient ne sont pas optimales. Une des solutions imaginées par le pharmacien d’officine a donc été de rendre visite à ces personnes isolées et trop souvent impuissantes face à la bonne maîtrise de leur traitement.

Objectifs ?

La visite du pharmacien à domicile est un outil, ce n’est pas une fin en soi, elle ne remplace pas la consultation médicale. Elle est particulièrement utile pour les sujets en perte d’autonomie et n’ayant pas accès à une officine. Dans ce cas, il y a donc un intérêt certain à aller vérifier que le patient ait un usage sécuritaire de ses médicaments et que leur utilisation soit optimale. L’aspect éducatif est très important, les malades doivent savoir comment et pourquoi ils doivent prendre tel ou tel produit. Les visites à domicile permettent également au pharmacien de veiller à la bonne tolérance des médicaments et de soulever, le plus tôt possible, la présence d’un quelconque effet indésirable pouvant mettre en péril l’observance des patients.

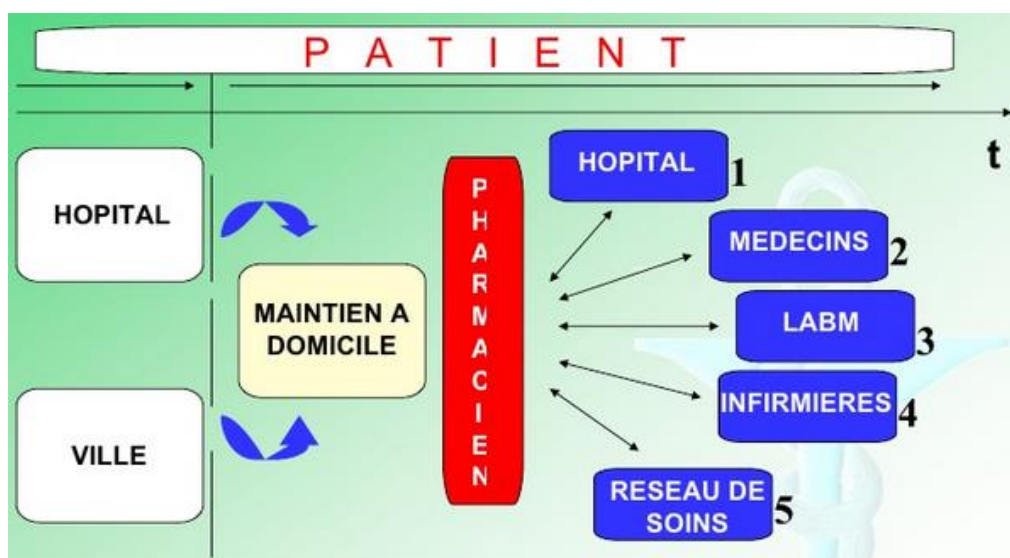
Le contexte réglementaire : (137)(138)(139)

Le rôle du pharmacien au chevet des patients est énorme et grandira encore dans les années à venir du fait du vieillissement de la population et de l’avancée des déserts médicaux. C’est pourquoi, le législateur lui permet, dans les articles L. 5125-25 et R. 5125-47 à 52 du Code de la Santé Publique (CSP), de « *dispenser des médicaments à domicile lorsque l’état du malade le requiert* » (âge, situations géographiques particulières ...).

Cependant, bien qu’autorisée par le CSP, cette pratique ne peut se faire n’importe comment et doit respecter certaines règles dictées dans ce même ouvrage :

- Le portage à domicile de spécialités pharmaceutiques doit être effectué à la demande d’un patient et sous pli scellé.
- Ce portage se justifie lorsque le patient est dans l’impossibilité de se déplacer ou non.
- Le CSP prévoit expressément la possibilité de livrer une commande en dehors de l’officine par « toute autre personne » que le pharmacien en paquet scellé portant le nom et l’adresse du patient.

Le pharmacien, un véritable pivot dans la prise en charge de la trajectoire du patient : (135)



Placé au centre de toutes les actions menées et au plus près du patient, la visite du pharmacien d’officine au domicile de ce dernier consiste en une véritable aubaine pour l’amélioration de sa prise en charge. Combinée à celle du médecin, de l’infirmière, du kinésithérapeute etc, la venue du pharmacien doit permettre, à terme, au sujet de rester à la maison le plus longtemps possible et de bénéficier d’une qualité de soins similaire à celle qu’il aurait pu trouver dans un établissement.

Attention, la dispensation à domicile ne doit pas être confondue avec la livraison à domicile ! (140)

La **dispensation à domicile** est exécutée dans les mêmes conditions de rigueur qu’à l’officine. Elle est faite par un pharmacien, ou par un préparateur après vérification par le pharmacien. Le pharmacien doit s’assurer de la compréhension de la prescription par le patient et que toutes les instructions nécessaires à une bonne observance aient été données.

La **livraison à domicile** est faite par un intermédiaire mandaté par le patient. Cet intermédiaire n’est pas forcément un professionnel de santé. La livraison, encore appelée « portage », est autorisée par la loi sous le respect de conditions précises (paquets conformes, transports sécurisés ...).

Quelles sont les compétences exigées du pharmacien ? (140)

Les soins à domicile demandent l’acquisition d’une compétence technique et de conseils plus importante. Cette compétence peut s’acquérir à la faculté lors de la préparation du Diplôme Universitaire (DU) « Maintien et soins à domicile » représentant environ 100 heures (programme en annexe A.13).

Le pharmacien d’officine est impliqué différemment selon qu’il s’agit d’un Maintien A Domicile (MAD) ou d’une Hospitalisation A Domicile (HAD). La différence est surtout administrative, en fonction des implantations régionales. La prise en charge d’un patient hospitalisé se distingue des soins habituellement dispensés à domicile par leur complexité et leur fréquence.

Le MAD concerne les patients atteints de maladies chroniques relevant de soins complexes, suivis par leur médecin traitant. La prise en charge dépend des professionnels exerçant en ville, parfois en coordination avec des réseaux dédiés : SIDA, Cancer, Alzheimer ...

Le pharmacien s’avère être un véritable coordinateur dans le maintien de ces patients à domicile en ce qui concerne :

- Les biens (médicaments, dispositifs médicaux ...)
- Les services (aides ménagères, financements-paiements ...) : Il n’existe pas aujourd’hui d’harmonisation dans l’organisation des services du maintien à domicile.
- Les soins (hôpital, laboratoires d’analyses biomédicales, médecins, réseaux de soins)
- Au sein des réseaux de gérontologie

La HAD, quant à elle, concerne des patients atteints de maladies graves, aiguës ou chroniques, et pris en charge par l’hôpital et par le personnel de l’établissement (infirmières, aides-soignantes). La première délivrance des médicaments (parfois les suivantes pour certains traitements) est faite par la pharmacie hospitalière. C’est le médecin responsable de l’établissement de soins de suite qui formule la demande de prise en charge. Le médecin traitant et le pharmacien de proximité y sont associés. Les soins sont assurés pour une période limitée et révisable en fonction de l’état de santé du patient.

Les visites à domicile sont un phénomène encore marginal en 2015 mais la volonté des pharmaciens d’aller vers ce modèle est bien présente.

Se pose actuellement la question de mettre en place un système de visites à domicile qui soit compatible avec notre système de santé. Devrait-on envisager que des pharmaciens de la pratique privée aillent au domicile des patients et soient ensuite rémunérés à la consultation ou bien devrait-on plutôt recourir à des pharmaciens, payés pour leur travail d’ensemble et provenant de centres d’aide à la personne au même titre que les aides ménagères par exemple ?

e) La nouvelle Convention du 4 Avril 2012 et ses propositions (141)

La nouvelle Convention Nationale des pharmaciens a été signée le 4 Avril 2012 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF). Publiée au Journal Officiel du 6 Mai 2012, elle est entrée en vigueur le 7 Mai 2012.

Tout comme la loi HPST, la nouvelle Convention constitue un véritable pilier dans l'évolution de la profession de pharmacien d'officine. En effet, en s'inscrivant dans la continuité de la maîtrise médicalisée de 2004 et de la loi HPST de 2009, elle réaffirme certaines volontés des pharmaciens, telles qu'être reconnus en tant que professionnels de santé avec tout ce que cela engendre (nouvelle rémunération, honoraires de dispensation ... Cf. *Partie IV de ce travail*) et renforce la mise en place de mesures telles que la dispensation des génériques ou encore les entretiens pharmaceutiques, en redéfinissant leurs modalités de mise en œuvre.

e.1) Réaffirmer les priorités de l'acte de dispensation

Lorsqu'il dispense des médicaments, le pharmacien est tenu de veiller à la prévention du risque iatrogène. Cette prévention passe, bien évidemment, par une extrême vigilance quant au bien-fondé de l'ordonnance présentée mais également par le contrôle du dossier pharmaceutique du patient. Afin de faciliter le suivi thérapeutique de chaque individu, il est important de garder une certaine logique de dispensation lors des renouvellements successifs et cela passe, en partie, par la stabilité des médicaments génériques délivrés, d'autant plus chez les sujets de plus de 75 ans.

Ainsi, dans la nouvelle Convention de 2012, les pharmaciens s'engagent à ce que 90% de ces derniers n'aient qu'une seule marque de génériques délivrée afin d'éviter tout risque de confusion. Ceci ne dispense cependant pas le professionnel de santé d'appliquer toutes les modalités liées à la substitution, à savoir l'inscription du nom du princeps sur l'emballage, la notification de la substitution sur l'ordonnance etc.

La dispensation des génériques concerne également le reste de la population puisque la Convention prône plus que jamais, le développement de la substitution. Pour cela, elle tend à valoriser l'engagement de la profession dans la délivrance de médicaments génériques en l'intégrant à la rémunération sur objectifs et en renforçant, en parallèle, le dispositif « tiers payant contre générique ».

**e.2) Renforcer le suivi et l'accompagnement thérapeutique du patient :
Les entretiens pharmaceutiques**

Un rôle de prévention et de promotion de la santé :

Le pharmacien d'officine, maillon indispensable du parcours de prise en charge du patient, possède aujourd'hui, règlementairement, un espace de confidentialité (ou à défaut, une salle d'orthopédie aménagée) dans lequel il peut recevoir les malades et s'entretenir avec eux.

L'instauration de ce réflexe « Patient-Officine » doit permettre d'éviter des consultations médicales inutiles grâce à la compétence d'un professionnel de santé disponible. Il s'agit également de favoriser l'accès sans contrainte à un professionnel reconnu, pour enrayer

l’automédication du patient et ainsi lutter contre le mésusage du médicament, souvent inefficace et dangereux.

Ainsi, la réalisation récente d’entretiens pharmaceutiques permet de sécuriser la prise en charge du patient et est proposée systématiquement, à chaque initiation de traitement (AVK, antiasthmatiques ...) ou bien quand le pharmacien le juge nécessaire (en cas de mauvaise observance thérapeutique ou d’aggravation de la pathologie par exemple). Bien souvent, les patients sont raisonnables, ainsi quand on leur explique que le non-respect de certaines règles pourrait entraîner un danger pour leur santé, ils se montrent consciencieux et assidus vis-à-vis de leur traitement. A ce titre, le pharmacien exerce un véritable rôle de prévention et de promotion de la santé.

Ce rôle passe également par la réalisation de certains actes qui peuvent être pris en charge par le régime obligatoire lorsque leur pertinence génère des économies (90) : Test d’angine, contrôle de la glycémie ... D’autres domaines mériteraient également de figurer sur cette liste :

- Sevrage tabagique
- Conseils et délivrance des médicaments à prescription facultative
- Contrôle de tension, de glycémie, adaptation de la posologie des AVK
- Conseils à l’amélioration de l’Indice de Masse Graisseuse (surpoids et obésité)
- Conseils aux voyageurs (vaccination et prévention)
- Conseils et prescriptions pour les personnes dénutries (compléments alimentaires)
- Gestion de l’armoire à pharmacie du patient
- Conseils aux sportifs
- Conseils aux jeunes mamans (allaitement ou adaptation des laits maternisés)

❖ **Le suivi des patients sous anti-vitamine K (AVK) : (142)(143)(144)**

Un entretien pharmaceutique est proposé par le pharmacien aux patients souffrant d’une maladie chronique, plus particulièrement d’asthme ou de pathologies nécessitant la mise en place d’un traitement par anti-vitamine K (anticoagulant).

Cet entretien constitue l’un des principaux moyens permettant à l’officinal d’assurer une prise en charge personnalisée et optimale de ses patients puisqu’il a pour buts de :

- ✓ Renforcer les rôles de conseil, d’éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients
- ✓ Valoriser l’expertise du pharmacien sur le médicament
- ✓ Evaluer la connaissance par le patient de son traitement
- ✓ Rechercher l’adhésion thérapeutique du patient et l’aider à s’approprier son traitement
- ✓ Evaluer, à terme, l’appropriation par le patient de son traitement

Concernant les patients sous anti-vitamine K (AVK), ils sont plus d’un million à être traités chaque année par des anticoagulants oraux et, depuis plus de quarante ans d’utilisation, ces médicaments constituent le traitement anticoagulant de référence pour de fréquentes pathologies. Le suivi des malades, dont l’âge moyen est de 73 ans et qui sont à 75% fidèles à leur pharmacie, constitue un véritable enjeu de Santé Publique. En effet, bien que leur traitement soit indispensable, il exige toutefois des précautions importantes. Ces médicaments à marge thérapeutique étroite nécessitent une surveillance renforcée en raison du risque hémorragique élevé qu’ils peuvent induire. On estime que, chaque année, les accidents iatrogènes liés à la consommation de ces médicaments sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès. Ils constituent à ce titre la première cause d’iatrogénie en France.

En Juin 2013, un Avenant N°1 à la Convention Nationale de 2012 a été signé afin de fixer les modalités de mise en œuvre du dispositif d’accompagnement des patients sous AVK ainsi que sa rémunération.

Les modalités de mise en œuvre :

L'Avenant N° 1 prévoit que « seuls les patients chroniques sous traitement par anti-vitamine K, pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois, sont éligibles à l'accompagnement. En d'autres termes, le pharmacien doit intégrer dans le dispositif des patients dont la durée de traitement de 6 mois ou plus est avérée ou le sera sans équivoque à la date à laquelle la situation de l'assuré sera appréciée pour la rémunération du pharmacien. Cette appréciation intervient sur la base des données de remboursement (en date de délivrance) dont dispose l'Assurance Maladie ».

Les patients concernés et préalablement ciblés par l'Assurance Maladie reçoivent un courrier d'information sur le contenu et les modalités de l'accompagnement qui les invite à solliciter le pharmacien de leur choix pour intégrer ce dispositif.

Le patient a le choix de participer ou non à ce programme. Il a également le libre choix du pharmacien qu’il souhaite désigner pour son accompagnement et peut, à tout moment, désigner un nouveau pharmacien, y compris au sein de la même officine, ou bien décider de se retirer du programme.

Cependant, avant d’initier toute démarche, le professionnel de santé est tenu de s’engager à respecter les principes suivants :

- Droits, devoirs et interdictions : Le pharmacien doit obtenir le consentement éclairé de l'assuré sur son intégration dans le dispositif d'accompagnement et s'interdire d'établir un diagnostic.
- Publicité et communication : Le pharmacien doit s'abstenir d'utiliser tout support publicitaire qui ferait référence à la rémunération qu'il perçoit de l'Assurance Maladie pour assurer la mise en œuvre de l'accompagnement.
- Continuité des services de l'officine : Le pharmacien doit veiller à garantir l'exercice personnel de sa profession. L'organisation de son officine doit ainsi lui permettre à la fois d'accomplir ses actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution et d'assurer l'accompagnement des patients.

Un bulletin d’adhésion formalisant l’intégration de l’assuré dans le dispositif d’accompagnement ainsi que l’engagement du pharmacien d’assurer cet accompagnement doit être signé.

Dès lors, l’entretien peut commencer.

Il doit avoir lieu dans un espace de confidentialité (*Cf. Partie III de ce travail*), dans lequel le pharmacien peut recevoir séparément les patients. La délivrance et l’explication de l’ensemble des informations relatives au traitement sont des éléments capitaux pour la bonne appropriation de celui-ci. Un patient bien informé étant plus observant, les entretiens pharmaceutiques favorisent donc également l’atteinte des objectifs thérapeutiques relatifs à la maladie.

Afin d’être menés à bien, ceux-ci se déroulent en plusieurs temps :

- ✓ **Un entretien à l’initiation du traitement par AVK.** Lors du premier entretien, le pharmacien peut être amené à prioriser les informations à délivrer. Des précisions seront apportées et des rappels seront effectués lors des entretiens ultérieurs.
Le pharmacien débute le premier entretien par le recueil d’informations générales relatives au patient. Il aborde ensuite les notions générales et fondamentales relatives au traitement proprement dit ainsi qu’à son suivi.
- ✓ **Au moins deux entretiens pharmaceutiques annuels**, au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient quant à son traitement. Plusieurs notions doivent être abordées donc il est possible (voire probable) que ce dernier ne puisse pas tout assimiler en une seule fois. Il convient également, pour cela, d’ajuster le niveau d’information en fonction de sa compréhension.

Voici quelques exemples de notions abordées pendant les entretiens pharmaceutiques AVK :

□ Notions relatives au médicament :

- Rôle de l’AVK et expliquer pourquoi le traitement a été prescrit
- Notion de marge thérapeutique étroite
- Risques hémorragiques et thrombotiques en cas de sur- ou sous-dosage.
- Posologie prescrite
- Risque d’interactions médicamenteuses avec d’autres traitements : Attention à l’automédication !

□ Notions relatives au bon déroulement du traitement :

- Nécessité d’informer tous les professionnels de santé de la prise d’un traitement par AVK.
- Le patient doit toujours porter sur lui la carte mentionnant qu’il prend un traitement par AVK (carte figurant au dos du carnet d’information remis par le médecin, le biologiste ou le pharmacien).
- Contre-indications des injections intramusculaires. Les injections sous-cutanées sont autorisées.

- Horaires d’administration à respecter
 - Que faire en cas d’oubli ? Prise autorisée dans un délai de huit heures, sinon sauter la prise et prendre la prochaine à l’heure habituelle d’administration. Ne jamais doubler la dose pour compenser la dose manquée !
 - Importance de l’observance et de la surveillance du traitement.
 - Expliquer ce qu’est l’INR et informer le patient des valeurs cibles qu’il doit atteindre.
 - Rythme et horaires des contrôles de l’INR : L’INR doit être contrôlé régulièrement et mesuré, si possible, par le même laboratoire, à une fréquence déterminée par le médecin. En début de traitement, cette surveillance est plus régulière afin de permettre de trouver la dose d’AVK qui convient, c’est-à-dire celle qui permet d’obtenir à plusieurs reprises l’INR cible. Quand cette dose est déterminée, la fréquence des contrôles diminue progressivement. Des prises de sang doivent toutefois être réalisées au moins une fois par mois afin d’éviter le surdosage ou le risque de thrombose du fait d’un sous-dosage.
Chaque oubli de prise doit être signalé lors du contrôle de l’INR et doit être notifié dans le carnet de suivi du patient.
- Notions relatives à la surveillance et à l’apparition de signes évocateurs d’un surdosage :
- Signes les plus inquiétants : Sang dans les urines, crachats sanglants, saignement persistant ...
 - Signes trompeurs : Fatigue, essoufflement, pâleur, céphalées résistant aux antalgiques habituels ...
- Notions relatives à l’alimentation :
- Aucun aliment n’est interdit mais l’apport en vitamine K doit être régulier et sans excès afin de ne pas perturber l’INR.
 - Aliments les plus riches en vitamine K : Brocolis, choux, choux fleurs, épinards, laitue, tomates ...

Durant ces moments privilégiés, en plus des conseils et de toutes ces notions abordées, le pharmacien doit également avoir le réflexe de consulter les résultats des prises de sang afin de s’assurer que ceux-ci soient en adéquation avec le traitement et sa posologie. En cas de besoin et avec l’accord du patient, le médecin prescripteur pourra être contacté. Si ce dernier le juge nécessaire, une modification de la prescription sera effectuée.

Pour faciliter le bon déroulement de ces entretiens, des supports validés par l’Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) et la Haute Autorité de Santé (HAS) sont mis à disposition du pharmacien :

- Un guide d'accompagnement : Support pédagogique, référentiel pour mener à bien l'entretien et assurer un accompagnement optimal.
- Une fiche de suivi de l'entretien : Support d'échange avec le patient permettant d'assurer la traçabilité et le suivi des entretiens. Le pharmacien tient cette fiche à la disposition du service du contrôle médical.

Grâce à la fiche de suivi (annexe A.14), au cours ou au terme de chaque entretien, le pharmacien apprécie l’appropriation par le patient des informations essentielles. Pour cela, il lui pose des questions et complète les réponses si nécessaire. En fonction des connaissances de son interlocuteur, il attribue des qualificatifs aux thèmes abordés :

- *Acquis (A)* → La notion est parfaitement intégrée et le patient est capable de la restituer avec ses propres termes ainsi que de la mettre en pratique.
- *Partiellement Acquis (PA)* → Le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises sur le sujet.
- *Non Acquis (NA)* → Le patient ne sait rien sur le sujet.

Cette évaluation lui permettra, d’une part, de vérifier que le sujet ait bien compris les notions abordées le jour-même, puis d’autre part de prendre note des lacunes persistantes afin de mieux appréhender le prochain entretien. A l’issue de l’entretien, le pharmacien peut également juger opportun de contacter le médecin ou de conseiller au patient d’aller le consulter s’il se rend compte que le traitement n’est vraiment pas adéquat.

Bien que ces entretiens représentent une avancée majeure dans le suivi thérapeutique du patient et dans la sécurité des soins qui lui sont apportés, l’Assurance Maladie déplorait en Février 2015 que ceux-ci s’essouffaient. En effet, le règlement des entretiens pharmaceutiques AVK s’est élevé à 3 millions d’euros en 2014 (environ 136€ par pharmacie soit une moyenne de 3-4 patients/officine) alors que l’enveloppe budgétaire accordée à ce programme lors des négociations avec les représentants des pharmaciens était de 40 millions d’euros.

Existe-il un obstacle à ces entretiens ?

Sur le terrain, il s’avère que les médecins délivrent parfois aux patients un message négatif à propos du suivi réalisé dans les officines ce qui pourrait contribuer à les en détourner.

Toutefois, les officinaux ont probablement aussi leur part de responsabilité puisque la rémunération, jugée insuffisante par rapport au temps consacré, en rebute plus d’un : Un versement annuel de 40€ par patient est prévu. Ce versement est effectué au cours du début du second semestre N+1 sur la base des entretiens pharmaceutiques réalisés durant l’année N et déclarés par le pharmacien désigné. La rémunération perçue pour un patient donné est limitée à une seule officine pour l’année civile de référence considérée et le paiement est effectué auprès de la première officine ayant déclaré la réalisation de ces entretiens.

Une enquête de satisfaction menée auprès des pharmaciens montre que s’ils ne s’impliquent pas c’est, en premier lieu, pour des raisons économiques.

Ainsi, confrontée à la stagnation des entretiens AVK, l’Assurance Maladie lance actuellement une nouvelle campagne de recrutement auprès des assurés concernés et rappelle que pour les patients pour qui un entretien suffit, le contact et l’approche au comptoir sont primordiaux.

❖ **Le suivi des patients asthmatiques** : (146)(147)(148)(149)

L’asthme concerne 6,8% de la population française, soit environ 4,5 millions de patients. Parmi eux, 50% sont atteints d’un asthme dit « intermittent » ne nécessitant qu’un traitement ponctuel ou traitement de crise. Les 50% restant atteints d’un asthme « persistant » sont placés quant à eux sous traitement de fond, au long cours.

Il est possible d’estimer qu’un patient asthmatique sur quatre est insuffisamment contrôlé. Cela se manifeste par des crises fréquentes, une altération de la qualité de vie et parfois même des hospitalisations (15 000/an) voire des décès (environ 1000/an).

Ainsi, ce programme pharmaceutique d’accompagnement thérapeutique repose sur plusieurs constats : Le contrôle de l’asthme de l’adulte peut être amélioré, les dispositifs d’inhalation par le patient sont mal utilisés et les traitements de fond sont insuffisamment observés par les patients.

Les entretiens de patients asthmatiques s’effectuent, comme les précédents concernant les AVK, en plusieurs temps en respectant une fiche de suivi (annexe A.15). Le pharmacien aborde de multiples notions et cela dans un ordre bien déterminé, en fonction de leur priorité. Il débute par les notions dites générales telles que la connaissance de la maladie, des traitements, l’hygiène de vie à adopter ou bien encore les techniques d’inhalation des médicaments constituant une compétence primordiale que le patient doit parfaitement maîtriser.

Zoom sur les différentes notions abordées :

□ **Les principes de la technique d’inhalation** : (152)

Lors de ces entretiens, il est important que le patient montre comment il inhale ses médicaments afin de savoir si sa technique est correcte ou non, auquel cas une démonstration par le pharmacien sera réalisée. Il est également nécessaire d’insister sur ce qu’il faut faire et ne pas faire en fonction de chaque type d’inhalateur puisque tous ne s’utilisent pas de la même façon.

□ **L’importance de l’adhésion au traitement par corticoïdes inhalés** : (149)

Ces entretiens s’adressent principalement aux patients sous traitement de fond chez qui l’asthme persistant n’est pas contrôlé. Ainsi, les assurés éligibles à ce dispositif d’accompagnement sont ceux présentant une prescription de corticoïdes inhalés et pour lesquels aucun traitement de fond n’a été délivré à l’officine dans les quatre derniers mois précédant la date de la première dispensation.

Dès le deuxième entretien, une évaluation à l’adhésion du traitement est réalisée. Pour cela, le professionnel de santé interroge le patient sur la régularité des prises du médicament ou sur une quelconque interruption de traitement grâce au **questionnaire de Morisky** (153).

Ce questionnaire repose sur quatre questions :

- Arrive-t-il au patient d’oublier de prendre son traitement de l’asthme ?
- Le patient a-t-il parfois du mal à se rappeler de prendre son traitement ?
- Quand le patient se sent mieux, lui arrive-t-il d’arrêter de prendre son traitement ?
- Si le patient se sent moins bien lorsqu’il prend son traitement de l’asthme, arrête-il parfois de le prendre ?

En cas d’interruption du traitement sans avis médical, il est important de se renseigner sur la cause ayant poussé le patient à arrêter le médicament. Pour éviter ce genre de désagréments, le pharmacien, au même titre que le médecin, est tenu d’informer le sujet sur les effets indésirables des corticoïdes inhalés (traitement de fond) ainsi que des broncho-dilatateurs d’action brève (traitement de la crise) :

Corticoïdes inhalés : Fréquemment, possibilité de survenue de candidose oropharyngée, de gêne pharyngée, de dysphonie, de raucité de la voix, pouvant être prévenues par un rinçage systématique de la bouche après inhalation.

Broncho-dilatateurs d’action brève : Céphalées, tremblements, tachycardie, plus rarement irritation de la bouche et de la gorge, crampes musculaires, palpitations.

De même, comme tous les produits inhalés, les médicaments prescrits dans l’asthme peuvent être à l’origine de toux et plus rarement de bronchospasmes à la suite de l’inhalation.

□ Facteurs déclencheurs de l’asthme et conseils pour les éviter :

La prise en charge des patients asthmatiques passe par le traitement pharmacologique mais aussi par l’éviction des facteurs déclenchant ou aggravant l’asthme. Il est donc préalablement nécessaire de les identifier.

Il peut également être demandé au patient de notifier sur son carnet de suivi les moments et les conditions durant lesquels son asthme s’aggrave afin de pouvoir, par la suite, l’aider et lui expliquer comment limiter leur survenue, leur impact quand cela est possible (annexe A.16).

A la fin de l’entretien, le pharmacien doit veiller à ce que le patient n’ait plus de question et qu’il ait bien compris les notions abordées au cours de la séance. Puis, en fonction du niveau de connaissance de celui-ci, le pharmacien fixe la date du prochain rendez-vous (échéance plus ou moins brève).

Comme pour les AVK, si le professionnel de santé soulève la moindre anomalie, il pourra, avec l’accord du patient, contacter le médecin prescripteur. Si ce dernier le juge nécessaire, une modification de la prise en charge sera envisagée.

Concernant les entretiens relatifs au patient asthmatique, l’UNPF (Union Nationale des Pharmacies de France) déclare qu’ils connaissent un démarrage timide. A ce jour, près de 170 officines sont impliquées et 650 entretiens environ ont été réalisés depuis Décembre 2014. Le constat est donc sans appel : Les entretiens pharmaceutiques « Asthme » sont un échec. L’USPO dénonce depuis plus d’un an la difficulté que représente le recrutement des patients c’est pourquoi l’Union a proposé à la CNAMTS d’élargir les conditions de recrutement des asthmatiques, facilitant ainsi leur inclusion, et par conséquent le travail des

pharmaciens. Cette proposition, soutenue par tous les syndicats, a été acceptée et les parties signataires de l’Avenant N°4 de la Convention, relatif à ces entretiens, se sont accordées pour étendre ce dispositif aux patients dont l’asthme est non contrôlé.

Ainsi, depuis fin 2015, les entretiens pharmaceutiques ne s’adressent plus uniquement aux malades en initiation ou en reprise de traitement, mais aussi à ceux pour lesquels aucun traitement de fond n’a été délivré dans les quatre mois précédents et dont la durée de traitement prévisible est supérieure ou égale à six mois.

Il est important que ces entretiens se développent et s’élargissent puisqu’ils représentent un véritable atout stratégique pour la profession. En effet, ceux-ci offrent la possibilité aux pharmaciens d’officine de renforcer leur rôle dans le parcours de soins auprès des patients et ainsi de les valoriser.

Dans une enquête menée par l’Assurance Maladie à la fin de l’année 2014, les pharmaciens et les patients se sont exprimés en faveur de ce dispositif et étaient même très motivés à envisager de mener d’autres entretiens et de participer à ce type d’accompagnement dans d’autres aires thérapeutiques.

Faisant suite à cette annonce positive, l’USPO a émis l’hypothèse d’un possible élargissement de cette mission de suivi à la prise en charge des personnes âgées ou bien encore des patients sous Traitements Substitutifs aux Opiacées (TSO). D’autres maladies chroniques telles que le diabète sont quant à elles déjà en cours de mise en œuvre en 2015.

❖ **Le suivi des patients diabétiques** : (154)(155)(156)(157)

La réflexion sur les nouvelles missions du pharmacien d’officine pose la question de sa place dans la prise en charge des pathologies chroniques.

Le diabète est la 7^{ème} cause de décès en France avec un taux de prévalence de 4,7% en 2013 (données *INSERM*) et le diabète de type 2 représente 90% des cas. Ce taux augmente de manière continue depuis plusieurs années c’est pourquoi un modèle de suivi pharmaceutique des patients diabétiques de type 2 a été élaboré.

Avant d’être communiqué, ce suivi se présentant sous la forme d’un entretien entre le pharmacien et le patient a été testé dans une officine française (identité inconnue) et revendiquait plusieurs objectifs :

- Mettre en évidence les besoins des patients.
- Explorer les actions ciblées que pourrait entreprendre le pharmacien d’officine pour répondre à ces besoins.
- Envisager la faisabilité de ce suivi ainsi que les modalités des relations interprofessionnelles.

Les « entretiens-tests » réalisés ont permis de mettre en évidence un réel besoin d’intervention de la part du pharmacien d’officine quant à la sécurité des patients. En effet, ces derniers ont montré quelques difficultés à bien maîtriser leur maladie/traitement et ceci était, la plupart du temps, dû à un manque de connaissances ou de compétences (auto-surveillance glycémique, insulinothérapie, soins des pieds ...).

De plus, ces entretiens ont représenté pour les patients une opportunité d’exprimer leur vécu, leurs difficultés et leurs attentes.

Intégrer ce suivi dans la pratique courante de l'officine nécessite une organisation spécifique. Ainsi, l'URPS Pharmaciens des Pays de la Loire, dans le but d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des patients diabétiques de type 2 en pharmacies d'officines, a mis en place une expérimentation en Loire-Atlantique :

- ✓ Réalisation de deux entretiens de 20-30 minutes par patient avec son pharmacien dans un espace de confidentialité à partir d'un questionnaire établi avec les partenaires (CHU, endocrinologues, Laboratoire Pierre Fabre ...).
- ✓ 10 patients par pharmacie
- ✓ Sur une période de 6 mois

En moyenne, une pharmacie sur quatre participe à cette expérimentation. La première phase des entretiens a eu lieu entre Juin et Septembre 2015 et la seconde phase entre Novembre 2015 et Mars 2016 mais pour l'heure, aucun bilan n'a été réalisé.

Afin de favoriser l'adhésion des patients, le pharmacien doit se montrer compétent et sûr de lui. Cette démarche souligne alors l'importance de la communication avec les autres professionnels de santé. En effet, essentielle à la mise en sécurité du patient et à l'optimisation de l'efficacité du traitement, la collaboration des différents acteurs de santé est plus que jamais indispensable.

Le rôle du pharmacien :

Trop souvent les patients ne comprennent pas leur maladie et/ou leur traitement, c'est pourquoi les pharmaciens ont fait savoir leur volonté de faire partie de l'équipe d'éducation en diabétologie pour aider à combler ce manque en démarrant le processus éducatif. Les pharmaciens ont six années de formation universitaire durant lesquelles ils acquièrent de solides connaissances sur le diabète et ses comorbidités, y compris les maladies cardiovasculaires et l'insuffisance rénale. Les connaissances générales de ces maladies, auxquelles s'ajoutent leurs compétences en matière de médicaments, font qu'ils sont dans une position idéale pour initier l'apprentissage des bases que doivent maîtriser les patients vis-à-vis de leur diabète. En effet, chaque pharmacien doit être en mesure d'informer ses patients sur :

- L'utilisation du glycomètre (lecteur de glycémie), du stylo injecteur, de la pompe à insuline ...
- La surveillance de leur diabète et les signes d'alerte
- Le rôle de chaque médicament et comment les prendre le plus efficacement possible
- L'intérêt de l'insulinothérapie et des antidiabétiques oraux ainsi que leurs possibles effets secondaires.
- Les règles hygiéno-diététiques à respecter (nutrition, sport, hygiène ...)

D'autre part, les pharmaciens d'officine sont également aptes à reconnaître les signes et les symptômes de la maladie chez les patients et à les diriger vers un programme de dépistage approprié.

Tout aussi important, grâce à leur constante disponibilité pour tout ce qui touche à la parapharmacie, les officinaux sont bien placés pour accompagner leur clientèle diabétique lors des prises de décisions en ce qui concerne notamment les soins des pieds et des yeux. Les pharmaciens s’impliquent également de plus en plus dans les questions d’observance et de respect d’un régime médicamenteux précis. Pour les assister dans cette démarche, divers programmes d’observance sont en cours d’élaboration. Ceux-ci devront, à terme, permettre de contrôler les intervalles de renouvellement des médicaments et de prévenir les pharmaciens lorsqu’un patient ne suit pas correctement le schéma posologique afin qu’ils puissent ensuite les contacter et identifier les raisons du non-respect du traitement :

- *Est-ce en raison des effets secondaires ?*
- *Comprennent-ils comment prendre le médicament correctement ?*
- *Est-ce une question de coût ?*
- *Sautent-ils une dose dans le cas d’un médicament à doses multiples quotidiennes ?*

En intensifiant l’adhésion au traitement, les officinaux contribuent à ralentir la progression de la maladie et participent ainsi à :

- Améliorer le résultat pour le patient
- Réduire les coûts supplémentaires résultant de l’achat de médicaments additionnels
- Permettre l’usage plus efficace de l’argent des contribuables et des compagnies d’assurance en réduisant les pertes.

Un patient bien pris en charge est aussi un patient respectant les recommandations d’examens à pratiquer régulièrement. Le diabète est une maladie très complexe et une trop forte concentration de glucose dans le sang peut, avec le temps, endommager divers organes :

- Les gros vaisseaux (artères du cœur, du cerveau, des membres inférieurs)
- Les petits vaisseaux des yeux (rétine)
- Les reins
- Les nerfs
- Les dents et les gencives
- Les mains et les épaules (atteintes rhumatologiques, périarthrite scapulohumérale)

Par conséquent, peuvent apparaître au bout d’un certain nombre d’années, des risques de maladie cardiaque et d’accident vasculaire cérébral (AVC), de neuropathie ou d’affection du système nerveux périphérique (perte de sensibilité au niveau des pieds qui peut entraîner des ulcères), de rétinopathie ou d’affection de la rétine (cause de cécité si non traitée), d’insuffisance rénale, de fourmillements et de douleurs au niveau des pieds et des mains.

Le pharmacien d’officine a donc un intérêt majeur à informer ses patients diabétiques quant aux multiples examens à réaliser et peut, lors de leur visite à la pharmacie, leur remettre un document énumérant ceux-ci (annexe A.17).

f) La vaccination à l’officine (158)(159)

Selon les données de l’Institut de Veille Sanitaire (InVS), un français de plus de 65 ans sur deux n’est pas vacciné contre la grippe. Il en est de même pour les adolescents, la moitié d’entre eux ne sont pas à jour dans la vaccination contre l’hépatite B. Pour augmenter la couverture vaccinale et atteindre, à terme, 95% des Français, la ministre de la Santé, Marisol TOURAINE, prévoit de donner la possibilité aux pharmaciens d’officine de vacciner les patients, comme cela se fait déjà aux Etats-Unis, au Portugal ou en Suisse.

Dans quel intérêt ?

Deux cents ans après la découverte du vaccin par le médecin anglais Edward JENNER, la vaccination peut se flatter de sauver chaque année environ neuf millions de vies dans le monde.

D’une manière générale, la vaccination est l’un des plus grands succès des politiques de santé depuis de nombreuses années puisque la protection d’un grand nombre de personnes, et ce dès leur plus jeune âge, a entraîné une nette diminution des maladies infectieuses à prévention vaccinale voire même la disparition plus ou moins complète de certaines d’entre elles (variole, diphtérie, fièvre jaune, poliomyélite, rougeole ...).

Limiter la transmission des maladies infectieuses, voire aller vers leur élimination, est donc possible mais ceci ne peut être atteint que si chacun recourt à la vaccination : Se protéger soi c’est aussi protéger les autres.

Cependant en France, cet objectif d’optimisation de la couverture vaccinale fait naître quelques doutes et on voit, de plus en plus, émerger des réticences vis-à-vis de la vaccination.

Vacciner oui, mais cela est-il sans risque ? Les français sont méfiants et, comme l’indiquait l’InVS dans son rapport de 2013, moins de la moitié des adolescents sont à jour dans la vaccination contre l’hépatite B et seulement un tiers des jeunes filles concernées par la recommandation relative au vaccin HPV ont été complètement vaccinées.

Ainsi, afin de faire face à ces résistances et pour veiller au bon respect du calendrier vaccinal, de nouvelles mesures doivent être mises en place en France, en particulier la vaccination par les pharmaciens à l’officine.

Celle-ci, d’abord motivée par la pénurie grandissante de médecins généralistes dans les campagnes et en région parisienne (entre autres), serait également une bonne méthode pour faire des économies en termes de santé puisque passer par un pharmacien coûterait nettement moins cher qu’une consultation chez le médecin traitant.

Une mise en place très controversée :

Depuis 2011, l’Académie de Pharmacie s’alarme de la baisse de la couverture vaccinale qui pourrait atteindre un niveau tel que l’immunité de groupe ne pourrait plus être garantie pour certaines infections et, pour y remédier, elle se déclare en faveur de la vaccination à l’officine par les pharmaciens.

Elle a été rejointe en ce sens par l’IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) qui, en 2011 dans son rapport sur les pharmacies d’officine, suggère d’associer les pharmaciens au suivi vaccinal et d’étudier si, dans certaines hypothèses et sous réserve de formation qualifiante, le pharmacien pourrait réaliser l’acte de vaccination sur prescription ou de sa propre initiative pour les rappels des adultes. L’IGAS pointe particulièrement du doigt la

complexité du parcours de soins en ambulatoire puisque, pour se faire vacciner, le patient doit d'abord se faire prescrire le vaccin, puis se rendre dans une pharmacie pour sa délivrance et retourner chez son médecin traitant pour l'injection. Passer de trois étapes à une seule, travailler en équipe de soins, former les pharmaciens, informer les médecins traitants et réaliser des économies tel était l'esprit des propositions que Marisol TOURAINE reprenait dans son projet de loi d'Octobre 2014.

Mais en France, ce projet est loin de faire l'unanimité et s'est ainsi vu supprimé par les députés le 20 Mars 2015. La vaccination à l'officine est pourtant déjà pratiquée dans certains pays :

- Aux Etats-Unis : Les pharmaciens peuvent vacciner depuis une vingtaine d'années dans 50 Etats.
- Au Canada : 25 % de la population n'était pas habituellement vaccinée et 21 % des sujets à risque ont saisi l'opportunité d'une vaccination en pharmacie.
- Au Royaume-Uni : La vaccination en pharmacie est autorisée depuis quinze ans et semble plébiscitée. Une étude a démontré qu'en 2012-2013, une partie des patients éligibles pour une vaccination gratuite dans un centre de santé a préféré se rendre en pharmacie et payer pour sa vaccination. La vaccination contre la grippe a même été prise en charge par les pharmaciens sur 90 % du territoire anglais pour la saison 2014-2015.
- Au Portugal : La majorité des pharmacies proposent la vaccination ce qui a amélioré la couverture vaccinale des plus de 65 ans.
- En Suisse : Le canton de Zurich a récemment opté pour la possibilité de se faire vacciner en pharmacie dès l'Automne 2015.

A travers ces quelques résultats, on remarque que cette approche permet le développement de la vaccination et se montre pratique pour les personnes ne consultant pas ou peu, à la recherche d'une facilité d'accès (délai, lieu et plages horaires, coût) et/ou d'un cadre-temps non contraint (information, conseil, orientation), sans préjudice de la sécurité (protocoles, intégrité de la chaîne du froid, traçabilité). Les résultats sont partout positifs en termes de satisfaction des bénéficiaires, de taux de couverture ou bien encore de libération de temps médical et infirmier pour les activités cliniques prioritaires.

Ainsi, comme l'explique Francis MEGERLIN (Maître de conférences en droit et économie de la santé à la faculté de pharmacie de Paris 5 René Descartes), on peut retenir de ces expériences étrangères qu'une offre de soins de ce type « *renouvelle l'intérêt public pour la vaccination en général et permet d'orienter vers les médecins des personnes ne consultant pas, ou peu* ».

Cependant, bien que cette activité facultative semble avoir des retombées positives, dans notre pays les avis diffèrent, tout particulièrement auprès des médecins. En effet, pour le premier syndicat de médecins libéraux (UNOF-CSMF) la vaccination par les pharmaciens à l'officine remettrait en question la globalité de la prise en charge par le médecin traitant et son champ d'activités, son périmètre d'intervention serait modifié et contribuerait davantage à le « dépecer », à le couper en morceaux. Cette nouvelle mesure risquerait également de banaliser la vaccination comme l'explique Claude LEICHER, médecin, Président de MG France (premier syndicat des médecins généralistes) : « *Vacciner, ce n'est pas*

seulement pratiquer une injection, c’est surtout mener une réflexion avec le patient sur la nécessité de vacciner ou de faire un rappel. C’est un acte médical qui se questionne au regard de l’ensemble du dossier du patient (antécédents, contre-indications ...) auquel le pharmacien n’a pas accès ». Enfin, vient la question du coût : La vaccination, rarement un motif de consultation à elle seule, se pratique toujours gratuitement à l’occasion d’une visite. En pharmacie, les gens devront payer le geste, sans compter la formation des pharmaciens ce qui, d’après Claude LEICHER « *coûterait une fortune à l’Etat* ».

Face à ce véritable conflit et en raison de divers points de fragilité soulevés (soutien de traçabilité entre la prescription, la délivrance et l’injection du vaccin, manque de formation des pharmaciens, souci économique ...), la Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE, a suggéré dans un premier temps d’expérimenter la mesure avant de légaliser la pratique. Mais ce refus et ce recul d’échéance sont considérés par l’ANEPF (Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France) comme un « *déni de bon sens* ». En effet, selon elle il est « *choquant de voir des professionnels se féliciter de l’abandon d’un texte qui présente une avancée pour la santé publique* » puisque le « *futur de nos professions c’est un travail collaboratif* ». L’ANEPF souligne également le fait que le pharmacien intervienne sur le terrain de la prévention (responsabilité faisant partie de ses devoirs) et non sur celui du soin. Ainsi la décision initiale de vaccination appartient au médecin traitant, comme à l’accoutumée, et le suivi des rappels, du calendrier vaccinal appartiendrait au pharmacien. Ce suivi ne concernerait d’ailleurs que certains vaccins (liste établie ultérieurement par décret) et qu’une certaine tranche de la population, sûrement celle la moins assidue, à savoir les 15-50 ans allant peu chez le médecin et encore moins dans un cabinet infirmier pour se faire vacciner.

Enfin, quant à la question souvent évoquée du manque de savoir-faire des pharmaciens vis-à-vis de l’acte vaccinal, des formations pratiques et pédagogiques pourraient être facilement intégrées au cursus pharmaceutique comme, par exemple, lors de l’Année Hospitalo-Universitaire (AHU, 5^e année). Concernant les pharmaciens déjà diplômés, le dispositif de Développement Professionnel Continu pourrait contribuer à répondre à ce besoin.

Ainsi, il en ressort que le projet de vaccination par des pharmaciens habilités, aux côtés des médecins et des infirmiers, semble être une approche tout à fait judicieuse qui permettrait d’accroître la capacité de réponse de nos professionnels de santé face aux risques de pandémies. Concernant l’avis défavorable du camp médical, des études américaines ont montré que, depuis 1995, l’activité officinale n’a pas concurrencé celle des autres professionnels de santé puisqu’elle s’ajoute globalement à la couverture vaccinale. En espérant que cela apaise la situation ...

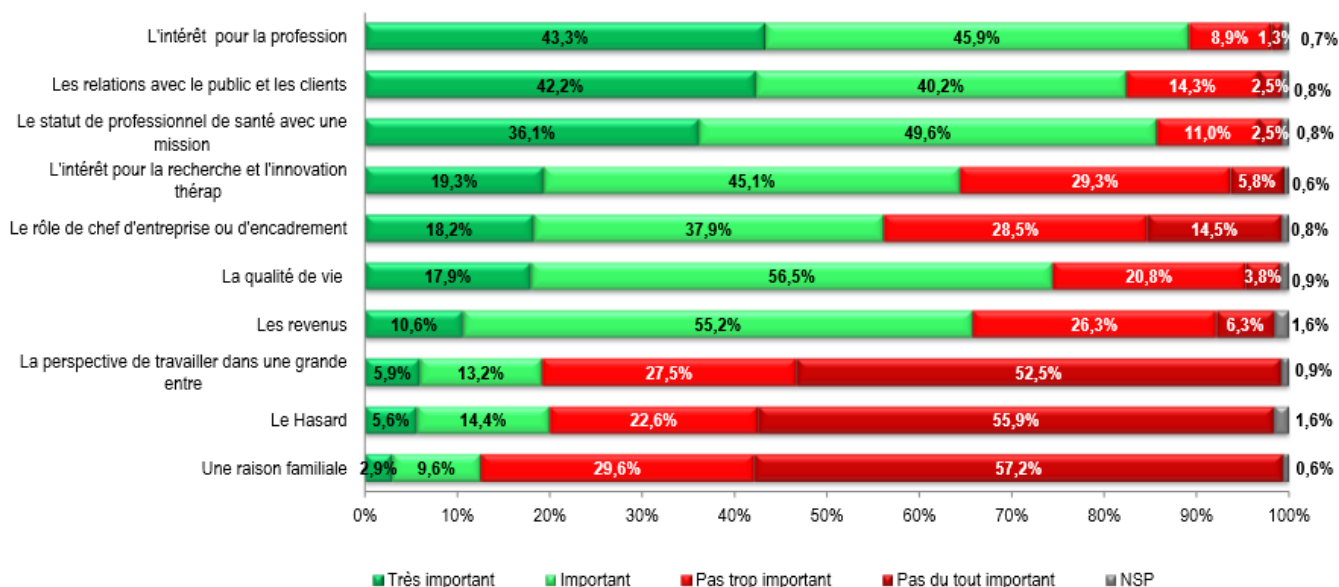
En attendant les expérimentations promises par la Ministre de la Santé, le gouvernement temporise et a sollicité un nouveau rapport au député Sandrine HUREL pour formuler des recommandations afin de faire évoluer le principe de l’obligation vaccinale et lever les obstacles financiers à la vaccination. Cette dernière qui devait également faire des propositions concrètes pour améliorer le taux d’adhésion des Français et des professionnels de santé à la vaccination a déclaré en Septembre 2015 que « *la vaccination en officine n’[était] pas encore mûre pour la France* ». Il semblerait alors que la mise en place du projet soit retardée. Affaire à suivre ...

g) Enquête menée par l’Ordre des Pharmaciens

En fin 2013-début 2014, le Conseil National de l’Ordre des Pharmaciens (CNOP) a mené, avec l’aide de CELTIPHARM (portail d’informations, de services et de e-commerce destiné aux métiers de la pharmacie), une enquête d’opinion auprès des populations de pharmaciens inscrits à l’Ordre et âgés de moins de 35 ans (4461 jeunes pharmaciens), ainsi qu’auprès de 1315 étudiants sur le point d’être diplômés. Celle-ci repose sur des questionnaires balayant les divers aspects du métier ainsi que les motivations et ressentis personnels de chacun quant à la profession et à la place qu’ils occupent (ou occuperont) dans le système de santé français. Les réponses recueillies sont saisies, scannées et archivées dans la base de données de CELTIPHARM puis font ensuite l’objet d’analyses et de tests de statistiques.

Voici les résultats obtenus : (160)

□ Les critères de choix du métier de Pharmacien d’officine :

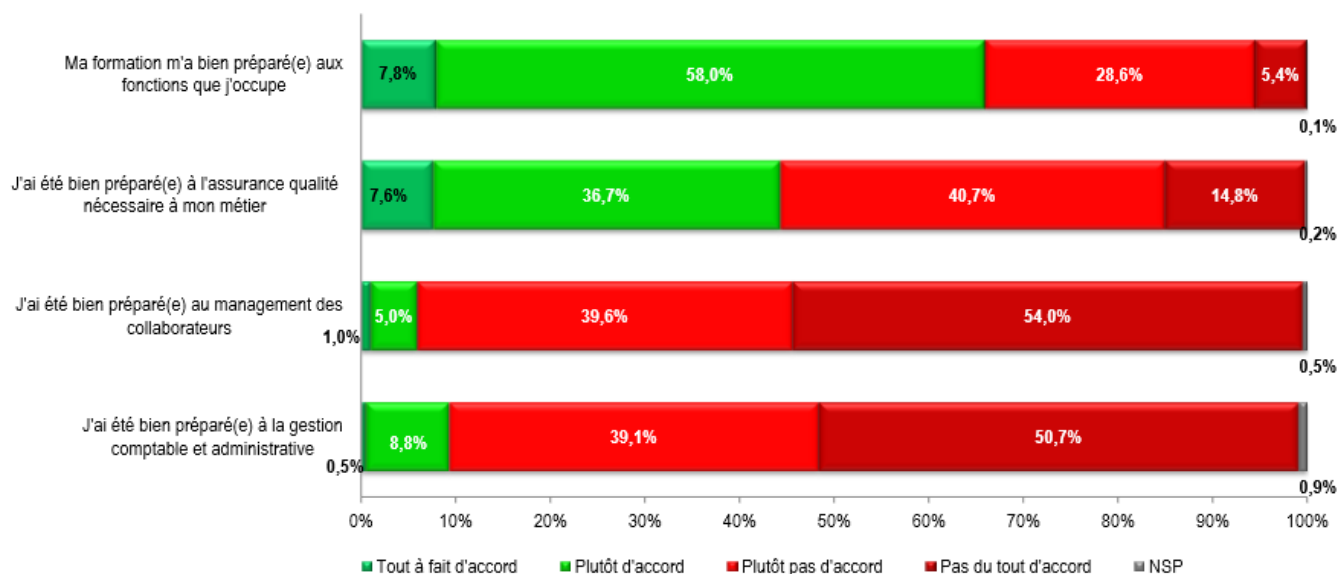


□ Satisfaction de la branche choisie :

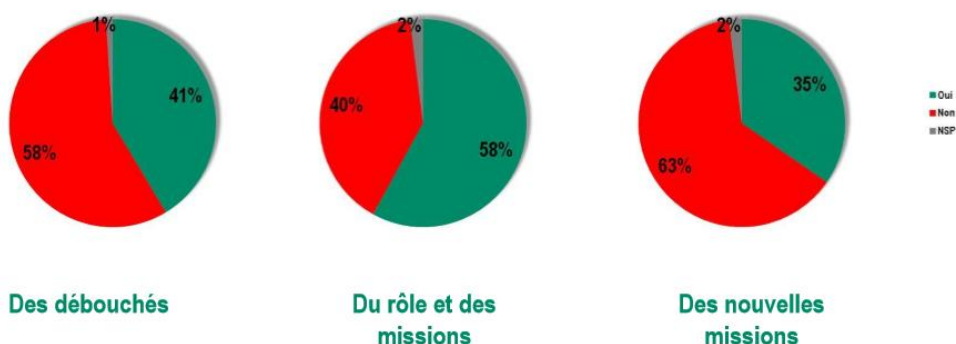
22 25 ans	26 27 ans	28 29 ans	30 31 ans	32 33 ans	34 35 ans
87%	82%	78%	78%	79%	72%

Les étudiants et les jeunes pharmaciens d’officine sont satisfaits de leur choix mais cet enthousiasme diminue en vieillissant. S’ils affirment, dans l’ensemble, que leur formation les prépare plus ou moins bien à leur futur métier (50% à 70% selon les cas), les professionnels interrogés appartenant aux sections A, D et E (pharmacie d’officine) pensent cependant qu’un travail reste à faire en matière d’apprentissage de la gestion comptable et administrative ainsi qu’en termes de management. De même, la formation Qualité est considérée comme incomplète.

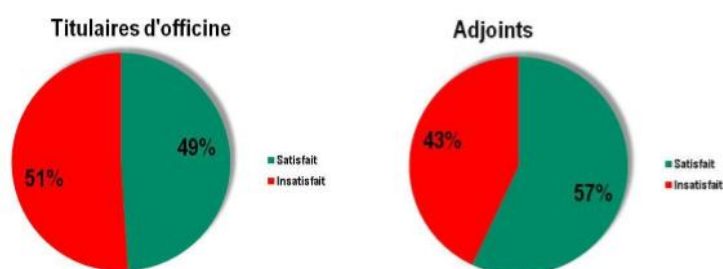
PARTIE II – Des réformes à l’origine d’un nouveau statut professionnel
 1 – Le pharmacien officinal, un maillon de plus en plus important dans le parcours de soins
Enquête menée par l’Ordre des Pharmaciens



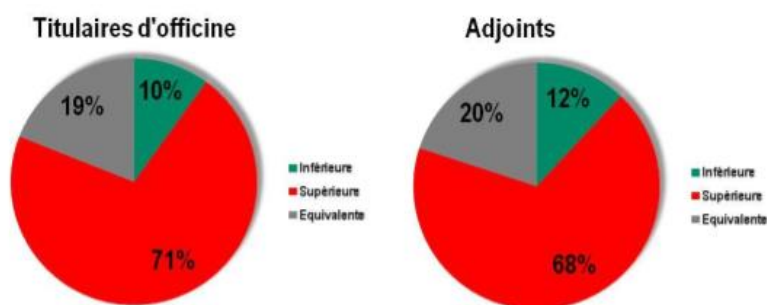
De leur côté, les étudiants disent ne pas être suffisamment informés des débouchés ainsi que des missions, qu’elles soient nouvelles ou non, du métier de Pharmacien d’officine et cela pourrait participer à la baisse de l’enthousiasme professionnel mise en évidence au fur et à mesure des années de pratique officinale.



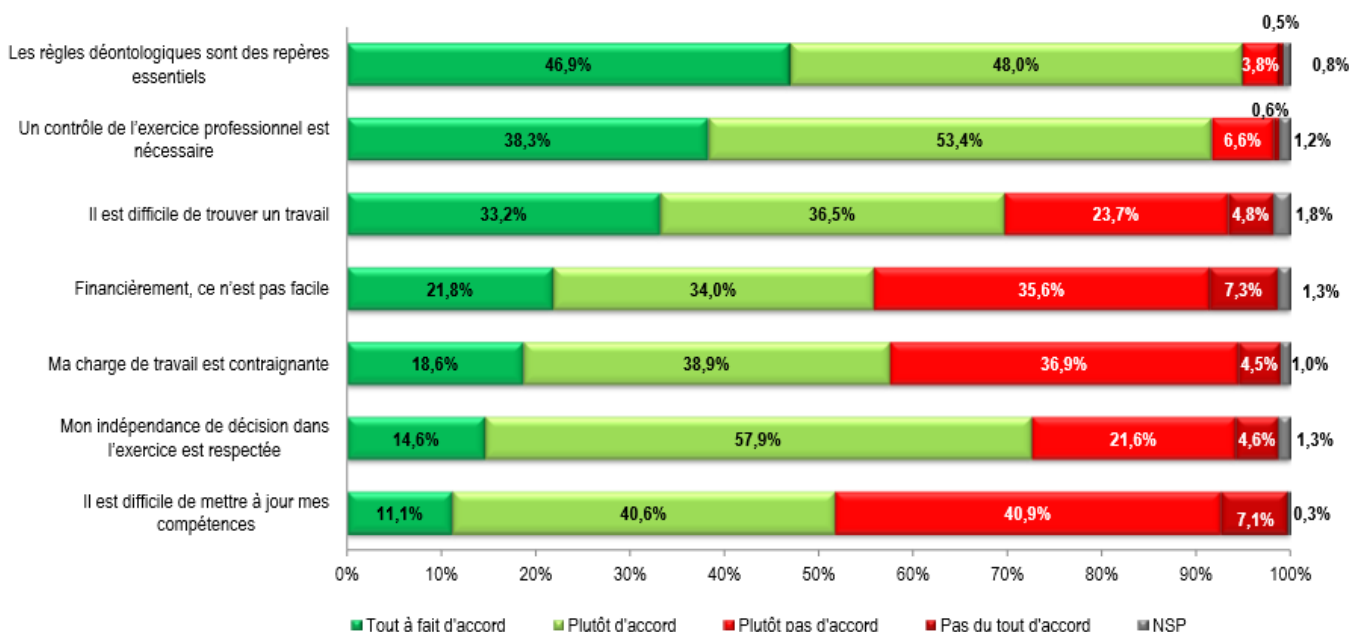
□ Satisfaction de rémunération :



Les pharmaciens d’officine, qu’ils soient titulaires ou adjoints, ont des avis très partagés quant à leur rémunération et aucune tendance ne ressort. Toutefois, ils se montrent unanimes pour dire que celle-ci serait probablement plus élevée dans un autre secteur d’activité (à formation équivalente).



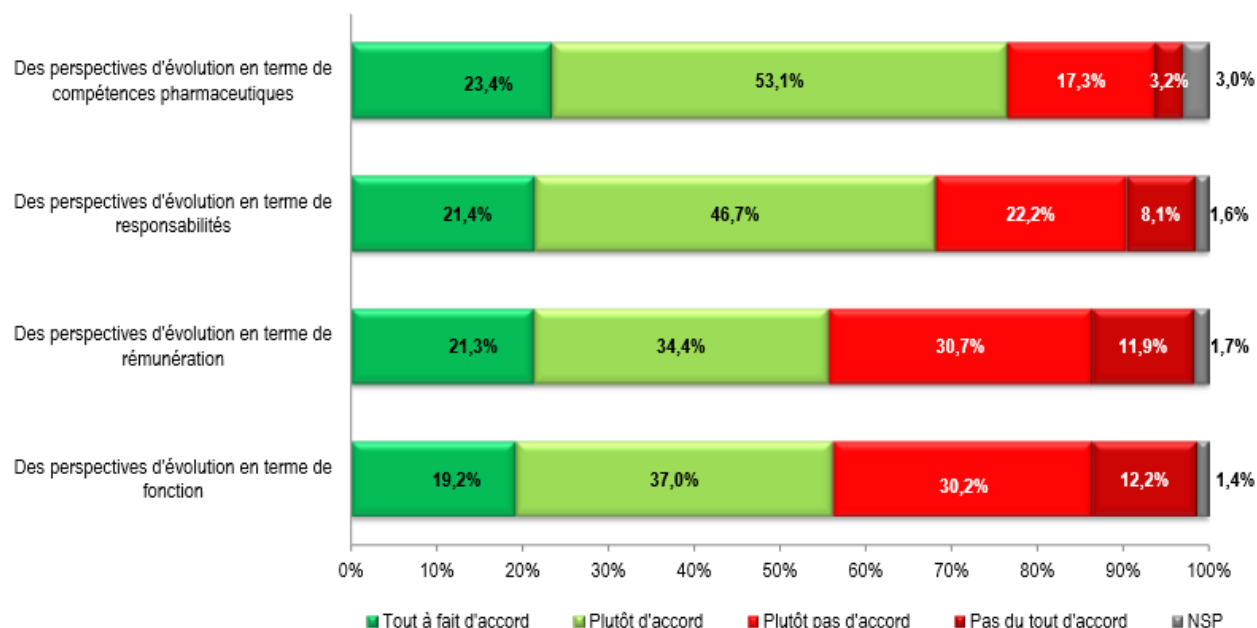
□ La pratique officinale au quotidien :



Une fois de plus, les résultats obtenus concernant la pratique quotidienne du métier de pharmacien d’officine sont assez disparates. Si une grande majorité affirme respecter la déontologie qui lui est imposée ainsi que le contrôle de l’exercice pharmaceutique au sein de l’entreprise, les avis sont plus partagés en termes de charge de travail et de financement. Ceci ne semble pas étonnant puisqu’il est vrai que l’activité de deux officines peut varier du tout au tout en fonction de leur zone d’implantation, de leur taille, de leur effectif. Par contre, ce qui est plus inattendu et plus problématique est la difficulté qu’éprouvent les professionnels à mettre à jour leurs compétences, d’autant plus que ceci est rendu obligatoire par la loi HPST de 2009 instaurant la Formation Professionnelle Continue.

Au vu des résultats suivants, les mauvais chiffres concernant la mise à jour des compétences professionnelles ne semblent pas être liés à un manque de motivation et d’entrain des pharmaciens puisque 75% d’entre eux affirment avoir des perspectives d’évolution en termes de compétences/connaissances pharmaceutiques ce qui va tout à fait de pair avec l’évolution de leurs responsabilités, de leur rémunération ainsi que de leurs fonctions pour lesquelles ils se montrent également favorables. D’après l’UTIP (Association nationale de formation pharmaceutique continue des pharmaciens), les obstacles rencontrés seraient majoritairement liés au manque de disponibilité du pharmacien.

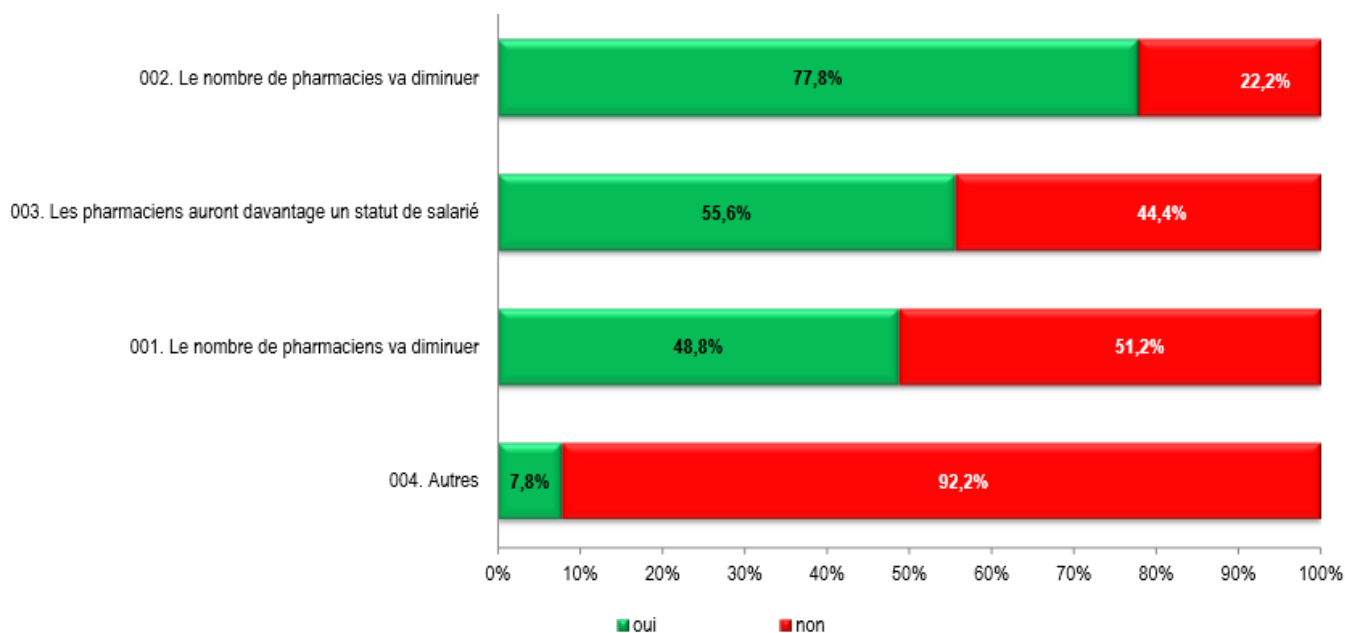
PARTIE II – Des réformes à l’origine d’un nouveau statut professionnel
 1 – Le pharmacien officinal, un maillon de plus en plus important dans le parcours de soins
 Enquête menée par l’Ordre des Pharmaciens



□ L'avenir du métier de pharmacien d'officine :

Bien que 95% d'entre eux envisagent de rester dans la profession, les officinaux semblent assez perplexes et peu optimistes quant à l'avenir de leur métier. Plus de 77% des interrogés voient le nombre de pharmacies diminuer encore ces prochaines années et un petit peu plus de la moitié pensent que leur statut va changer pour se rapprocher du statut de salarié avec l'arrivée des groupements d'officines et la possible ouverture du capital pharmaceutique à des professionnels extérieurs au domaine de la santé.

Toutefois, il en ressort que les pharmaciens sont unanimement fiers de leur métier, fiers de la place qu'ils occupent dans le parcours de soins et se montrent prêts à défendre l'honneur de la profession pour que celle-ci puisse perdurer dans des conditions optimales.



2 – De nouvelles études pharmaceutiques pour amorcer un nouveau statut

a) Remodelage des études pharmaceutiques en 2010

En 2010, les études pharmaceutiques ont été remodelées. Ce changement s'est fait dans le contexte d'une nouvelle réforme : La **réforme de la Première Année Commune d'Etudes de Santé (PACES)** pensée par Valérie PECRESSE, Ministre de l'Enseignement supérieur à l'époque.

Si cette réforme de la première année d'études médicales a plusieurs objectifs, le premier d'entre eux est de stopper le "gâchis humain" que représentait pour une majorité d'étudiants la première année de médecine ou de pharmacie.

« Chaque année, ce sont plus de 60 000 jeunes qui s'engouffrent en première année de médecine et de pharmacie, avec une très faible chance de « décrocher » un concours. Au final, c'est l'échec pour 80% d'entre eux en médecine et pour 70% en pharmacie, sans aucune perspective de rebond. Cette première année était synonyme d'échec voire de vocation brisée. Pour la majorité, elle signifiait une nouvelle année de travail, de sacrifices et d'efforts qui les conduisait à nouveau à l'échec. »

La réforme veut donc limiter, sinon les échecs au concours (le numerus clausus va rester très bas), les possibilités de redoublement, et prévoit même de réorienter les étudiants les plus faibles dès la fin du premier semestre de première année.

a.1) Les principales nouveautés

- Création d'une première année L1 commune aux études de santé pour les 4 filières : Médecine, dentaire, pharmacie et maïeutique (sages-femmes).
- Réorientation des étudiants possible à l'issue du premier semestre ou de la première année.
- L'instauration de passerelles d'accès en deuxième année sur dossier (candidats littéraires, juristes, issus de grandes écoles etc.) pour les personnes titulaires d'un Master 2 ou d'un doctorat.
- « Droit au remords » pour les étudiants qui auront fait deux ans dans une des quatre filières santé, et qui souhaitent changer de filière, avec là aussi, l'instauration de passerelles.

a.2) L'objectif de la PACES est double

- Offrir le maximum de possibilités d'orientation aux étudiants, en fonction de leurs capacités et de leurs aspirations personnelles.
- Développer une culture commune chez les futurs acteurs de santé qui seront amenés à collaborer durant leur vie professionnelle.

En théorie, il s'agit ici d'un grand pas pour les études de santé. En effet, en plus de rassembler les professionnels de santé autour d'une culture médicale commune, elle favorise leur collaboration et leurs interactions sur le plan européen grâce au système de

LMDéisation (Licence, Master, Doctorat) permettant d’accroître la mobilité des étudiants sur notre continent.

Ainsi, de par ces différentes mesures, il semblerait que la première année de santé s’aligne sur d’autres cursus universitaires existant déjà et soit enfin conçue pour la réussite des étudiants. Mais dans la pratique, cela est-il vrai ?

b) Quel impact pour les pharmaciens en devenir ?

b.1) Avantages

Cette année de formation commune permet aux étudiants en première année de Pharmacie d’acquérir une culture partagée avec les 3 autres professions desquelles ils étaient jusqu’à présent séparés.

Comme a voulu mettre en évidence la loi HPST, le Système de Santé actuel en France ne peut fonctionner sans une réelle entraide, coordination entre les différents acteurs de santé. Il est donc intéressant de confronter les diverses professions médicales entre elles dès leur plus jeune âge et de les réunir grâce à leurs points communs (tronc commun d’études). Cela favorise, d’une part, une meilleure compréhension, une meilleure reconnaissance du métier de l’autre, et d’autre part, la création de liens amicaux/professionnels qui pourront ensuite perdurer et qui faciliteront ainsi les échanges interprofessionnels.

De plus, le temps consacré aux matières plus médicales lors de la première année, permet au pharmacien en devenir d’acquérir de nouvelles connaissances désormais indispensables au métier qui l’attend puisqu’il est maintenant considéré comme un véritable professionnel de santé.

b.2) Inconvénients

En rejoignant les 3 autres filières, les études pharmaceutiques ont vu leur programme changer.

Le nombre d’heures de certains enseignements importants dans le métier de Pharmacien (Chimie, Botanique, Galénique ...) a été considérablement réduit, car moins utiles pour les autres professions, alors que d’autres (Physiologie, Biologie cellulaire, Histologie ...) ont été augmentés, voire même complètement introduits (Anatomie, Embryologie) puisqu’ils étaient inexistantes auparavant.

Certes, le retard pris dans les matières négligées est rattrapé les années suivantes (plus d’heures de Chimie en deuxième année), mais l’absence de mise en place de bonnes bases, faute de temps, amoindrit l’efficacité de l’apprentissage.

De plus, la réforme de la PACES conduit à une baisse de l’attraction des études de Pharmacie. Il est indéniable que ce nouveau système écarte des étudiants qui, au temps de l’ancien système, auraient choisi de passer le concours de Pharmacie et qui l’auraient obtenu.

Actuellement, bon nombre de ces étudiants motivés et réellement attirés par les études pharmaceutiques se font « prendre la place » par des personnes uniquement motivées par les études de Médecine mais qui ne sont pas reçues dans cette filière et qui choisissent alors Pharmacie.

Plusieurs bilans faisant suite à l’instauration de la PACES ont été tirés et s’avèrent être univoques :

On constate que beaucoup d’étudiants ayant réussi le concours de la PACES et ayant ensuite choisi la filière Pharmacie ont des résultats catastrophiques en deuxième année. Parfois même, un réajustement des barèmes (à la hausse) est nécessaire afin de ne pas se retrouver avec un surnombre de redoublants. Pire encore, quand on se surprend à discuter avec certains de ces élèves, on se rend compte qu’ils ne sont pas du tout motivés par la Pharmacie et ses débouchés et sont, parfois, à la recherche de passerelles pour se réorienter vers d’autres filières.

On comprend alors que cela est tout à fait dommageable que des étudiants n’ayant aucun attrait pour les études pharmaceutiques prennent la place de ceux qui sont motivés.

Devant ces résultats plus que décevants pour les Pharmaciens, l’Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France (ANEPF) a décidé d’écrire, en Mars 2011, à la Ministre de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche de l’époque (Valérie PECRESSE) afin de dénoncer les dommages causés par la réforme.

Dans ce rapport, « L’ANEPF déplore que la mise en place de la PACES s’apparente à un test de réforme à l’échelle nationale. Cette première année est, purement et simplement, devenue une année de sélection et non plus de formation, au détriment de la qualité de l’enseignement. [...] Le nombre moyen d’étudiants par Enseignement Dirigé est passé de 45 à plus de 175. Les objectifs de la réforme sont-ils atteints ? Le gâchis humain, un des principaux arguments en faveur de la réforme, n’a absolument pas été réduit, bien au contraire. En effet, il n’y aura pratiquement plus de reçus collés (étudiants ayant la moyenne mais n’étant pas classés en rang utile), et à ce jour les réorientations ne sont pas organisées. De plus, nous sommes forcés de constater que cette mesure n’a fait que renforcer le manque d’attractivité des études de Pharmacie. Le nombre d’étudiants inscrits en PACES présentant le concours de Pharmacie est en nette diminution, une tendance déjà observée ces dernières années, et davantage marquée dans le contexte de la première année commune au profit des inscrits en médecine. [...] L’ANEPF a toujours exprimé la volonté claire de l’ensemble des étudiants de Pharmacie de réformer nos études en intégrant, au plus vite, le système L.M.D (Licence, Master, Doctorat) et a aussi vivement soutenu l’idée forte de la création d’une culture commune entre les futurs acteurs de santé. Cependant, nous continuons à penser que cette mutualisation de connaissances ne peut avoir lieu qu’au cours des années supérieures, et qu’elle s’avère utopique et non constructive dans le contexte d’une année de concours. ».

c) Remise en question du numerus clausus (161)(162)

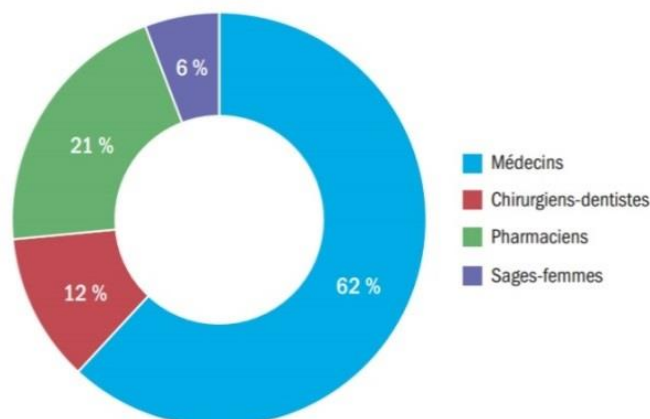
Le numerus clausus des professions médicales a été mis en place afin de pouvoir contrôler la diffusion des diplômés sur l’ensemble du territoire et ainsi uniformiser l’accès aux soins. Aujourd’hui, sa raison d’être est remise en question.

Quatre filières sont concernées par le numerus clausus :

En 2014, 355 390 professionnels de santé issus du numerus clausus exerçaient en France. Ils étaient répartis de la façon suivante :

- 219 834 médecins
- 41 186 chirurgiens-dentistes
- 73 598 pharmaciens
- 20 772 sages-femmes

Répartition des 4 professions de santé au 1^{er} janvier 2014 (total = 355 390)



Mis en place en 1971, il devait être la réponse à une trop grande disparité géographique tout en régulant le nombre d'étudiants par rapport aux places disponibles en service hospitalier pour accueillir les étudiants au cours de leur formation pratique.

Créé donc pour équilibrer la balance entre offre (des professionnels fraîchement diplômés) et demande (de soins) sur l'ensemble du territoire français, le *numerus clausus* ne semble cependant plus tenir ses promesses.

Un rapport publié par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé pointe le fait que le *numerus clausus* soit devenu inutile sur certains points. (161)(162)

Depuis plusieurs années, l'arrivée de médecins titulaires d'un diplôme étranger et contournant alors les modalités du *numerus clausus* remet en cause le bien-fondé de celui-ci.

En effet, la France accueille de plus en plus de professionnels de santé étrangers ou français formés hors de ses frontières. Un phénomène difficilement évitable du fait de la libre circulation au sein de l'Union Européenne. Le fameux *numerus clausus*, qui régule le nombre de praticiens, est donc désormais largement caduc.

L'alarme vient d'être officiellement sonnée par le Président de l'Ordre des médecins. Le 26 Mars 2014, sur le site de presse médicale EGORA, Patrick BOUET expliquait qu'il y aurait bientôt trop de médecins, et non trop peu. « *Ce flux croissant, qui va bouleverser les prévisions, est une nouvelle réalité dont le ministère n'a probablement pas mesuré l'impact. Nous lançons l'alerte car le comble serait que l'on nous dise à l'avenir qu'il faut réduire le *numerus clausus** ». Il est également soutenu par Philippe GAERTNER, Président du Centre National des Professions de Santé (CNPS) déclarant que « *les objectifs poursuivis par le *numerus clausus* sont détournés et ont un effet délétère : on bloque des jeunes en France qui voudraient exercer une profession médicale et on fait venir des gens formés à l'étranger* ».

C'est particulièrement la chirurgie dentaire qui est concernée par la forte augmentation de professionnels titulaires d'un diplôme étranger (de nationalité française ou étrangère). Ces installations massives de professionnels rendent caduques les projections démographiques que le *numerus clausus* a permis de réaliser et en viennent même à faire craindre un excès d'offres, alors même que de nombreux départs en retraite faisaient plutôt craindre une pénurie.

L'uniformisation de l'offre de soins sur le territoire se fait donc en amont, grâce aux concours à l'issue de la première année et avant l'internat, permettant ainsi de disperser les étudiants sur le territoire et cela dans un but de régulation tant quantitative que géographique.

En 2010, les cursus ont été modifiés, proposant désormais une Première Année d'Etudes Communes en Santé (PACES) mais reposent toujours sur le même principe avec comme échéance de fin d’année, un examen classant.

Le numerus clausus est défini chaque année par rapport aux besoins de la population, cependant, il est difficile à définir puisqu’il doit tenir compte des besoins à venir tout en sachant que les études de santé durent de 6 à 10 ans. De plus, il est légèrement faussé par l'ouverture de places supplémentaires pour l'admission directe des étudiants en 2e ou 3e année (système de passerelle). En effet, alors qu’en 2001, seules 42 places supplémentaires étaient autorisées en médecine, on montait à 536 en 2013, 86 en pharmacie (contre 3 en 2001), 71 en odontologie (contre 2 en 2001) et 28 en maïeutique (0 en 2001). Bien que ce nombre de places évolue d'une année sur l'autre, c'est tout de même une variable de plus dont il faut tenir compte.

Ainsi, l'arrivée sur le territoire de jeunes diplômés étrangers, les places supplémentaires et la concentration des étudiants dans certaines régions font que le numerus clausus ne semble plus couvrir les besoins de la population. Ce phénomène est encore accentué par le fait que l'évolution des métiers est peu intégrée au processus de régulation ce qui pourrait contribuer, à terme, au développement des déserts médicaux.

À la différence d’autres professions de santé, les pharmaciens étrangers sont peu présents : Ces derniers ne représentent que 1,7% des inscrits. Les pharmaciens sont donc moins touchés par les conséquences du numerus clausus que les médecins ou les sages-femmes, c’est pourquoi l’ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) estime que l’avenir de la démographie de leur profession est davantage lié à « *la mutation qui peut s’opérer dans l’organisation de la distribution du médicament et du nombre d’officines* ».

En 2010 déjà, l’hypothèse de suppression du numerus clausus avait été évoquée dans le rapport Attali puisqu’il proposait que les cursus s’articulent exclusivement autour d’examens et non de concours afin d’évaluer les étudiants par rapport aux exigences de compétences. Face à ces propositions, la majorité des doyens des facultés de pharmacie considère que ce quota doit être maintenu à défaut de trouver mieux. Toutefois, ils sont conscients que celui-ci tend à diminuer compte-tenu de l’employabilité en officine et dans l’industrie pharmaceutique.

Ce maintien du numerus est également soutenu par Philippe GAERTNER, Président de la FSPF qui dit ne pas être en accord avec ce rapport qui risque d’être délétère pour les pharmaciens car ceux-ci ne sont en effet pas dans la même problématique que les médecins si on prend, par exemple, la répartition de ces professionnels sur le territoire. Il est donc indispensable selon lui de « *faire attention à ne pas trouver des mesures communes qui ne seraient pas adaptées à la pharmacie* ».

A contrario, Gilles BONNEFOND, Président de l’USPO considère que « *le numerus clausus* [tel qu’il est aujourd’hui] *ne sert à rien* » puisque, d’après lui, « *aujourd’hui la profession de pharmacien n’est pas encore impactée par l’arrivée des jeunes à diplôme étranger* ». Il craint, cependant, qu’on récupère demain des pharmaciens formés ailleurs en Europe dans les centres privés comme Fernando-Pessoa. Cette crainte fait naître alors en lui l’hypothèse qu’on puisse augmenter ce numerus afin de contrer la demande venant de l’étranger.

PARTIE III - De nouvelles structures pour accueillir une profession en pleine évolution

Les évolutions professionnelles et les nouvelles responsabilités du pharmacien qui s'ajoutent à sa mission de base de dispensation des médicaments nécessitent, indéniablement, une modification des modalités d'exercice ainsi que des locaux dans lesquels s'accomplissent ces activités.

1 - Espace de confidentialité

a) Le but ?

De plus en plus, l'officine ne doit plus être appréhendée comme « un espace de vente » mais doit se recentrer sur le cœur du métier, à savoir le **conseil**, véritable valeur ajoutée de la profession la distinguant ainsi des pharmacies de grandes et moyennes surfaces.

Cette évolution est incompatible avec les officines traditionnelles comportant des locaux exigus, sans possibilité d'extension. Il est donc dorénavant indispensable que le pharmacien prévoit un espace de confidentialité dans lequel il puisse recevoir le patient et s'entretenir avec lui.

b) La mise en œuvre

Si des travaux sont prévus ou en cours, l'idéal est, bien sûr, d'intégrer ce type d'espace au futur agencement. Sinon, il va falloir essayer de lui trouver une place.

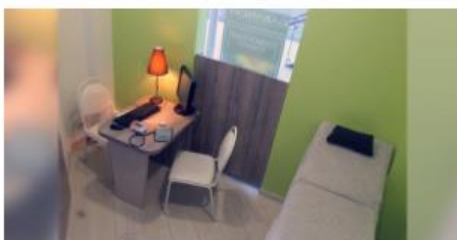
b.1) Un local bien pensé et adapté (163)(164)

Lors de la création d'un espace de confidentialité, il est important d'avoir en tête plusieurs points :

L'**agencement** doit être agréable, sobre, accueillant et, si l'endroit le permet, spacieux (6 m² au minimum).

De plus, pour veiller à la confidentialité, le pharmacien doit s'assurer de la bonne séparation, isolation de cet espace vis-à-vis des postes de dispensation habituels.

Pour favoriser une **ambiance** conviviale facilitant le dialogue et la confiance des deux individus l'un envers l'autre, il faut aussi veiller au choix des couleurs qui ne devront pas être trop froides ou trop prononcées. On pourra également installer des lumières plutôt douces, tamisées et y rajouter quelques notes de verdure à l'aide de plantes par exemple.



Le **mobilier**, quant à lui, doit être confortable mais ne doit pas paraître trop médical afin de ne pas instaurer un climat trop stressant, trop rigide entre le patient et le pharmacien.

Le mobilier mis en place consiste en :

- Une table rectangulaire et suffisamment large de façon à pouvoir étaler des documents si nécessaire.
- Une chaise pour le pharmacien
- Une (ou deux) chaise(s) pour le patient qui peut être accompagné. Ces chaises sont installées de l'autre côté de la table de telle sorte que le patient et le pharmacien soient l'un en face de l'autre. Il est préférable que ces chaises ne comportent pas d'accoudoir afin de ne pas gêner un patient en surpoids.

Un **point d'eau** (fontaine) peut également être installé pour permettre l'hydratation d'un patient trop stressé, paniqué, ou bien simplement pour permettre à celui-ci de prendre le médicament que son pharmacien peut potentiellement lui délivrer lors de l'entretien.

Côté pratique, l'espace de confidentialité ne doit pas être trop éloigné de la zone de délivrance puisque, plus on s'éloigne des comptoirs, moins l'équipe s'y rend.

De plus, ce lieu doit être clos, ou semi-clos, la règle d'or est la confidentialité et l'anonymat.

L'aspect de la **signalétique** est aussi important. Avant même d'entrer dans l'espace de confidentialité, le patient doit savoir où il va mettre les pieds. Pour cela, il est intéressant d'afficher certains mots d'accroche capables de capter le regard du patient afin qu'il soit d'emblée attiré par ce lieu lui paraissant être un espace adapté dans lequel il va pouvoir se livrer.

Ces mots peuvent être :

- ✓ Ecoute
- ✓ Conseil
- ✓ Confiance
- ✓ Aide
- ✓ Soutien

Faute de mieux, certains titulaires ne peuvent recevoir leurs patients que dans leur bureau ou en back-office. Cela n'est pas souhaitable puisque, bien souvent encombrés, ces espaces risqueraient de donner au patient l'impression de ne pas être à sa place et que ceux-ci ne lui sont pas entièrement consacrés, voire même autorisés. Dans de telles conditions, le bien-être et les confidences pourraient être amoindris auquel cas l'entretien serait moins efficace.

Enfin, quel que soit cet espace de confidentialité, il est indispensable de veiller à ce qu'il soit adapté pour recevoir les personnes déficientes, handicapées ou à mobilité réduite.

- Espace clair, bien identifié
- Sol approprié (pas glissant, pas de marche, pas sinueux)
- Matériel adapté (chaises pas trop étroites, limiter le nombre de meubles, de petits bibelots ...)
- Porte coulissante (gain de place et plus facile d'utilisation pour les personnes en fauteuil)

b.2) Le matériel indispensable

Pour une bonne prise en charge et de bons conseils, certains appareils sont indispensables :

Tout d'abord, il est primordial d'avoir du **matériel informatique**.

Un ordinateur possédant le logiciel de dispensation ainsi qu'un scanner permettront au pharmacien d'accompagner le patient de manière adéquate, sans jamais devoir s'absenter et le laisser seul le temps d'aller vérifier son historique médicamenteux par exemple, ou bien d'obtenir toute autre information le concernant.

L'espace de confidentialité devra également comporter ses propres **appareils de mesure** :

- **Tensiomètre** : Pour la prise en charge du patient hypertendu ou tout simplement pour une utilisation de routine, pour vérifier la tension d'un sujet qui se dit fatigué, faible, ou bien pour qui un nouveau médicament a été introduit.
- **Lecteur de glycémie** : Pour la prise en charge du patient diabétique ou bien pour le dépistage d'une quelconque hypo/hyperglycémie.
- **Pèse-personne** : Utile dans la prise en charge d'un patient en surpoids, hypertendu ou souffrant d'une pathologie cardiovasculaire dans laquelle un suivi pondéral est primordial.
A contrario, cet appareil peut aussi mettre en évidence une grande perte de poids pouvant témoigner d'une pathologie sous-jacente ou d'un mal-être physique/psychique.
- **Appareil Peak-flow** : Pour la prise en charge du patient asthmatique ou se plaignant d'une faiblesse respiratoire depuis quelques jours.

2 - Regroupement d'officines (165)(166)(167)

a) En quoi cela consiste-il et quel est son but ?

a.1) Pourquoi choisir de se regrouper ?

Les centres villes ont vu fleurir des pharmacies parfois distantes de quelques dizaines de mètres seulement. Cette répartition demeure proportionnelle à la démographie de la ville certes, mais elle ne peut cependant pas empêcher une certaine concurrence de s'installer. Certaines officines, bien implantées et ayant une clientèle fidèle se portent très bien, mais d'autres, plus petites ou moins bien signalées, peinent à se faire connaître. La survie de ces dernières peut alors parfois être remise en question et le titulaire, pour faire face à ce manque de rentabilité, peut décider de se regrouper avec une autre officine rencontrant le même problème afin d'unir leurs forces pour continuer à exister.

a.2) Les conditions préalables au regroupement (168)(167)

Les regroupements de ce type sont réglementés et doivent répondre à certaines conditions :

« *Un regroupement d'officines doit répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines (...). Les regroupements ne peuvent être accordés que s'ils n'ont pas pour effet de compromettre l'approvisionnement*

nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine » (Article L. 5125-3 du CSP).

L'article L. 5125-15 du CSP stipule qu'il est possible de « regrouper des officines en un lieu unique, à la demande de leurs titulaires. Le lieu de regroupement peut être l'emplacement de l'une des officines ou un lieu nouveau dans la commune dont dépend l'une des officines regroupées. Cette dernière solution est possible uniquement lorsque toutes les officines seront fermées. Une fois le regroupement d'officines réalisé, les licences libérées doivent être prises en compte au sein de la commune où a eu lieu le regroupement ».

Un regroupement d'officines est donc un engagement, un accord entre deux titulaires, ou plus (il n'existe pas de nombre maximal), qui décident de se réunir, de réunir leurs officines ainsi que leur clientèle respective.

Ce regroupement peut se faire dans l'une des pharmacies déjà existantes ou bien dans un nouveau local construit à cet effet. Dès lors, les deux pharmaciens deviennent co-titulaires de la nouvelle officine.

Le régime actuel de répartition est issu de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2007 : La possibilité de création s'efface au profit des transferts pour réaménager l'offre pharmaceutique et des mesures nouvelles sont prises pour faciliter et inciter les regroupements. Les dernières modifications sont issues de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2012 : Les licences libérées à l'issue d'un regroupement doivent être prises en compte dans un délai minimum de 12 ans.

En effet, cette procédure de regroupement présente l'avantage de conserver le même nombre de licences dans la ou les commune(s) concernée(s) ce qui exclut toute possibilité d'implantation d'une nouvelle pharmacie. L'(les) officine(s) désaffectée(s) ferme(nt) mais l'ancien titulaire conserve sa licence qui prend une valeur virtuelle. Cette licence empêche ainsi toute autre officine de s'installer dans le périmètre concerné par le regroupement. Cependant, le DGARS peut mettre fin à cela à l'issue d'un délai de 12 ans à compter de la délivrance de l'autorisation de regroupement et après avis des syndicats représentatifs du Conseil compétent de l'Ordre des Pharmaciens.

a.3) Ne pas confondre « regroupement » et « association »

Ceci est à différencier des « associations » de pharmaciens, qui sont quant à elles plus courantes.

En effet, deux pharmaciens associés sont aussi co-titulaires de leur bien mais leur réunion n'entraîne aucune fermeture d'officine en parallèle.

Le pharmacien d'une officine A s'associe au titulaire d'une officine B, au sein de l'officine B (par exemple), mais en aucun cas l'officine A ne fermera ses portes. Elle continuera de vivre grâce au reste du personnel.

Lors du regroupement, l'officine A doit fermer et l'équipe peut suivre, ou non, son titulaire dans l'officine B. Cela peut concerner simplement deux officines mais un regroupement peut aussi être réalisé entre trois, quatre officines ce qui engendre dans ce cas, de la même façon, la fermeture de chaque officine indépendante.

Les statistiques de l'Ordre (169) en témoignent, les pharmaciens se regroupent très peu.

Cette procédure qui permet un regroupement de moyens financiers, techniques et humains, constitue pourtant une approche intéressante permettant de répondre aux nouveaux axes de la profession et de proposer davantage de services divers et variés.

Le regroupement d'officines demeure aussi être une véritable opportunité pour les pharmaciens désirant vendre leur bien mais n'y arrivant pas puisqu'une entreprise de ce type ayant un chiffre d'affaires conséquent est, par la logique des choses, plus facilement vendable.

Les locaux de la future pharmacie doivent respecter les conditions d'aménagement requises et applicables pour toutes les officines définies dans les articles R. 5125-9 et R. 5125-10 du CSP.

Pour rappels : (170)

- ✓ La superficie, l'aménagement, l'agencement et l'équipement des locaux d'une officine sont adaptés à ses activités.
- ✓ Les locaux de l'officine forment un ensemble d'un seul tenant y compris pour ce qui concerne les activités spécialisées d'optique-lunetterie, d'audioprothèse et d'orthopédie. Toutefois, des lieux de stockage peuvent se trouver à proximité immédiate, à condition qu'ils ne soient pas ouverts au public et ne comportent ni signalisation, ni vitrine extérieure.
- ✓ Aucune communication directe n'existe entre l'officine et un autre local professionnel ou commercial.
- ✓ L'accueil de la clientèle et la dispensation des médicaments s'effectuent dans des conditions de confidentialité permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers.
- ✓ Le mobilier pharmaceutique est disposé de telle sorte que le public n'ait directement accès ni aux médicaments, ni aux autres produits dont la vente est réservée aux officines.
- ✓ Toutefois, les médicaments de médication officinale mentionnés à l'article R. 5121-202 peuvent être présentés au public en accès direct dans les conditions prévues à l'article R. 4235-55. Les tests de grossesse et les tests d'ovulation peuvent également être présentés au public en accès direct, dans les mêmes conditions.

De plus, l'officine doit comporter :

- ✓ Un emplacement adapté et réservé à l'exécution et au contrôle des préparations magistrales et officinales.
- ✓ Une armoire ou un local de sécurité destiné au stockage des médicaments et produits classés comme stupéfiants.
- ✓ Un emplacement destiné au stockage des médicaments inutilisés.
- ✓ Les activités spécialisées d'optique-lunetterie, d'audioprothèse et d'orthopédie font l'objet d'un rayon individualisé et, le cas échéant, d'un espace permettant au patient d'essayer le produit dans des conditions satisfaisantes.

Si des travaux doivent être entrepris, une déclaration devra être faite à l'ARS et à l'Ordre Régional des Pharmaciens avant leur réalisation.

Le développement des regroupements dans les grandes villes ou dans les communes de moindre importance, comportant au moins deux pharmacies, ne pose aucun problème juridique.

En revanche, cela paraît plus compliqué à mettre en œuvre en zone rurale. En effet, toutes ces opérations de regroupement, de restructuration ne doivent, en aucun cas, compromettre l'accès aux soins, aux conseils, ni le bon approvisionnement en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine de l'une ou l'autre des officines.

De plus, baisser le nombre de points de vente permettrait d'apporter un service plus performant et plus diversifié au travers d'entités plus grandes. Cependant, un tel phénomène est toujours une opération délicate puisqu'il nécessite une bonne entente entre les différentes officines qui restent, néanmoins, concurrentes.

b) Comment s'y prendre ? Les démarches à suivre ?

b.1) Demande de licence auprès de l'ARS (171)(172)

« Toute création d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre et tout regroupement d'officines sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, après avis du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens, du représentant de l'Etat dans le département et des syndicats pharmaceutiques » (Articles L. 5125-3 à L. 5125-15, R. 5125-1 à R. 5125-12 du Code de la Santé Publique, CSP).

Lors d'un regroupement d'officines, la première chose à faire est d'obtenir une licence de regroupement auprès de l'ARS demandée au titre de l'article L. 5125-15 du CSP.

Pour ce faire, le pharmacien demandeur communique un dossier comportant l'ensemble des pièces (énumérées dans l'Arrêté du 21 Mars 2000) à l'Agence qui interroge ensuite, pour avis, les différentes instances : Ordre des Pharmaciens, syndicats, Préfet.

Le DGARS prend alors, dans un délai de 4 mois, la décision d'octroyer ou de refuser la licence au pharmacien. Attention, en cas de souhait de regroupement dans une autre région, l'avis des autorités des régions d'accueil et d'origine est nécessaire (décision conjointe des DG des ARS des deux régions).

Ce dossier comporte :

- L'identité, la qualification et les conditions d'exercice professionnel des pharmaciens auteurs du projet. Le cas échéant, le statut de la personne morale au nom de laquelle la demande est formulée.
- La localisation de l'officine projetée et, le cas échéant, de l'officine ou des officines dont le transfert ou le regroupement est envisagé.
- Les éléments de nature à justifier les droits du demandeur sur le local proposé.

- Les éléments permettant de vérifier le respect des conditions minimales d'installation prévues par le CSP.
- Les éléments permettant de démontrer que le projet satisfait aux conditions du CSP.

Le dossier doit également être accompagné d'un document cartographique faisant apparaître clairement le secteur d'origine de la ou des officines.

Lorsque le dossier est complet, il est adressé en quatre exemplaires au Préfet du département puis le directeur général de l'Agence Régionale de Santé procède à l'enregistrement de la demande. Celui-ci délivre ensuite au demandeur un récépissé mentionnant la date et l'heure de cet enregistrement.

b.2) Demande d'inscription au Tableau de l'Ordre

Une fois cette licence accordée, les titulaires regroupés doivent, dans les 15 jours suivants, informer par écrit le Conseil Régional de l'Ordre en lui communiquant la copie de la décision d'octroi de licence.

Cependant, cette autorisation n'est pas suffisante, il faut également effectuer une demande d'enregistrement de la déclaration d'exploitation sur l'emplacement de l'officine regroupée. Ceci doit avoir lieu impérativement dans un délai de un an suivant la réception de notification de licence. Au-delà des un an, la licence encourt la caducité (L. 5125-7 du CSP).

Pour procéder à cet enregistrement, il suffit de déposer un dossier, en double exemplaire, au Conseil Régional de l'Ordre, et cela au moins un mois avant la séance du Conseil (dates disponibles sur le site de l'Ordre).

Les documents à joindre au dossier sont différents en fonction de s'il s'agit d'une SEL (Société d'Exercice Libéral) ou bien si le regroupement s'accompagne de l'arrivée ou du départ d'un pharmacien.

Dans ce dossier, les pharmaciens doivent proposer une date de début d'exploitation de l'officine regroupée. Cette date devra tenir compte d'un délai de 4 semaines (à compter de la réunion du Conseil) nécessaire à la modification de leur carte CPS (Carte de Professionnel de Santé) ainsi qu'à son envoi. Cette date devra ensuite être validée par le Conseil Régional.

Si, en cas d'imprévu, les pharmaciens regroupés sont contraints de repousser la date de début d'exploitation de l'officine, il faut en informer le Conseil Régional. Cette démarche est à réaliser, au plus tard, 8 jours avant la date initialement prévue grâce à un formulaire téléchargeable sur le site de l'Ordre. Un nouveau certificat sera alors délivré.

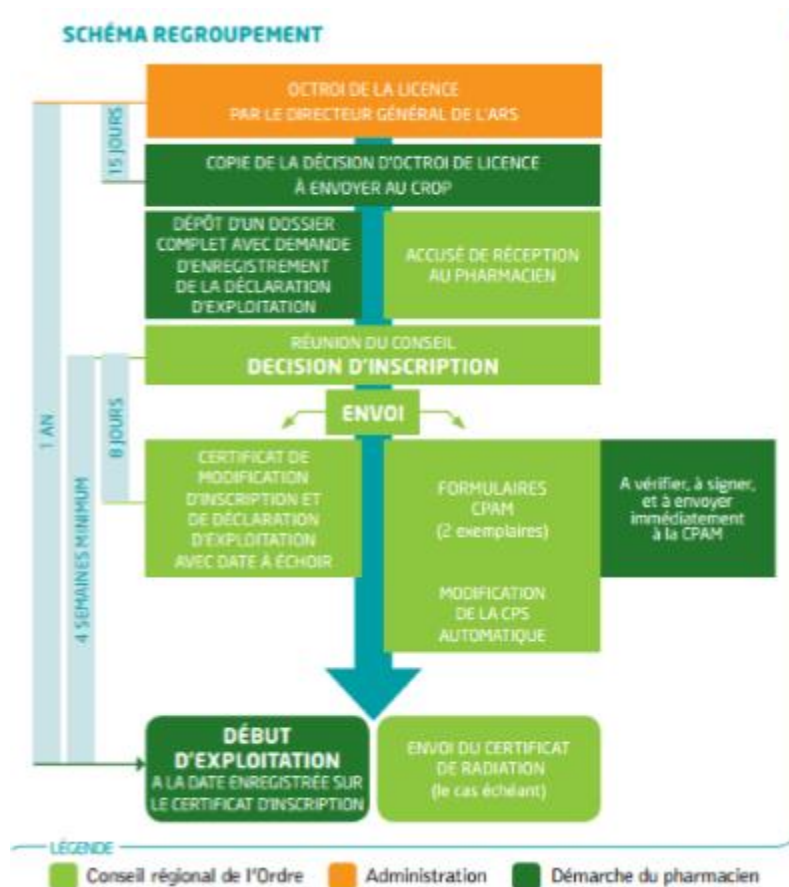
Attention, si la déclaration de report est faite tardivement, le changement ne pourra pas être pris en compte et la date de début d'exploitation mentionnée sur le certificat d'inscription ne pourra plus être modifiée.

Un formulaire de « Déclaration préalable de début d'exploitation » téléchargeable sur le site de l'Ordre est aussi à remettre au CROP.

b.3) Enregistrement auprès de l'Assurance Maladie

Une fois la séance du Conseil ayant eu lieu, dans les 8 jours suivants, les titulaires recevront leur certificat d'inscription modifié accompagné de deux exemplaires du formulaire d'adhésion à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. Le cas échéant, ils recevront un formulaire pré-rempli de demande de carte CPS.

Dès lors, ils devront envoyer à la CPAM dont ils dépendent les deux formulaires pré-remplis d'adhésion signés par le ou l'ensemble des titulaires de la pharmacie, le tout accompagné d'un RIB. Mais, s'il leur est remis un formulaire CPS, ils devront vérifier les informations pré-remplies, éventuellement les compléter, puis signer le formulaire et l'envoyer le plus rapidement possible au GIP-ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé) à Paris.



c) A la rencontre d'un pharmacien co-titulaire d'officines regroupées

La région nantaise et ses alentours comptent peu d'officines regroupées, cette décision de regroupement grandissant chaque année reste encore peu fréquente en 2015. Cependant, afin de rendre ce travail plus concret et pour plonger dans la réalité de ce qui se fait vraiment, un entretien avec un pharmacien d'officine s'étant regroupée est apparu comme indispensable.

Après avoir accepté de se confier sur les dessous de son regroupement, Bénédicte DESCAMPS, pharmacien d'officine à BLAIN (Loire-Atlantique) a su apporter, le 19 Septembre

2015, avec honnêteté et sympathie, plusieurs petites précisions s'avérant primordiales à la bonne compréhension de cette sous-partie.

Le contexte :

Tout d'abord, resituons le contexte : BLAIN est une petite ville comptant environ 10 000 habitants pour laquelle, jusqu'en qu'en 2013, on dénombrait 3 officines pour 4 pharmaciens (co-)titulaires. Cette année-là, les quotas pour pouvoir implanter une pharmacie ont changé : Une officine peut être ouverte à partir de 2500 habitants et, jusqu'en 2013, une nouvelle officine pouvait s'implanter à chaque tranche supplémentaire de 3500 habitants (contre +4500 habitants par la suite). (170)

Ces 3 pharmacies étaient toutes situées dans le bourg de BLAIN, séparées de 200m les unes des autres. Chacune d'entre elles avait un chiffre d'affaires tout à fait respectable, cependant, la dynamique de la ville a fait naître chez certains pharmaciens l'envie d'aller ailleurs. En effet, il était question, dans les années 2011-2012, d'ouvrir une maison médicale relativement excentrée du cœur de la ville afin de pallier, entre autres, aux départs à la retraite imminents de plusieurs médecins installés dans le bourg. Ce projet n'a malheureusement pas abouti mais il a été à l'origine de tout un remodelage du maillage officinal de BLAIN.

Les démarches réalisées :

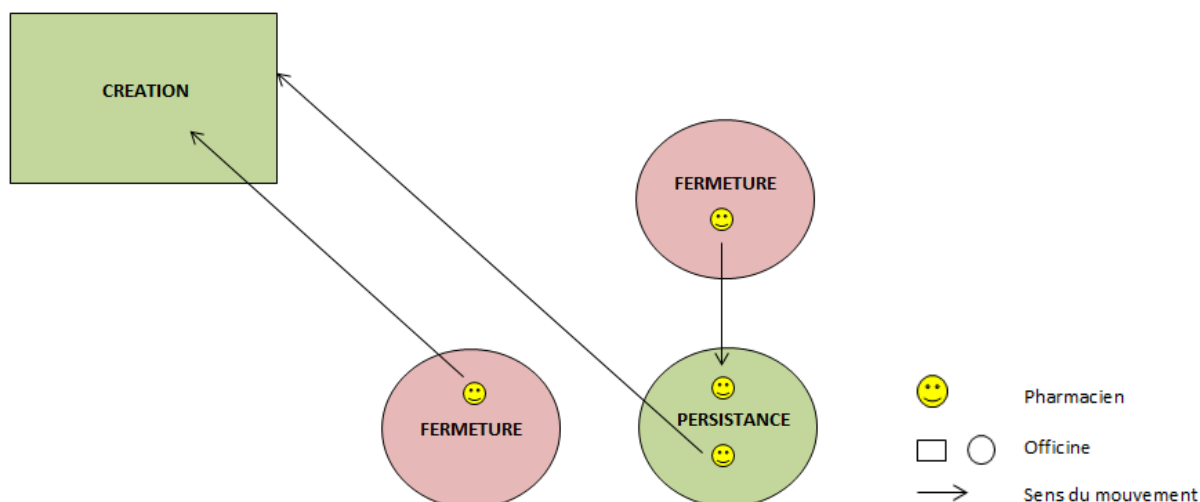
Une première demande de transfert de l'une des officines, du centre vers la périphérie, a été faite mais celle-ci fut refusée. Ainsi, face à leur avenir incertain (départs des médecins, création de la Maison Médicale, évolution du métier ...), les 4 (co-)titulaires de BLAIN ont choisi de s'unir. Pour cela, deux d'entre eux ont décidé de fermer et de revendre leur bien alors que celui détenu par les 2 pharmaciens associés était conservé.

Dès lors, en investissant tous les quatre, à parts égales, les pharmaciens se sont lancés dans la création d'un nouveau local qui a ouvert ses portes le 21 Mai 2013, en périphérie de BLAIN, à proximité du lieu où la Maison Médicale devait s'implanter. En parallèle, l'officine restant dans le bourg a également vu ses parts se diviser, ainsi, les trois professionnels possèdent aujourd'hui des parts similaires dans chacune des deux SELARL (Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée).

Les impacts sur le personnel respectif de chaque officine :

- Un premier pharmacien ayant vendu son bien est devenu co-titulaire de la structure nouvellement créée. Le second co-titulaire étant l'un des deux anciens associés.
- Le second associé restant dans la pharmacie du bourg est désormais associé au second pharmacien ayant également vendu son local après fermeture.
- Les préparateurs en pharmacie ont quant à eux suivi leur titulaire d'origine et ont conservé les mêmes conditions de salaire et d'ancienneté qu'auparavant.

→ Schéma explicatif des flux des pharmaciens à la suite du regroupement :



d) Les répercussions financières du regroupement

Les comptables ne diront pas le contraire, 1 + 1 font rarement 2 en matière de chiffre d'affaires, cependant ici la situation financière post-regroupement semble être plus favorable puisque le chiffre d'affaires des deux officines cumulés s'avère être supérieur à la somme des trois officines avant regroupement.

On observe toutefois quelques modifications sur la nature des ventes : Alors que la nouvelle pharmacie, implantée aux abords d'un hypermarché, brasse une population variée, de tout âge, celle persistant au cœur de la ville de BLAIN a vu sa clientèle changer. Cette dernière étant représentée par une majorité de retraités et de personnes âgées, la vente de certaines gammes de produits, telles que la gamme Bébé, a chuté. Afin de s'adapter à cette nouvelle dynamique, une réorientation de l'offre de soins et le développement du rayon orthopédique et de matériels de MAD sont prévus.

D'une manière générale, lors d'un regroupement d'officines, les bénéfices économiques reposent aussi sur d'autres points essentiels :

✓ *La Cotisation Economique Territoriale (CET) : (173)(174)*

Anciennement appelée « taxe professionnelle », la Cotisation Economique Territoriale mise en place depuis 2010 s'est révélée profitable aux officines puisqu'elle ne représentait plus, lors de son instauration, que 0,13% du chiffre d'affaires, contre 0,28% en moyenne avec la taxe professionnelle. De plus, imposée à chaque pharmacie de façon individuelle, cette nouvelle taxe se trouve désormais divisée entre les différents protagonistes du regroupement, les frais sont donc partagés et amoindris pour chacun respectivement.

✓ *La gestion de l'officine :*

Un pharmacien gérant seul son entreprise doit assumer personnellement les frais engendrés par la gestion de celle-ci comme par exemple le loyer ou bien les frais liés aux commandes de médicaments, au cabinet de comptabilité etc.

Lorsqu'il décide de se regrouper avec un confrère, tous ces frais sont partagés et la somme finale demandée à chacun est, en toute logique, inférieure. Encore une fois, $1 + 1 \neq 2$ et les frais respectifs de chaque pharmacien ne s'additionnent pas.

- Un seul loyer qui est divisé entre les différents co-titulaires de la société.
- Un seul stock qui n'est plus géré individuellement mais collectivement.
- Un seul cabinet comptable (contre deux auparavant, un pour chaque officine).

Cependant, les répercussions financières peuvent, dans certains cas, toucher de manière négative la nouvelle structure.

✓ *Les impôts : (175) (176)*

S'il n'est pas regroupé, un pharmacien titulaire doit payer des impôts sur le revenu qui sont proportionnels aux bénéfices réalisés durant l'année d'imposition. Il s'agit là d'impôts qui lui sont personnellement dus.

Après regroupement et création d'une SEL (Société d'Exercice Libéral), un second impôt s'ajoute au précédent, on parle d'impôt sur la société pour lequel le taux dépend également du chiffre d'affaires réalisé durant l'année concernée auquel on soustrait les charges, la somme totale consacrée aux salaires etc.

Ainsi, les pharmaciens regroupés se voient contraints de payer deux sortes d'impôts, le regroupement n'est donc pas sans conséquence financière à la fin de l'année.

En effet, dans un premier temps, chaque gérant de la nouvelle société, désormais considéré comme « salarié », reçoit une rémunération relativement constante d'un mois sur l'autre.

Pour les anciens titulaires, comme c'est le cas à BLAIN, ayant fini de rembourser le prêt d'achat de leur ancienne officine et touchant un salaire très confortable, la rémunération est revue à la baisse puisque les bénéfices sont partagés. Cette diminution de salaire s'accompagne alors d'une diminution d'impôts sur le revenu.

Cependant, cela ne s'arrête pas là puisque vient s'ajouter, dans un second temps, l'impôt sur la société concernant, au même titre, chacun des co-titulaires de la SEL.

Bien que celui-ci soit divisé en nombre de parts égales, il est possible, dans certaines situations (lorsque la SEL créée est à l'origine de gros bénéfices par exemple) qu'il puisse provoquer une hausse de la somme totale versée à l'Etat respectivement pour chacun des gérants.

✓ *La possible perte de clientèle :*

En choisissant de se regrouper, les pharmaciens prennent le risque de voir diminuer leur clientèle et de perdre certains de leurs patients pourtant fidèles à l'origine.

En effet, si la bonne entente et les bonnes relations entre les gérants de l'officine sont indispensables, il en est de même avec les patients. Il est humain d'avoir ses préférences, d'être plus à l'aise avec tel pharmacien voire même de ne pas en apprécier un autre. Toutefois, ce paramètre doit être pris en compte par le pharmacien puisque le fait de s'associer avec un confrère ayant une mauvaise réputation dans le quartier ou bien n'ayant pas le même type de clientèle ni la même façon d'exercer le métier, peut contribuer à déstabiliser la patientèle habituelle de l'officine qui ne s'y retrouve alors plus et qui, par conséquent, choisit d'aller trouver d'autres nouveaux repères lui correspondant plus ailleurs.

Cette perte de patients fidèles peut également avoir lieu en cas de regroupement sur un autre site mettant en péril la proximité qu'avaient certains d'entre eux avec la pharmacie.

Ainsi, indéniablement, cette perte de fréquentation, quelle que soit son origine, est en mesure d'engendrer une baisse des ventes et donc du chiffre d'affaires.

e) Un confort de vie et d'exercice

Si globalement le regroupement d'officines est bénéfique au niveau économique, il l'est aussi vis-à-vis de la qualité de vie du personnel.

En effet, du jour au lendemain, le pharmacien qui gère seul son entreprise et qui portait seul sur ses épaules toutes les responsabilités associées se voit allégé de tout un tas de tâches. En se regroupant, les co-titulaires prennent la décision de se partager équitablement les rôles en fonction du profil et des préférences de chacun. Cette mesure, à condition d'accepter de léguer les tâches et de partager les responsabilités, est une véritable bouffée d'oxygène pour ces pharmaciens ayant trop souvent tendance à sacrifier une partie de leur vie personnelle au profit de leur officine.

Cette amélioration concerne également le personnel respectif de chaque pharmacie puisque, en se réunissant au sein d'une seule et même structure, le nombre d'employés augmente et les contraintes d'emploi du temps s'amointrissent.

f) Proposition aux patients de services diversifiés

La Loi HPST de 2009, en reconnaissant les compétences des pharmaciens dans différents domaines, leur octroie le droit de proposer à leurs patients des services de plus en plus variés et de plus en plus personnalisés pour une prise en charge optimale de leur santé.

Ces nouvelles missions (éducation thérapeutique, entretiens pharmaceutiques, pharmacien correspondant ou bien encore pharmacien coordonnateur de soins) demandent cependant du temps et c'est bien souvent ce qu'il manque.

En allégeant les contraintes de présence et les responsabilités respectives de chaque pharmacien, le regroupement peut être une arme efficace dans ce nouveau challenge qui s'offre à eux. En effet, en exerçant dans une structure généralement plus grande que celle d'origine (en cas de nouveau local) et pouvant ainsi accueillir davantage de personnel, l'organisation et la mise en place de services de soins supplémentaires sont favorisées.

De plus, il est également toujours plus motivant de se lancer à plusieurs dans une telle expérience puisque les idées et la participation active de chacun sont de véritables pièces motrices dans l'élaboration de tels projets. Comme dit le fameux dicton « *seul on va vite mais ensemble on va plus loin* ».

3 – Un lieu dédié à la télémédecine

Les Pharmaciens sont des acteurs à part entière de Santé Publique.

Les croix vertes représentent bel et bien aujourd'hui des lieux de santé de proximité, de qualité et de confiance dans lesquels les officinaux et leur équipe veillent, chaque jour, à se former, à se perfectionner afin de se préparer au mieux aux nouveaux enjeux de la médecine personnalisée et de la télémédecine.

a) L'origine de la Télé médecine (177)(26)

- **La population française vieillit :** Les maladies chroniques sont de plus en plus nombreuses. En 2014, les pathologies chroniques touchent plus d'un tiers des bénéficiaires de l'Assurance Maladie et leurs coûts représentent chaque année plus de 75% de ses dépenses. De plus, les prévisions épidémiologiques laissant penser que la fréquence de ces pathologies ira en augmentant, le coût de la prise en charge de ces patients risque donc d'exploser.
- **Le nombre de médecins est en baisse :** Une quantité non négligeable de médecins part à la retraite sans être remplacée. Cela est très fréquent et problématique dans certaines régions du territoire plus isolées, moins attractives, qui deviennent alors des « déserts médicaux » dans lesquels l'accès aux soins est de plus en plus compliqué.

b) Les objectifs et la place du pharmacien d'officine

En 2015, la problématique est de savoir comment rationaliser les dépenses de santé tout en améliorant la qualité des soins proposés aux patients et en luttant contre la désertification médicale. Dans ce contexte, la télé médecine apparaît comme une piste privilégiée puisqu'elle permet à une pharmacie installée dans une zone mal desservie, abandonnée, d'organiser sur prise de rendez-vous et dans un espace de confidentialité dédié une consultation en visioconférence avec le médecin et le patient.

Cette composante de la télésanté est une pratique médicale à distance mobilisant plusieurs technologies telles que les technologies de l'information et de la communication (TIC) (178)(179). Elle ne se substitue en rien aux pratiques médicales actuelles mais elle constitue une véritable réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins aujourd'hui.

En 2015, 53% des projets de télé médecine sont exclusivement hospitaliers et 4% seulement, extrahospitaliers (177). Pour garantir la qualité du parcours de santé des patients, une collaboration devra nécessairement être développée à l'avenir entre les secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire en décloisonnant ces projets afin de les ouvrir au secteur ambulatoire (maisons et centres de santé, cabinets libéraux) et au secteur médico-social (maisons de retraite, EHPAD).

Un triple objectif :

- **Pour les patients :** Donner accès à des soins sûrs et de qualité, favoriser le maintien à domicile, concourir à la réduction des délais de prise en charge, de la fréquence et de la durée des hospitalisations.
- **Pour les professionnels de santé :** Pallier l'isolement des zones reculées, faciliter une meilleure coordination des compétences, sécuriser les pratiques professionnelles et enrichir les approches au bénéfice des patients tout en reconnaissant le rôle de chacun. Cela permettrait également aux laboratoires de réaliser des suivis post-AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en temps réel de leurs médicaments et d'en suivre les effets secondaires sur une large population.

- **Pour les pouvoirs publics** : Mise en place de parcours effectifs de soins pour les patients en réponse aux enjeux de santé de la population et de démographie des professionnels dans une contrainte économique plus forte. Un tel système permettrait aux mutuelles de diminuer leurs dépenses en améliorant le suivi des patients (baisse de plus de 50% des ré-hospitalisations dans certains cas).

En 2015, la croissance des officines ne repose plus sur la vente de multiples produits mais, bel et bien, sur la capacité à proposer de nouveaux services.

Ces nouveaux services, en collaboration plus ou moins étroite avec les médecins et les autres professionnels de santé, permettraient aux officinaux de répondre, de façon plus satisfaisante et plus adaptée, aux besoins d'une population âgée de plus en plus nombreuse et nécessitant de plus en plus d'attention en termes de santé.

En effet, en recevant leurs patients dans un espace dédié, les officinaux ont désormais la possibilité de contribuer à :

- Etablir d'un diagnostic : Rappelons que le pharmacien ne peut établir de diagnostic lui-même, il n'est pas médecin. Cependant, grâce à la présence virtuelle d'un médecin dans la salle de consultation, le patient peut bénéficier d'une véritable consultation médicale pouvant se solder par la pose d'un diagnostic et/ou par la prescription d'un traitement, au même titre que lors d'un rendez-vous au cabinet médical.
- Recueillir un avis spécialisé : De la même façon que précédemment, la présence d'un médecin spécialiste en direct par visio-conférence permet au patient de bénéficier d'une consultation spécialisée et de qualité.
- Garantir, pour un patient à risque, un bon suivi dans le cadre de la prévention ou d'un suivi post-thérapeutique : Lorsque le pharmacien rencontre un patient qu'il considère comme étant à risque ou nécessitant un suivi thérapeutique assidu, il peut lui proposer de le recevoir, à intervalles réguliers, afin de surveiller ses constantes (poids, tension artérielle, glycémie, cholestérolémie ...) et de détecter le plus rapidement et le plus tôt possible une quelconque anomalie.
- Préparer une décision thérapeutique : En ayant la possibilité de participer à des réunions pluridisciplinaires dans le cadre de la télé-expertise, le pharmacien peut apporter, au même titre que ses confrères, des informations médicales pouvant s'avérer indispensables à la bonne prise en charge du patient par le médecin.
- Surveiller les patients : Suite à la demande spontanée d'un patient, le pharmacien peut être amené à le recevoir dans la salle de consultation afin d'y réaliser certaines prestations, certains actes médicaux visant à le rassurer, le conforter quant aux démarches ultérieures à suivre concernant son état de santé.
- La régulation médicale : Dans les situations d'urgence à l'officine, le pharmacien, grâce à la télémedecine, peut maintenant contacter les médecins régulateurs des centres 15 (SAMU) qui sont alors capables, en analysant l'état du patient, d'établir un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

En saisissant les opportunités s'offrant à eux, les pharmaciens d'officine s'investissent ainsi davantage dans leur nouveau rôle de professionnels de santé et s'inscrivent, plus que jamais,

dans le parcours de soins des patients. Ils constituent désormais un véritable levier d'amélioration de la qualité des soins et s'avèrent être un élément de réponse incontournable pour faire face aux défis de demain.



c) Un espace et des outils destinés à la télémédecine

En 2015, le monde entier est plongé dans « l'ère des nouvelles technologies » et la télémédecine est un exemple concret de ce que celles-ci peuvent nous apporter au quotidien.

A l'initiative du Rapport RIOLI en 2009 relatant, entre autres, de la télémédecine, Michel RIOLI est aujourd'hui à la tête d'une officine Vendéenne qu'il gère avec sa femme et associée, Sophie TOUFFLIN. Tous deux, extrêmement proactifs en ce qui concerne l'avenir de leur profession, s'inscrivent comme de véritables pionniers de la télémédecine en France. Afin d'enrichir ce travail portant sur « le pharmacien de demain », une découverte de leurs locaux et de leurs pratiques s'est alors imposée.



Pharmacie RIOLI-TOUFFLIN, Commequiers (Vendée - 85) – Lundi 21 Septembre 2015

Installés dans leur officine depuis 2008, les deux associés ont entrepris des travaux en 2010 afin de s'aligner sur les normes dictées par la loi HPST de 2009 et ainsi pouvoir exercer en toute sérénité les nouvelles missions pharmaceutiques s'offrant à eux.

Grande et spacieuse, la pharmacie est désormais équipée de divers espaces, chacun dédié à la pratique d'une mission bien précise :

- Un espace de confidentialité pour réaliser les entretiens pharmaceutiques
- Un local d'orthopédie adapté à la prise de mesures et à l'équipement des patients
- Un préparatoire pour la réalisation des doses à administrer
- Une salle de consultation pour l'exercice de la télémédecine et le suivi des patients

De plus, afin de proposer des soins de qualité et ce en toute sécurité, conformément à ce que le patient aurait pu trouver en se rendant dans un cabinet médical ou toute autre structure adaptée, la pharmacie s'est également dotée de matériels performants et qualifiés :

- Un lit de consultation destiné au patient (1)
- Un tensiomètre (2)
- Un oxymètre (2)
- Un pèse-personne
- Un thermomètre rectal (3)
- Un lecteur de glycémie (3)
- Un lecteur de cholestérolémie
- Un appareil de mesure de la carboxyhémoglobine (3)
- Un appareil de mesure de l'INR (3)
- Un appareil de mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) (4)
- Un peak-flow (5)
- Un lecteur de bandelettes urinaires (dépistage des infections urinaires, test des β -hCG, dépistage de l'insuffisance rénale) (6)



(1)



(2)



(3)



(4)



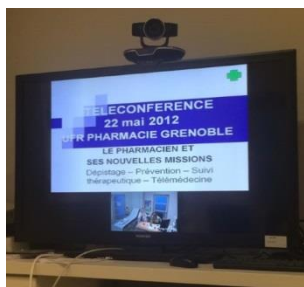
(5)



(6)

Certains d'entre eux sont spécifiquement indiqués dans la pratique de la télémedecine :

- Un grand écran (1)
- Une caméra pivotante dotée d'un zoom puissant (1)
- Une bonne connexion Internet : Connexion SDSL. Il faut que ce soit la même connexion des deux côtés (à l'officine et chez le médecin). Si ce n'est pas le cas, le matériel devra être ajusté sur le débit le plus lent.
- Un stéthoscope électronique (2) permettant au médecin connecté d'entendre exactement les mêmes sons que le pharmacien réalisant l'auscultation.
- Une caméra de dermatologie (3)
- Un otoscope (4)



(1)



(2)



(3)



(4)

Il est important de préciser que, si de prime abord c'est le pharmacien d'officine qui a la main sur ces différents outils et sur leur manipulation, grâce au logiciel de télémedecine, le médecin connecté peut également, s'il le désire, décider de les diriger lui-même.

Cependant, la mise en place de la télémedecine, de par les investissements qu'elle nécessite (travaux de mise aux normes, achats de matériels adaptés, performants et de qualité) représente un coût non négligeable qui n'est pas toujours envisageable pour les titulaires.

d) Les obstacles à la mise en place de la télémedecine

Le 29 Octobre 2013, un Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) (180) a été adopté par l'Assemblée Nationale. Celui-ci relate de divers programmes destinés à maîtriser les dépenses de santé et fait référence à la télémedecine en citant le pharmacien comme faisant partie des professionnels concernés par ce dispositif.

Cependant, en 2015, rares sont encore les officines qui proposent des méthodes de télémedecine à leurs patients puisque cette nouvelle technologie qui se met doucement en place doit faire face à plusieurs obstacles.

→ Le contexte législatif : (179)(181)(182)

En 2015, 90% des pharmacies font des prises de mesures mais cela n'est pas reconnu par la loi.

Aujourd'hui encore, le pragmatisme d'un certain nombre de pays européens (pays nordiques essentiellement) concernant toutes les démarches de prise de mesures et de mise en œuvre de l'e-santé pour communiquer ces données aux autres professionnels de santé fait défaut en France et nous empêche d'aller plus loin. Reconnaître ces usages serait reconnaître que ce n'est pas le pharmacien qui s'enrichit grâce à cela mais bel et bien le patient qui est content de pouvoir dialoguer, se confier et être surveillé à travers quelques mesures régulières (poids, tension, glycémie ...). Pour contourner la loi, les professionnels de santé ont donc choisi d'utiliser leur messagerie sécurisée comme outil de partage de données.

De même, la France est le seul pays au monde qui distingue le télé-conseil médical et la téléconsultation puisque si ces deux actes étaient reconnus comme identiques, l'Assurance Maladie se verrait contrainte de rembourser un télé-conseil de la même façon qu'une téléconsultation et ainsi payer pour des actes classifiés comme médicaux. L'Ordre des Pharmaciens tente donc de faire pression pour que tout acte demandant un effort de suivi soit reconnu à sa juste valeur dans les textes de loi ce qui permettrait alors de continuer à progresser et de faire évoluer nos pratiques, toujours dans l'intérêt du patient et de sa prise en charge.

→ Le contexte démographique :

Comme expliqué précédemment, la Télémédecine vise à solutionner, entre autres, le problème des déserts médicaux en offrant des soins à distance. Cependant, ne serait-il pas préférable de prendre le problème dans l'autre sens et réglementer l'installation des médecins sur le territoire français comme c'est le cas pour d'autres professions telles que la pharmacie ? Même si les soins proposés et délivrés sont de qualité et permettent aux régions isolées de bénéficier d'un service médical compétent, la perte du contact physique ne serait-elle pas un véritable manque pour la relation soignant/soigné à terme ?

De plus, la mise en place d'une telle mesure ne risque-t-elle pas d'engendrer l'extension des déserts médicaux sous prétexte que les patients ont désormais d'autres solutions pour rentrer en contact avec leur médecin et se faire soigner ?

Autant de questions qui restent sans réponse mais qui mériteraient d'être approfondies.

Malgré tout, de nouveaux concepts voient le jour et essayent, petit-à-petit, de promouvoir les nouvelles technologies (internet, vidéo, ordinateurs, téléphones, applications androïdes ...) au service de la santé afin d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients par les professionnels.

C'est le cas, par exemple, de SYMPAD qui est en train de se faire connaître et qui est, d'ors et déjà, en place dans certaines de nos officines.

e) Un dispositif déjà en place : SYMPAD (183)

SYMPAD est un outil de suivi des patients chroniques se présentant sous forme d'un logiciel et conçu pour le pharmacien afin d'accompagner sa pratique officinale. Il a été construit selon trois piliers, à savoir l'environnement de la pharmacie (possibilité de recevoir les patients et de s'entretenir en toute confidentialité avec eux), les besoins du pharmacien et, évidemment, ceux du patient.

Dans sa base de données, SYMPAD renferme de nombreux questionnaires dont les contenus ont été rédigés et vérifiés par un staff pluridisciplinaire de pharmaciens et de médecins.

Il s'agit d'une réelle solution innovante permettant aux professionnels de :

- Optimiser le suivi du patient en pharmacie et à domicile
- Effectuer des actions de prévention et de dépistage au sein même de l'officine
- Conforter le pharmacien dans ses nouvelles missions

De ce fait, ce dispositif s'inscrit parfaitement dans la continuité de la Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST, 2009) qui reconnaît comme essentielles les diverses missions du pharmacien (prévention, dépistage, accompagnement et éducation thérapeutique du patient ...) puisqu'il offre à l'officiel la possibilité d'avoir un véritable rôle au sein du parcours de soins.

Le suivi médicalisé mis en place par SYMPAD est réalisé en plusieurs phases :

- D'abord, le pharmacien propose au patient prenant un traitement associé à une maladie chronique de suivre régulièrement son état général ainsi que certains de ses paramètres biologiques/cliniques mis en jeu dans sa pathologie et indiquant le degré de contrôle de celle-ci (le pouls dans l'hypertension artérielle, la glycémie dans le diabète, le poids dans les maladies cardiovasculaires ...).
L'ensemble de ces informations est collecté au sein même de l'officine, dans l'espace de confidentialité prévu à cet effet et disposant de tout le matériel nécessaire pour un bon suivi (tensiomètre, lecteur de glycémie, pèse-personne ...).
- Ensuite, les données relatives au patient sont transférées, grâce à un serveur web sécurisé et garantissant le secret professionnel, à un médecin du groupe « Médecin Direct » en partenariat avec SYMPAD.
En accord avec la législation française, le logiciel est entièrement sécurisé, toutes les données sont stockées chez un Hébergeur Agréé « Données de Santé » (HADS). Il est aussi important de rappeler que le projet a obtenu l'autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ce qui garantit une réelle confidentialité des données qui ne seront donc jamais exportées vers des systèmes autres.
- Dès lors, une véritable analyse médicale est réalisée avec le même sérieux et le même professionnalisme que si le patient était dans le cabinet du médecin.
- Enfin, les conclusions tirées sont transmises au patient, bien sûr, ainsi qu'à son médecin traitant. En fonction des recommandations faites, le patient devra, ou non, aller consulter son médecin ou bien un professionnel de santé plus adapté (spécialiste).

Ce projet replace donc le patient au cœur du système de soins et valorise le rôle du pharmacien qui devient un acteur à part entière de sa prise en charge. N'oublions pas que le pharmacien d'officine est l'interlocuteur privilégié du patient en termes de santé du fait de sa proximité, de sa facilité d'accès (pas de rendez-vous) et de ses compétences. Il est donc tout à fait normal et légitime que celui-ci soit intégré, au même titre que les autres professionnels, dans le parcours de soins de chacun.

SYMPAD, en permettant un contact et un dialogue francs entre le patient et le pharmacien, offre aussi la possibilité au professionnel de prendre du temps pour éduquer le malade chronique à propos des auto-mesures pour qu'il puisse, s'il est demandeur et s'il en est capable, s'autogérer.

L'autogestion apporte bien souvent au patient un regain de confiance en lui et participe à améliorer sa qualité de vie en diminuant la survenue d'événements indésirables liés à la maladie (fatigue, malaises, épisodes confusionnels ...).

De plus, une pathologie bien traitée et bien contrôlée est en faveur d'une baisse des coûts de santé (moins d'hospitalisations, moins de comorbidités, moins de médicaments ...).

L'innovation SYMPAD représente donc, bel et bien, une avancée majeure dans le monde de la santé et annonce des résultats très prometteurs pour l'ensemble des concernés : Patients, professionnels de santé et Sécurité Sociale.

PARTIE IV - Les changements de modes de rémunération

1 – En quoi consiste cette nouvelle rémunération ? (184)(185)(186)(187)

a) Une rémunération à l'acte

a.1) Mode de paiement des nouvelles responsabilités

Le Pharmacien est reconnu comme professionnel de santé et est dorénavant rémunéré pour ses actes, au même titre que les médecins.

En effet, depuis la loi HSPT, le pharmacien se voit confier de nouveaux services tels que le dépistage (grippe, diabète, vaccination, autotests VIH ...), l'Education Thérapeutique du Patient ou bien encore l'accompagnement de malades chroniques (asthme, AVK etc).

Ces missions, dès lors qu'elles contribuent effectivement à améliorer la prise en charge des patients, devraient être rémunérées à l'acte et être considérées comme les actes médicaux des autres professionnels de santé. Ceci serait ainsi une manière simple de valoriser les efforts fournis par les pharmaciens pour être à la hauteur de leurs nouvelles responsabilités. C'est ce que reprend l'Académie de Pharmacie dans l'un de ses rapports : « *Si la formation professionnelle initiale et le développement professionnel continu du pharmacien d'une part, le modèle économique, l'équipement technologique et l'organisation de l'officine d'autre part, doivent être mis en cohérence avec l'évolution de la mission du pharmacien, le mode de rémunération aussi* ».

De plus, cette nouvelle organisation permettrait de faire l'économie de consultations médicales et d'hospitalisations inutiles. L'officine étant une entreprise, elle est aussi contrainte à trouver un équilibre économique et financier satisfaisant pour survivre tout en acceptant d'évoluer afin de remplir ses nouvelles missions de santé publique.

Cependant, la mise en place de ces nouveaux services n'engage pas une responsabilité globale du pharmacien vis-à-vis du patient comparé aux médecins, entre autres, qui sont payés par capitation grâce aux organismes payeurs (caisse d'Assurance Maladie par exemple).

Qu'est-ce que la capitation ?

La capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodigue. Si le mécanisme est trimestriel, le praticien est payé la même somme qu'il voie ou non le patient dans le trimestre et quel que soit le nombre de fois où il le voit.

A l'officine, les services sont réalisés de manière ponctuelle et un forfait ne permettrait pas de faire correspondre la rémunération aux prestations effectivement fournies (risque de sélection des patients, de comportements opportunistes des pharmaciens ...). Dès lors que les pharmacies sont des entreprises en concurrence pour la vente de produits à prix libres, on ne peut pas assigner durablement un patient à une pharmacie comme l'exige le forfait ou la capitation.

Ces actes devraient, cependant, être pris en charge par l'Assurance Maladie avec un ticket modérateur qui serait assumé par les organismes complémentaires, du moins pour les patients qui en bénéficient, et être intégrés dans le « panier CMU ».

a.2) Mode de paiement des médicaments dispensés

La loi HPST de 2009 ouvre la possibilité d'élargir et de valoriser les compétences de l'officinal, notamment en ce qui concerne les missions de Santé Publique. Cela est concrétisé par l'article 74 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 relatif au mode de rémunération. Cette disposition permet de compléter la marge réglementée obtenue sur la vente des médicaments, d'une part, en instaurant un honoraire de dispensation et, d'autre part, en autorisant à verser au pharmacien une rémunération en contrepartie d'engagements individualisés dont l'objectif est de favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins.

Ainsi, en cohérence avec le désir des pharmaciens d'être reconnus comme de véritables professionnels de santé, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) propose de substituer progressivement le système de rémunération actuel (marge sur prix, forfait par boîte) par un honoraire de dispensation.

Il s'agit de créer un lien plus direct entre le niveau de rémunération et le travail fourni à l'officine. Désormais, un honoraire s'applique donc à toute ordonnance prise en charge et tient compte du nombre de lignes et des médicaments qui exigent un travail particulier lors de la dispensation.

a.2.1. L'ancien mode de rémunération

Historiquement, le chiffre d'affaires des officines était fondé sur une marge proportionnelle au prix du médicament : 53,7% avant 1987 et 43,46% à partir d'Août 1987.

En 1990, une marge dégressive est introduite : Une première décroissance du taux de marge est amorcée puis confirmée par la réforme de 1999.

En effet, en 1999, ce système est réformé : Un forfait de 3,5 Francs par boîte est mis en place avec un supplément de 2 Francs pour certaines spécialités qui exigent une attention particulière. La marge reste dégressive mais en deux tranches seulement : 26,1% de 0 à 150 Francs et 10% au-delà de 150 Francs.

La marge des génériques est alignée sur celle des princeps pour favoriser la substitution.

En 2004, le forfait majoré pour certains médicaments particulier est supprimé. Une troisième tranche est introduite.

Le dispositif qui était jusqu'alors en vigueur est résumé dans le tableau suivant :

Tranches de prix en €	Taux limite de marge brute
0 – 22,90	26,1 %
22,90 – 150	10 %
> 150	6 %
Forfait par boîte	0,53 centimes

Au total, la rémunération de la dispensation s'est construite sur la base d'une marge commerciale. Cette marge, initialement proportionnelle ou linéaire, a été réformée pour limiter toute répercussion sur les ressources des officines en substituant des spécialités chères à des produits peu chers.

Ces réformes se justifiaient également par le fait que les charges de l'officine (travail à fournir, coûts subis ...) n'étaient pas proportionnelles aux prix des médicaments.

De fait, après ces réformes et ce jusqu'en 2015, les marges représentaient environ 75% et le forfait par boîte 25% des ressources de l'officine pour la dispensation des médicaments remboursables.

Le taux de marge était d'autant plus élevé que, pour un même chiffre d'affaires, une officine délivrait plus de boîtes, et des boîtes peu chères. Cela se vérifie encore en 2016.

a.2.2. Le nouveau mode de rémunération

Bien que les pouvoirs publics veuillent générer des économies en diminuant le prix des médicaments, ils veulent également préserver la densité actuelle du maillage pharmaceutique puisqu'ils savent pertinemment qu'il y a un enjeu de santé publique important à maintenir la distribution du médicament. Ainsi, pour faire baisser le prix des médicaments sans tuer les pharmaciens, il a fallu qu'ils trouvent une autre façon de les rémunérer et ceci est devenu possible en remplaçant, en partie, la rémunération perdue sur le médicament par la mise en place d'un honoraire.

Depuis toujours, les modes de rémunération ont une charge symbolique et contribuent à façonner l'image de chaque profession.

Avec la rémunération à la marge, le pharmacien était représenté comme un commerçant. La mise en place d'un honoraire de dispensation visant à déconnecter sa rémunération du volume et du prix de la boîte de médicament est donc plus conforme au statut de professionnel de santé qu'il désire.

Le mode de rémunération ne doit pas placer le pharmacien en situation de conflit d'intérêts tant avec le patient qu'avec les objectifs de Santé Publique. Le paiement à la marge était, de ce point de vue, potentiellement problématique puisque le pharmacien avait un intérêt à délivrer des médicaments même si la santé du patient exigeait le contraire. De fait, même si cela reste plus ou moins vrai avec l'honoraire à la boîte, le paiement par ordonnance paraît plus approprié car, en règle générale, même si le pharmacien est conduit à refuser la délivrance d'une ligne de l'ordonnance, il est amené à en honorer sans difficulté les lignes restantes.

Par rapport à la situation précédente où la marge de délivrance des pharmaciens était en liaison directe avec le prix de vente du médicament, la réforme consiste donc maintenant à décomposer la rémunération de la façon suivante : (188)

- **Une marge économique** qui reste liée au prix du médicament et qui doit couvrir les charges inhérentes à l'activité économique du pharmacien.
- **Des honoraires** qui constituent la rémunération des soins pharmaceutiques de base et spécifiques et qui sont des montants fixes.

Ce nouveau système de paiement doit, dans la mesure du possible, ajuster les ressources de l'officine au travail fourni pour réaliser l'acte de dispensation ainsi qu'aux coûts subis.

Un tel mode de rémunération garantit un niveau et une évolution de la rémunération en fonction de la charge de travail effective de dispensation : Si elle augmente, la rémunération croît (et l'officine peut embaucher), si elle diminue, la rémunération décroît (et l'officine doit s'adapter).

Pour les pouvoirs publics, une rémunération fondée sur la charge de travail et les coûts subis garantit que les sommes consacrées à la dispensation sont attribuées aux officines en fonction des besoins des patients.

Ainsi, ce système assure une meilleure équité entre les différentes pharmacies puisqu'il vise à individualiser les ressources de l'officine et les produits vendus en cassant le lien entre ces deux paramètres.

Les avantages attendus de ce nouveau mode de rémunération sont :

- *Adaptation aux besoins et équité entre les officines* : Veiller à l'équilibre économique des officines dans le cadre de la réforme afin de préserver l'accessibilité aux médicaments, notamment dans les zones fragiles ou rurales.
- *Réduction des conflits d'intérêts* : Encadrer les rémunérations consécutives à la mise à disposition de traitements très onéreux en limitant la marge par boîte.
- *Augmenter sensiblement la partie fixe de la rémunération* afin de la rendre moins dépendante du prix du médicament en rémunérant mieux l'acte de dispensation pour les médicaments dont le prix et la marge sont faibles.
- *Conforter la place de la Convention Nationale Pharmaceutique* en intégrant une part significative de la rémunération des pharmaciens et en réaffirmant leurs missions de professionnels de santé.

a.3) Une approche par le travail et les coûts

Il s'agit ici d'une méthode classique pour calibrer la rémunération des professionnels de santé.

Ainsi, pour établir la nomenclature des actes médicaux, le travail à fournir (temps passé, complexité ...) et les coûts subis par le professionnel ont été estimés pour chaque acte.

A l'officine, on distingue plusieurs éléments :

- La dispensation suppose un travail de manutention qui est proportionnel au nombre de boîtes. Elle ne mobilise, a priori, pas de compétence pharmaceutique mais représente une partie non négligeable du travail matériel réalisé et qui tend à diminuer avec l'automatisation.
- La dispensation suppose aussi un travail d'accueil du patient et un travail administratif (facturation) relativement indépendant des médicaments délivrés et dont le volume dépend du nombre d'ordonnances.
- Enfin, un travail de conseil et d'analyse est nécessaire pour toute ordonnance mais celui-ci dépend de nombreux facteurs : Le nombre de lignes, la nature particulière de certains produits, les circonstances de la dispensation (instauration d'un traitement, renouvellement, patient connu ou nouveau ...).

Ces éléments ne peuvent être individuellement pris en compte. S'ajuster sur le travail à fournir suggère de prendre, au moins, en compte les ordonnances traitées, les lignes et les caractéristiques particulières de la dispensation de certains produits.

Par ailleurs, comme évoqué précédemment, le traitement de certaines ordonnances qui posent problème (intervention auprès du médecin, refus de délivrance ...) pourra faire l'objet d'une rémunération particulière.

a.4) Un honoraire de dispensation

En conclusion, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) préconise une rémunération sur la base d'un honoraire de dispensation. La base de celui-ci ne serait plus la boîte, comme autrefois, mais l'ordonnance traitée, le nombre de lignes ainsi que la dispensation de médicaments complexes.

Cet honoraire est pris en charge par les organismes d'Assurance Maladie comme pour les actes des autres professionnels de santé.

Cependant, le travail de conseil ne dépend pas uniquement de l'ordonnance et de son contenu : Il dépend aussi des caractéristiques de la patientèle.

En effet, les populations âgées et les populations à affections chroniques ont besoin de plus de conseils mais elles ont aussi plus d'ordonnances comportant plus de lignes. Il en est de même pour les populations défavorisées ayant besoin de plus d'attention de la part du pharmacien et donc d'une plus grande disponibilité de ce dernier.

On pourrait ainsi envisager la rémunération des officines selon les caractéristiques socio-économiques de leur zone d'implantation. Une telle modulation permettrait aux officines des zones défavorisées d'être rémunérées à un niveau plus élevé ce qui pourrait leur permettre de consacrer plus de temps à leurs patients.

Dès lors que le conseil pharmaceutique est effectivement utile pour la santé, ce serait une contribution à la réduction des inégalités de santé. Cette proposition est encore à l'étude aujourd'hui.

b) Protocole d'accord avec l'Assurance Maladie

La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO), l'Union Nationale des Pharmaciens de France (UNPF) et l'Assurance Maladie ont signé le 9 Janvier 2014, un protocole d'accord prévoyant l'introduction d'honoraires dans la rémunération des pharmaciens.

En pratique, ce texte est appliqué en deux temps :

- Un honoraire de **82 centimes d'euro par boîte dispensée a été instauré le 1er Janvier 2015.**
- Cet honoraire est, **depuis le 1^{er} Janvier 2016, porté à 1,02 euro.**

Parallèlement, **un honoraire complémentaire de 0,51 euro pour la délivrance des ordonnances complexes** (de plus de 5 lignes) voit également le jour.

« C'est un moment historique pour la pharmacie car, pour la première fois, nous avons trouvé avec l'Assurance Maladie les règles permettant de faire évoluer la rémunération à la marge commerciale vers une rémunération mixte », se félicite Philippe GAERTNER, Président de la FSPF.

2 – Quel impact à la fin du mois ?

a) Médicaments remboursés : Mise en place d'un plafond

Il y a encore quelques années, en France, 80% des revenus d'une pharmacie provenaient de la dispensation des médicaments remboursables. Sur chaque médicament délivré, l'officine touchait une marge payée par la Sécurité Sociale et cela en fonction du prix usine du médicament. En 2015, le principe des marges existe toujours mais leurs taux sont revus à la baisse.

En effet, en plus de la mise en place d'un honoraire de dispensation, le protocole d'accord signé avec l'Assurance Maladie en 2014 envisage également une modification de la Marge Dégressive Lissée (MDL) :

- Le taux de la première tranche (0,82 – 22,90 €) est abaissé à 25,5 % (contre 26,10 % avant).
- Le taux de la deuxième tranche (22,90 – 150 €) passe de 10 % à 8,5 %.
- Le taux de la troisième tranche (150 – 1500 €) reste, lui, inchangé (6 %).

De plus, un **plafonnement de la marge** est prévu pour la partie hors taxe du prix fabricant supérieure à 1500 euros : Au-delà de ce plafond, le prix du médicament ne pourra pas rapporter plus au pharmacien, même si son prix d'achat est nettement plus élevé qu'un autre.

Cela ne s'arrête pas là puisque, **le 1^{er} janvier 2016**, le second palier de la mise en place de l'honoraire de dispensation (prévue en deux temps par le texte de loi) et une ultime modification de la marge dégressive lissée ont été appliqués.

Ainsi, bien que le pharmacien touche un honoraire à la boîte plus élevé (1,02 euro) depuis le début de l'année 2016, il perd le pourcentage de marge associé aux produits dont le prix est compris entre 0,82 et 1,91€. Il est donc facile de comprendre qu'à terme cette rémunération sera intéressante, ou non, en fonction du prix auquel on achète les produits.

Fraction du prix fabricant HT en €	Taux avant 2015	Taux 2015	Taux 2016 et après
De 0,00 à 0,82 €	0,0%	0,0%	0,0%
De 0,82 à 1,91 €	26,10%	25,5%	0,0%
De 1,91 à 22,90 €	26,10%	25,5%	25,5%
De 22,90 à 150 €	10%	8,5%	8,5%
De 150 à 1500 €	6%	6,0%	6,0%
Au-delà de 1500 €	0,0%	0,0%	0,0%

Exemple 1 : Marge obtenue sur la vente d'une boîte de Doliprane® 1000 mg, en comprimé à avaler, dont le PFHT est de 0,82 € :

- Avant 2015 : $26,10\% \times 0,82 = 21,4 \text{ cts}$
- 2015 : $25,5\% \times 0,82 = 20 \text{ cts}$
- 2016 et après : $0,0\% \times 0,82 = 0 \text{ cts}$

Exemple 2 : Marge obtenue sur la vente d'une boîte d'Humira®, 40 mg, en stylo, dont le PFHT est de 887,24 € :

- Avant 2015 : $26,10\% \times (1,91 - 0,82) = 21,4 \text{ cts}$
 $26,10\% \times (22,90 - 1,91) = 5,48 \text{ €}$
 $10\% \times (150 - 22,90) = 12,71 \text{ €}$
 $6\% \times (887,24 - 150) = 44,23 \text{ €}$
TOTAL MDL = **62,63 €**
- 2015 : $25,5\% \times (1,91 - 0,82) = 27,8 \text{ cts}$
 $25,5\% \times (22,90 - 1,91) = 5,35 \text{ €}$
 $8,5\% \times (150 - 22,90) = 10,80 \text{ €}$
 $6\% \times (887,24 - 150) = 44,23 \text{ €}$
TOTAL MDL = **60,66 €**
- 2016 et après : $0,0\% \times (1,91 - 0,82) = 0 \text{ €}$
 $25,5\% \times (22,90 - 1,91) = 5,35 \text{ €}$
 $8,5\% \times (150 - 22,90) = 10,80 \text{ €}$
 $6\% \times (887,24 - 150) = 44,23 \text{ €}$
TOTAL MDL = **60,38 €**

b) Médicaments génériques : Un plafond fixé à 40% (189)

A la suite de la signature du Protocole d'accord avec l'Assurance Maladie en 2014, la FSPF a annoncé, dans un communiqué, que la mise en place de plafond ne concernerait pas uniquement le remboursement des médicaments mais bel et bien aussi les remises commerciales accordées par les fabricants de médicaments génériques aux pharmacies. Ainsi, depuis le 1^{er} Septembre 2014, ces remises ne doivent plus dépasser 40% du prix hors taxe du médicament.

A l'origine, chaque pharmacien touchait une marge de 17,3% sur les boîtes qu'il commandait à son génériqueur majoritaire (Biogaran, Mylan, Zentiva, Teva ...). Pour contourner ce plafond, une remise supplémentaire de 27,7%, au minimum, venait s'ajouter par le grossiste sous forme de contrats de coopération commerciale. Cependant, dans bien des cas, ce dernier taux pouvait atteindre 40-50% quand les volumes commandés étaient conséquents. Il s'agissait-là d'une entente entre le pharmacien et son grossiste, ces « arrangements » avaient lieu entre quatre murs, à l'abri des regards et le contrôle juridique était loin d'être optimal.

En venant à l'encontre de ces pratiques, le plafond à 40% implique la mise en place d'une totale transparence vis-à-vis des marges que perçoivent les pharmaciens sur les génériques. Ainsi, en signant l'avenant relatif à l'honoraire de dispensation et incluant ce nouveau plafond de remises sur les génériques, le syndicat déclare que cette mesure « *permettra aux pharmaciens d'officine d'effectuer leur travail en toute sécurité juridique* » et une plus grande transparence sur les ristournes permettra à l'Assurance Maladie de mieux analyser les prix auxquels sont réellement facturés les génériques.

De plus, il affirme que ce plafond sur les remises « *représente un apport économique essentiel dans le fragile équilibre financier des entreprises officinales* ».

Toutefois, il est nécessaire de rappeler que ce taux à 40% est désormais le même pour toutes les officines françaises et qu'il s'accompagne, bel et bien, de la disparition complète du taux à 17,3% qui s'additionnait autrefois aux remises individuellement négociées (de 27,7% à 40-50%).

Le calcul est donc rapide :

- Les petites officines peinant à majorer leur marge-labo par des remises accordées à partir d'un certain volume de génériques commandés/vendus verront leur marge finale baisser de 5% (40% d'office contre $17,3 + 27,7 = 45\%$).
- Les grosses officines réalisant un chiffre d'affaires plus conséquent et touchant des remises individuelles maximales (jusqu'à 40%) verront, quant à elles, leur marge finale diminuer de façon plus considérable puisque celle-ci passera de $17,3\% + 40-50\%$ à uniquement 40%.

Plus récemment, en Mars 2015, a été publié un décret (n° 2015-234 du 27 Février 2015) précisant les modalités de déclaration (190), par les laboratoires et grossistes répartiteurs, des montants des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers accordés aux pharmacies d'officine pour les médicaments génériques remboursables par l'Assurance Maladie. Cette obligation de déclaration résulte de l'article L. 138-9-1 du Code de la Sécurité Sociale qui avait été introduit par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2014.

Ce décret s'inscrit dans la continuité de la mise en place du plafond réglementant les remises sur les génériques car son objectif premier est la transparence de ces avantages. Ceci devrait permettre, à termes, de mettre en évidence la marge de négociation possible du CEPS (Comité Economique des Produits de Santé) et lui donner les moyens de négocier davantage les prix fabricants hors taxe des médicaments génériques remboursables.

Ainsi, les laboratoires et grossistes-répartiteurs sont désormais tenus de remettre au CEPS, avant le 1^{er} Mars de chaque année, une déclaration (disponible sur le site du comité) mentionnant :

- Les montants totaux des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France, au titre des ventes de chaque spécialité (médicaments remboursables ou génériques).
- Le nombre total d'unités de conditionnement fournies pour chaque spécialité.
- Les montants totaux des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés, et cela peu importe leur nature.

En cas de déclaration tardive et/ou non conforme, une pénalité financière pourra être infligée : Le montant de celle-ci pourra aller jusqu'à 5% du chiffre d'affaires hors taxes des ventes de spécialités génériques remboursables réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos.

c) Conséquences pour le pharmacien d'officine (191)(188)

Le nouveau système de rémunération des pharmaciens est mis en place afin de lier les Bonnes Pratiques pharmaceutiques (décrites dans le Guide des Bonnes Pratiques Pharmaceutiques Officinales édité par l'Agence Fédérale pour les Médicaments et les Produits de Santé) à une rétribution juste et équitable des services rendus.

Le fait que toute évolution du mode de rémunération fasse des gagnants et des perdants est un premier obstacle à ce nouveau système. Les pharmaciens ne sont pas encore en mesure de préciser l'ampleur de ces gains et de ces pertes mais une telle réforme entraînera inévitablement une redistribution des officines. Elle n'aurait d'ailleurs pas de justification s'il n'y avait ni gagnant, ni perdant, puisqu'un de ses enjeux est d'assurer que la rémunération de chaque officine corresponde, à moyen terme, à sa charge de travail et à ses coûts pour une rémunération plus juste.

Un premier bilan a été réalisé courant 2014 à l'aide d'un programme de simulation des ventes appelé « IMS-Pharmastat » et grâce auquel une extrapolation aux années 2015 et 2016 fut possible.

Ainsi, selon la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), cette nouvelle rémunération devrait être à l'origine « *d'un gain annuel de rémunération (honoraires pour ordonnances complexes inclus) de 2705 € en moyenne avec les honoraires de dispensation à 0,82 € HT en 2015 et de 5152 € avec l'application d'emblée d'honoraires de 1,02€ HT en 2016* ».

Cependant, bien que la révision de la marge dégressive lissée et la disparition du forfait à la boîte de 53 centimes d'euro aient été étudiées afin que la réforme soit juste pour chaque officine, quels que soient son emplacement et son mode d'exercice, ces simulations sembleraient être trop peu fiables et un petit peu trop optimistes. En effet, celles-ci ne prenant pas en compte l'impact des futures baisses de prix des médicaments attendues pour les années à venir, leurs résultats sont biaisés.

Comme l'explique le Président du syndicat USPO, Gilles BONNEFOND, « *les baisses de prix déjà publiées lors du premier semestre de 2015 sur les IEC-Sartans, les inhibiteurs de la pompe à protons, les anciens génériques et les TFR entraîneraient une perte de marge de 5800€ en moyenne par officine en 2015 et 6700€ en 2016* ». On comprend donc très facilement que la balance gains/pertes déjà négative risquera de l'être davantage dans les années futures puisque de plus en plus de médicaments voient leur prix diminuer.

Gilles BONNEFOND ajoute également que « *le nombre de boîtes de médicaments diminue et le nombre d'ordonnances augmente. De toute évidence, ce nouveau mode de rémunération introduisant un honoraire à la boîte est inadapté et ne répond pas à l'évolution de l'économie de l'officine. De plus, cet honoraire ne nous protège pas de la baisse des prix des médicaments* ».

Face à la prévision de ces mauvais chiffres, Philippe BESSET, vice-président de la FSPF, ne démord pas et défend ses positions en affirmant que, même si l'on peut faire mieux en déconnectant davantage la rémunération des volumes, « *le premier objectif lorsqu'on engage un changement de mode de rémunération est qu'il soit bénéfique économiquement au moment de la mise en place de la réforme. C'est le cas puisque les ressources d'une officine moyenne progressent de 1,7 % selon IMS Health* ». Il souligne également que « *le nouveau système se doit d'être plus protecteur que l'ancien vis-à-vis des baisses de prix et*

c'est encore une fois le cas car celui-ci permet de faire passer globalement la part forfaitaire indépendante du prix des médicaments prescrits de 25% à 47% en 2016 ».

Comme le montrent ces déclarations, les avis sont partagés et les partis s'opposent. Le recul sur la mise en place de la nouvelle rémunération étant encore insuffisant, aucune conclusion sur les conséquences, à termes, de cette réforme ne peut être tirée définitivement.

Cependant, au-delà des simulations réalisées, les statistiques de l'année 2015 nous permettent de tirer un premier bilan : (Source Pharmastat IMS Health)

	Unités	Nombres d'ordonnances	Nombres d'ordonnances de plus de 5 lignes	CA prix public TTC avec honoraires	Rémunérations totales HT tous honoraires inclus	Perte de marge
Evolution de Janvier à Octobre 2015	- 0,90 %	- 0,49 %	- 1,22 %	- 1,57 %	- 2,67 %	- 122 350 291 €

En 10 mois, la perte de marge s'élève à 122 millions d'euros soit 5 630 euros par officine.

Ainsi, la réforme de la rémunération qui est effective depuis le 1^{er} Janvier 2015 n'a pas eu d'effet compensateur sur la baisse des prix décidée par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS). Les comptes de l'officine sont encore dans le rouge, l'honoraire accordé aux pharmaciens pour compenser leurs baisses de marge est actuellement contreproductif.

En effet, les énormes baisses de prix touchant les segments les plus contributeurs à la marge des pharmaciens (60% des baisses pour les génériques et 40% pour les médicaments encore brevetés) ne peuvent être comblées, pour l'instant, par le nouveau système de rémunération.

L'Union Nationale des Pharmaciens de France (UNPF) fait le même constat : « *En 2015, la chute de la marge aura été de 120 millions d'euros ce qui représente une perte de 6000€ par officine* ». Il semblerait donc, d'après Gilles BONNEFOND, que les efforts d'économies ces derniers mois aient trop porté sur l'officine et moins, par exemple, sur l'industrie pharmaceutique. Ce dernier finira même par conclure que « *l'avenir de l'officine sera plus clair une fois qu'un réel compromis aura été trouvé en matière de rémunération* ».

Après ce premier bilan, le nouveau système de rémunération des pharmaciens français semble donc assez fragile et il se pourrait que celui-ci évolue encore lors des prochaines années.

Cependant, il est également important de noter que, si cette perte de marge semble impacter négativement les titulaires ayant souscrit à un emprunt il y a déjà quelques années pour faire l'acquisition de leur officine, cette même perte aura un effet moindre sur les générations futures. En effet, le chiffre d'affaires global des officines françaises étant à la baisse, leur prix de cession le sera également (environ 70% de l'EBE, contre parfois 110% de l'EBE il y a une trentaine d'années). De ce fait, les sommes empruntées par les futurs acquéreurs seront plus faibles et leur chiffre d'affaires, bien qu'inférieur, leur permettra de rembourser sans difficulté cet emprunt. Ainsi, malgré les baisses de marge et de chiffre d'affaires, la balance sera d'emblée équilibrée et l'impact négatif de ces pertes se fera probablement moins ressentir.

d) Conséquences pour le patient (192)

Suite à l'Arrêté du 28 Novembre 2014, les pharmaciens perçoivent depuis le 1^{er} Janvier 2015, sur chaque boîte de médicaments remboursables, des honoraires de dispensation pour leur mission de conseils. Ce même arrêté prévoit également que le tarif des nouveaux honoraires soit rendu public dans toutes les officines, il s'agit ici d'une obligation d'information. Il existe, pour se faire, deux alternatives :

- Le pharmacien peut soit décider d'afficher clairement le montant sur le ticket de caisse/ticket de carte vitale donné aux patients après chaque délivrance, en veillant à bien le notifier et en le distinguant du montant total de la facture.
- Ou bien, le pharmacien peut aussi choisir de le mentionner sur un catalogue tenu à la disposition du public afin de l'informer du nouveau système de rémunération.

Mais, une fois informée de cette nouvelle réforme, comment la patientèle est-elle impactée ? Concrètement, que paye le patient ?

Les honoraires de dispensation se composent de :

- Un forfait de **1,02 €** par boîte de médicaments depuis le 1^{er} Janvier 2016 (0,82€ en 2015)
- Un supplément forfaitaire de **0,51€** pour une « ordonnance complexe » comportant plus de 5 médicaments différents.

Exemple : Pour une ordonnance complexe de 5 médicaments, le pharmacien perçoit :

$$(1,02 \text{ €} \times 5) + 0,51 \text{ €} = 5,61 \text{ €}$$

Attention, pour les grands conditionnements (boîtes contenant un traitement pour 3 mois), il existe une petite subtilité : Les honoraires sont calculés sur la base de 3 boîtes normales, moins une **décote de 10%**, soit :

$$[(1,02 \text{ €} \times 3) - (1,02 \text{ €} \times 3) \cdot 10/100] = 2,75 \text{ €}.$$

Ces honoraires sont-ils remboursés ?

Le forfait de 0,51 € accordé pour chaque ordonnance complexe est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. En revanche, le forfait de 1,02 € par boîte de médicaments n'est remboursé qu'à hauteur de 65% par la Sécurité Sociale. Les 35% restants sont en principe pris en charge par la mutuelle, à condition d'en avoir une.

Il est donc facile de comprendre que cette éventualité de prise en charge des 35% restants soit à l'origine de conséquences négatives pour les patients n'ayant pas de mutuelle puisque le coût par boîte de médicaments a augmenté de :

- $0,82 \text{ €} \times 35\% = \mathbf{0,287 \text{ € en 2015}}$
- $1,02 \text{ €} \times 35\% = \mathbf{0,357 \text{ € en 2016}}$

Toutefois, il est important de noter que depuis Janvier 2016, chaque salarié doit posséder une mutuelle (celle de son entreprise). Le calcul est donc rapide, puisque la France connaît un taux de chômage d'environ 12% en 2016, la couverture complémentaire concerne désormais l'ensemble des 88% de travailleurs français, et ceci de façon obligatoire. Les frais engendrés par la mise en place de ces honoraires seront donc, pour la majorité des cas (en

fonction des taux de remboursement des différentes mutuelles) pris en charge à 100% et le portefeuille des patients ne sera donc pas impacté.

Les cas d'exonération :

Certaines catégories de patients bénéficient d'une exonération totale des honoraires de dispensation et chacune des ordonnances délivrées est prise en charge à 100%.

Cette exonération concerne :

- Les patients en Affection de Longue Durée (ALD) quand le traitement délivré concerne cette affection.
- Les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle (CMU).
- Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

En ce qui concerne les médicaments sans ordonnance :

Le champ d'application des honoraires de dispensation couvre uniquement les médicaments remboursables et délivrés sur ordonnance.

Cette spécificité est clairement établie par l'article 25.3 de l'Avenant N°5 à la Convention Nationale du 4 Avril 2012 et approuvé par l'Arrêté du 28 Novembre 2014 puisqu'il stipule que « *les honoraires de dispensation [...] sont facturés par le pharmacien à l'occasion de l'exécution d'une prescription de médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables [...] et facturés aux caisses dans le respect des textes en vigueur* ».

L'application stricte de ce texte suggère donc que les honoraires de dispensation ne soient pas applicables aux médicaments délivrables sans ordonnance ainsi qu'aux médicaments prescrits sur ordonnance mais non remboursables.

PARTIE V - CONCLUSION

1 – Un métier en pleine évolution (95)(193)(194)(195)(196)(197)

Il y a encore quelques années, le modèle de la pharmacie apparaissait comme sécurisé, maîtrisé et l'essentiel de sa rentabilité reposait sur les ventes de médicaments prescrits et remboursés. Cela présentait le double avantage d'assurer aux professionnels du secteur un chiffre d'affaires automatique et des marges réglementées. Mais ça c'était avant ... Aujourd'hui, ce modèle est confronté à de multiples changements (le vieillissement de la population, l'évolution des modes de consommation, la diminution des dépenses publiques de santé ...) et tout semble différent. Depuis plusieurs années, des plans d'économies gouvernementaux touchant de plein fouet le secteur de l'officine viennent bouleverser cette plénitude. Récemment, Marisol TOURAINE, Ministre de la Santé, a même fait savoir que sur les 50 milliards d'économies prévus par l'Etat, 3,5 devront venir du médicament. Pour les acteurs du marché, l'effet est immédiat : La rentabilité de la pharmacie est en baisse et la concurrence accrue. Le modèle de la pharmacie de demain est donc à réinventer et le rôle du pharmacien à ré-ancrer dans sa vocation première, celle de professionnel de santé à part entière.

Une nouvelle dynamique pour tout reconstruire, c'est le message qu'a voulu transmettre Nicolas BOUZOU, économiste fondateur du comité de conseil ASTERES, lors d'une conférence en Mars 2015. ASTERES est un cabinet de conseil dans le domaine économique proposant aux entreprises des outils de réflexion de haut niveau pour orienter leurs actions vers une croissance qualitative et durable. En analysant la situation dans laquelle évolue actuellement le secteur pharmaceutique, il affirme qu'il est plus qu'urgent que la profession s'ouvre à de nouvelles perspectives si elle veut continuer d'exister. Selon lui, *« pour réaliser de vraies économies durables et intelligentes, il faut faire monter en qualité tous les échelons du système de santé »*, autrement dit, il serait inconcevable que les pharmaciens ne saisissent pas les opportunités s'offrant à eux depuis ces derniers temps.

Donner un second souffle à la pharmacie, c'est aussi l'avis que partage Philippe BECHT, Président du directoire de GIPHAR (groupement pharmaceutique), pour qui *« ce ne sont pas les ventes de produits non-remboursés qui suffiront à compenser le manque à gagner, il faut trouver des compensations d'où cet impératif d'actionner de nouveaux relais de croissance »*. Parmi ces leviers, on retrouve, par exemple, la possibilité accordée par la loi HPST d'étendre le rôle et les responsabilités du pharmacien d'officine grâce à des actes de dépistage, de prévention ou encore de coordination de soins par l'intermédiaire de « consultations pharmaceutiques », plus communément appelées « entretiens pharmaceutiques », rémunérées et remboursées. Ces nouveaux types de prestations offrent le triple avantage de pallier le phénomène de désertification médicale, de confirmer la place des pharmaciens dans leur rôle de professionnels de santé et également de diversifier les sources de revenu. Afin de combler les pertes liées aux multiples modalités de déremboursement des médicaments, le nouveau mode de rémunération s'inscrit comme étant un second levier indispensable à la survie des officines.

Désormais, les pharmaciens, plus que jamais reconnus comme acteurs de santé à part entière, se séparent de leur image de commerçants et se voient rémunérés en partie sous la forme d'un honoraire fixe destiné à valoriser leurs efforts de suivi et de conseils accompagnant chacune de leur délivrance, véritables valeurs ajoutées de la profession.

Rappelons que les médicaments ne sont pas des produits anodins, tous ont potentiellement des effets secondaires et nécessitent de ce fait, quoi qu'on en dise, un accompagnement professionnel de qualité que seuls les pharmaciens sont capables d'offrir aux patients.

L'évolution du métier de pharmacien, en 2015, s'inscrit donc dans la continuité de ce qui a été construit ces dernières années grâce à la loi HPST dont l'article 38 définit la profession et au rapport RIOLI qui a mis la profession en ordre de marche.

2 – Les atouts des pharmaciens pour faire face aux nouvelles exigences (90)(198)

Les pharmaciens ont des idées, sont audacieux, souhaitent renforcer leur rôle de professionnel de santé et ainsi contribuer à l'amélioration de l'efficacité du système de santé grâce une coopération accrue et reconnue entre tous les professionnels de santé, de l'hôpital à la médecine de ville, du public au privé.

Cependant, la motivation et « l'envie de », certes essentielles, ne suffisent pas, il faut du concret. Ainsi, afin de réinventer certains aspects de leur métier et de répondre avec la plus grande justesse aux nouvelles exigences qui s'imposent à eux, les officinaux devront désormais faire valoir leurs nombreux atouts et mener à bien leurs nouvelles missions.

Ces points forts sont soulignés dans un rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie de Novembre 2013 (106) :

- ✓ Les pharmaciens officinaux sont des professionnels de santé de proximité et assurent une permanence des soins et services dispensés au profit de la sécurité des patients.
- ✓ Les pharmaciens contribuent à la qualité des pratiques et des relations interprofessionnelles (médicales, pharmaceutiques et infirmières) en participant au fonctionnement sûr et efficient de la chaîne des soins.
- ✓ Les pharmaciens veillent à la sécurité de la santé de leurs patients grâce à l'utilisation de systèmes d'information d'aide à la décision dans le cadre de la dispensation des médicaments et du suivi des patients avec notamment le Dossier Pharmaceutique (DP).
- ✓ Les pharmaciens d'officine sont des acteurs incontournables du concept fondamental de « soins de premier recours » introduit par la loi HSPT en 2009 et participent au rassemblement, à la convergence de l'ensemble des professionnels de santé dans le but de promouvoir la cohérence et l'efficacité du parcours de santé français.

En 1942, dans son ouvrage « Capitalisme, Socialisme et Démocratie », le célèbre économiste Joseph SCHUMPETER déclarait « *le nouveau ne naît pas de l'ancien, le nouveau naît à côté de l'ancien et lui fait concurrence jusqu'à le tuer* » (199). Plus de 70 ans plus tard, cela est toujours vrai et semble parfaitement s'appliquer au secteur pharmaceutique. En effet, bien qu'étant construite sur des bases solides, la profession de pharmacien d'officine, aujourd'hui dans la tourmente, ne doit pas avoir peur de revoir chacune d'entre elles et de les réajuster en fonction des nouvelles perspectives du métier. Pour cela, la profession possède des atouts indéniables : La motivation et le dynamisme des générations futures.

En 2015, la moyenne d'âge en officine est de 50 ans, et plus de 10 000 pharmaciens ont plus de 63 ans. Toute une génération sera à remplacer d'ici deux à cinq ans.

A partir de 2016, les futurs diplômés, pionniers du nouveau parcours d'études mis en place en 2010, arriveront sur le marché du travail avec l'avantage d'avoir bénéficié d'une formation universitaire adaptée et axée sur les exigences de demain. Leur dynamisme et leur motivation, directement mis à profit dans leur rôle de professionnel de santé, devraient apporter un véritable vent de fraîcheur et de renouveau à la profession.

Dans le monde de l'officine, le métier évolue pour se rapprocher toujours plus du patient et répondre de mieux en mieux à ses besoins.

Ainsi, à la question « A quoi ressemblera le pharmacien de 2025 ? », Nicolas BOUZOU parie : *« A un intermédiaire entre ce qu'il est aujourd'hui et le médecin. La porte de sortie pour conserver les pharmacies demain, c'est de vendre du service ».*

Médicaments sur mesure, accroissement de la pharmacovigilance, voilà une partie des défis qu'auront à relever les pharmaciens dans les années à venir. Des mutations qui assurent une employabilité maximale aux futurs diplômés.

A travers ce travail, nous avons donc démontré que, même s'il doit faire face à la tourmente touchant le système de santé français, le pharmacien d'officine incarne et incarnera toujours, incontestablement, un métier d'avenir !

INDEX DES ABREVIATIONS

A

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
AHU : Année Hospitalo-Universitaire
ALD : Affection de Longue Durée
AME : Aide Médicale d'Etat
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANEPF : Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS : Agence Régionale de Santé
ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVK : Anti-vitamine K

C

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé
CET : Cotisation Economique Territoriale
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CMU : Couverture Médicale Universelle
CMU-c : Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CNPS : Centre National des Professions de Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS : Compendium des Produits et Spécialités pharmaceutiques
CPS : Carte de Professionnel de Santé
CRDS : Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale
CROP : Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance
CSBM : Consommation de Soins et Biens Médicaux
CSI : Commission Scientifique Indépendante
CSP : Code de la Santé Publique

D

DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DP : Dossier Pharmaceutique
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire

E

EEN : Excipients à Effets Notoirs
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPP : Evaluations des Pratiques Professionnelles
ETP : Education Thérapeutique des Patients

F

FSPF : Fédération des Syndicats de Pharmacie de France

G

GIP-ASIP : Groupement d'Intérêt Public - Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

H

HAD : Hospitalisation A Domicile
HADS : Hébergeur Agréé « Données de Santé »
HAS : Haute Autorité de Santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HTA : HyperTension Artérielle

I

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INR : International normalized ratio
INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire

L

Système L.M.D : Licence, Master, Doctorat

M

MAD : Maintien A Domicile
MDL : Marge Dégressive Lissée

O

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OGDPC : L'Organisme de Gestion du Développement Professionnel Continu
OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
OPCA-PL : Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales
OTC : Over The Counter

P

PACES : Première Année Commune d'Etudes de Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PMF : Prescription Médicale Facultative

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PUI : Pharmacies à Usage Intérieur

R

ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique

RSA : Revenu de Solidarité Active

S

SEL : Société d'Exercice Libéral

SELARL : Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée

SGA (angine) : Angine à Streptocoque du Groupe A

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

SMR : Service Médical Rendu

SPFPL (Sociétés de Participations Financières de Professions Libérales).

T

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

TM : Ticket Modérateur

TSO : Traitements Substitutifs aux Opiacées

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

U

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNOF-CSMF : Union Nationale des Omnipraticiens Français – Confédération des Syndicats Médicaux Français

UNPF : Union Nationale des Pharmaciens de France

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USPO : Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine

UTIP : Association nationale de formation pharmaceutique continue des pharmaciens

V

VEMS : Vitesse d'Expiration Maximale par Seconde

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXES

A.1 - Santé : Ce qui est à votre charge (43)

<u>La franchise médicale</u>	La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. <u>Le montant de la franchise est de :</u> • 0,50 euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement) • 0,50 euro par acte paramédical • 2 euros par transport sanitaire <u>À noter :</u> La franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence. Un plafond annuel Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés. <u>Un plafond journalier :</u> Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. On ne peut pas déduire : • Plus de 2 euros par jour pour les actes paramédicaux • Plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires <u>Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf :</u> • Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans • Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ou de l'aide médicale de l'Etat (AME) • Les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement)
<u>La participation forfaitaire de 1 euro</u>	Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire de 1 euro vous est demandée si vous êtes âgé de plus de 18 ans. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Vous êtes concerné par la participation forfaitaire de 1 euro si vous avez plus de 18 ans depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours. La participation forfaitaire s'applique quel que soit le médecin consulté, que vous respectiez ou non le parcours de soins coordonnés. Ce qui veut dire que vous êtes concerné même si : • Vous souffrez d'une affection de longue durée (ALD) • Vous êtes en arrêt de travail pour maladie • Vous percevez une rente d'incapacité permanente à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail • Vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité, vous êtes retraité, etc. • Vous êtes en début de grossesse (c'est-à-dire jusqu'à la fin de votre cinquième mois de grossesse), sauf pour les actes médicaux relatifs aux examens obligatoires. <u>En revanche, il n'y a pas de participation forfaitaire de 1 euro à régler :</u> • Pour les consultations des enfants et des jeunes de moins de 18 ans • A partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après la date de votre accouchement • Si vous êtes bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ou de l'aide médicale de l'État (AME). • Chez le chirurgien-dentiste • Pour les soins pratiqués par une sage-femme • Pour les soins pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste ...)

	• Dans le cadre d'une intervention chirurgicale, d'une hospitalisation complète d'une ou plusieurs journées à l'hôpital • Pour les actes réalisés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein • Pour les examens et consultations effectués dans les centres de dépistage anonyme et gratuit du sida • Pour les actes de dépistage pris en charge par le Fonds d'action sanitaire et sociale (Fnass) au titre du suivi post professionnel et de l'amiante • Pour les consultations et les soins délivrés dans les structures psychiatriques sectorisées sans hébergement • Pour les consultations d'expertise médicale La participation forfaitaire est déduite automatiquement du montant de vos remboursements. Elle apparaît en déduction sur les relevés de remboursement que vous adresse votre caisse d'Assurance Maladie. Par exemple, pour une consultation chez votre médecin traitant généraliste : La consultation est remboursée à 70 % du tarif de base, qui est de 23 euros, soit 16,10 euros. C'est à ce montant que l'on soustrait la participation forfaitaire de 1 euro. Le montant remboursé par l'Assurance Maladie sera donc de 15,10 euros.
<u>Le forfait hospitalier</u>	Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Le montant du forfait hospitalier est fixé par arrêté ministériel. Depuis le 1^{er} janvier 2010, il est de : • 18 euros par jour en hôpital ou en clinique • 13,50 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé. Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il peut éventuellement être pris en charge par votre mutuelle ou votre complémentaire santé si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle. Une exonération dans certaines situations. <u>Vous n'aurez pas à payer le forfait hospitalier si :</u> • Vous êtes une femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et pendant les douze jours après l'accouchement • Vous bénéficiez de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ou de l'aide médicale de l'État (AME) • Votre enfant est hospitalisé dans les trente jours suivant sa naissance • Votre hospitalisation est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle (lorsque l'hospitalisation est imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle) • Vous êtes soigné dans le cadre d'une hospitalisation à domicile • Vous dépendez du régime d'Alsace-Moselle • Votre enfant handicapé de moins de 20 ans est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle • Vous êtes titulaire d'une pension militaire
<u>Le ticket modérateur</u>	Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie. Il s'applique sur tous les soins et frais médicaux remboursables, qu'il s'agisse d'une consultation chez un médecin, d'un achat de médicaments sur prescription médicale, etc. <u>Le montant du ticket modérateur varie selon :</u> • La nature du risque (maladie, maternité, accident du travail, etc.) • L'acte ou le traitement • Si vous souffrez d'une affection de longue durée exonérante • Si vous relevez du régime d'Alsace-Moselle • Le respect ou non du parcours de soins coordonnés • Si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité

	<u>Exemple :</u> Vous consultez votre médecin traitant qui est un médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1. Le tarif de la consultation est de 23 €. Sur ce montant, l'Assurance Maladie vous rembourse 70 %, soit 16,10 €, moins 1 € au titre de la participation forfaitaire. Votre remboursement est donc de 15,10 € et le montant du ticket modérateur demeurant à votre charge est de 7,90 €. Si vous avez une complémentaire santé, elle peut prendre en charge tout ou partie de votre ticket modérateur si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle. Si vous êtes hors du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin (en dehors des médecins spécialistes en accès direct autorisé), l'Assurance Maladie va majorer votre ticket modérateur. Vous serez moins remboursé. Par exemple, si vous consultez un médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1 sans avoir déclaré de médecin traitant, l'Assurance Maladie ne vous remboursera que 30 % du tarif de la consultation, moins 1 € au titre de la participation forfaitaire. Attention, les majorations du ticket modérateur ne sont généralement pas remboursées par les organismes de complémentaire santé dans le cadre de leurs contrats responsables. Renseignez-vous auprès de votre organisme complémentaire.
<u>Le forfait 18 euros</u>	Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 18 euros. <u>La participation forfaitaire de 18 euros s'applique :</u> Aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes. <u>Exemples d'actes concernés :</u> • La photo-coagulation au laser dont le tarif est de 125,40 euros. Aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60. • L'ablation d'un nodule de la thyroïde (avec anesthésie) dont le tarif est de 205 euros ou l'appendicectomie par cœlioscopie (avec anesthésie) dont le tarif est de 284,09 euros. Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, leur tarif et / ou leur coefficient peuvent se cumuler. La participation forfaitaire de 18 euros s'appliquera dès lors que le tarif résultant de ce cumul est supérieur ou égal à 120 euros ou que le coefficient résultant de ce cumul est supérieur ou égal à 60. Lorsque plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, la participation forfaitaire de 18 euros ne s'applique qu'une seule fois. En cas d'hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique), lorsque un ou plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, sont effectués pendant le séjour, la participation forfaitaire de 18 euros ne s'applique qu'une seule fois par séjour, pour l'ensemble des frais d'hospitalisation. <u>Comment régler la participation forfaitaire de 18 euros ?</u> Vous devez régler directement la participation forfaitaire de 18 euros dont vous êtes redevable au professionnel de santé ou à l'établissement de santé. Votre mutuelle ou votre complémentaire santé peut, éventuellement, prendre en charge la participation forfaitaire de 18 euros si le contrat que vous avez souscrit le prévoit. Renseignez-vous auprès d'elle.

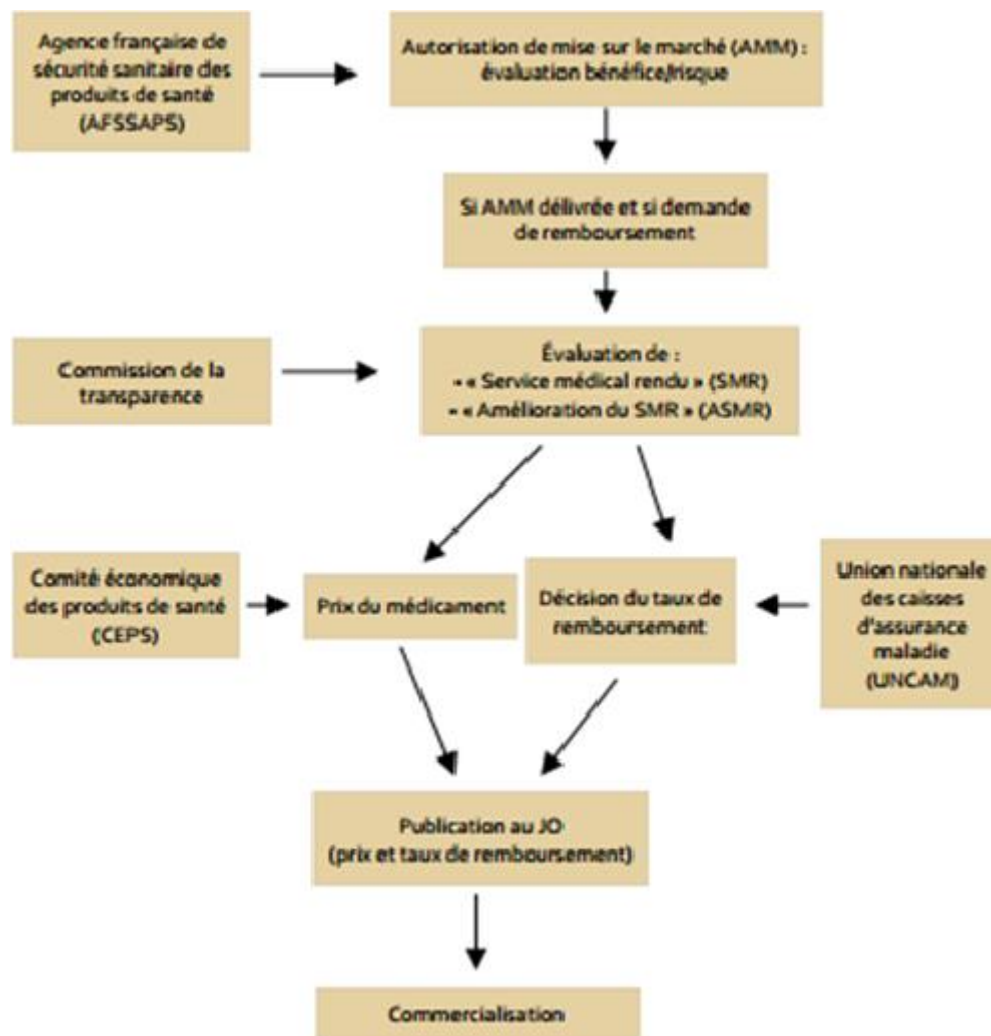
A.2 – Economies réalisées suite à la mise en place de la maîtrise médicalisée :

Maitrise médicalisée (tous régimes)

Bilan année 2012 - objectifs 2013 - Montants en M€

Thèmes de maîtrise	Économie attendue 2012	Économie réalisée 2012	Économie attendue 2013
Antibiotiques	38	24	30
Statines	41	38	40
Inhibiteurs de la pompe à protons	20	18	Non reconduit
Antidépresseurs et anxi- hypnotiques	35	28	40
HTA	50	43	50
AAP	35	62	45
Autres (hors AMM)	10		10
NACO (nouveaux anti-coagulants oraux)			10
Produits de spécialités (EPO, Anti-TNF alpha,...)	25	8	25
Total Médicaments	254	221	250
Indemnités journalières	100	200	100
Transports	66	110	70
ALD	20		Non reconduit
Actes diagnostiques et thérapeutiques	10	9	10
LPP	50	76	70
Biologie	10		10
Masso-kinésithérapie	40	31	40
Total autres prescriptions	296	426	300
Total	550	647	550

A – 3 Le parcours réglementaire du médicament remboursable en France :



A.4 – Taux d’observance médicamenteuse des Français concernant diverses pathologies :



Type de pathologie	Taux d'observance médicamenteuse (%)
Transplantation cardiaque	75 à 80% à 1 an
Transplantation rénale	48% à 1 an pour les immunosuppresseurs
Maladies cardiovasculaires	54% à 1 an (pour Aspirine, bêtabloquants, IEC et statines)
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique)	60 à 70%
Troubles psychiatriques	50% à 1 an
Epilepsie	72%
VIH	54 à 88%
Polyarthrite rhumatoïde	67%
Cancers	52 à 57%

A.5 - Taux de remboursement des médicaments : (54)

100%	Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux.
65%	Médicaments à service médical rendu majeur ou important
30%	Médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales.
15%	Médicaments à service médical faible

A.6 - Liste des molécules retenues pour le suivi spécifique national et individuel de la délivrance de médicaments génériques pour 2015 :

[<http://www.legifrance.gouv.fr>], [<https://www.vidal.fr>]

MOLECULES	OBJECTIFS	MOLECULES	OBJECTIFS
Esoméprazole	85%	Venlafaxine	90%
Atorvastatine	90%	Rabéprazole	80%
Olanzapine	85%	Valsartan	85%
Clopidogrel	80%	Glicazide	45%
Escitalopram	85%	Nebivolol	85%
Montélukast	85%	Anastrozole	65%
Irbésartan + HCTZ	80%	Risperidone	90%
Irbésartan	85%	Losartan + HCTZ	80%
Tramadol + Paracétamol	90%	Losartan	85%
Lercanidipine	90%	Létrozole	65%
Candesartan	80%	Candesartan + HCTZ	75%
Lansoprazole	80%	Risédronate	80%
Répaglinide	85%		

Trois nouvelles molécules nouvellement substituables ont été ajoutées à cette liste pour 2015 :

- Celecoxib (CELEBREX)
- Almotriptan (ALMOGRAN)
- Mométasone (NASONEX)

Pour ces substances, un seuil bas de substitution a été fixé à 50 %. Les économies potentielles liées à ces molécules seront précisées lors d'une commission paritaire nationale.

Sept molécules exclues du calcul de l'objectif national et de celui des objectifs individuels :

Quatre anti-épileptiques :

- Lamotrigine (LAMICTAL)
- Levetiracetam (KEPPRA)
- Topiramate (EPITOMAX)
- Valproate de sodium (DEPAKINE, DEPAKOTE)

3 autres molécules :

- L-thyroxine
- Buprénorphine (SUBUTEX)
- Mycophenolate mofetil (CELLCEPT)

A.7 – Taux et courbes relatifs au marché des génériques :

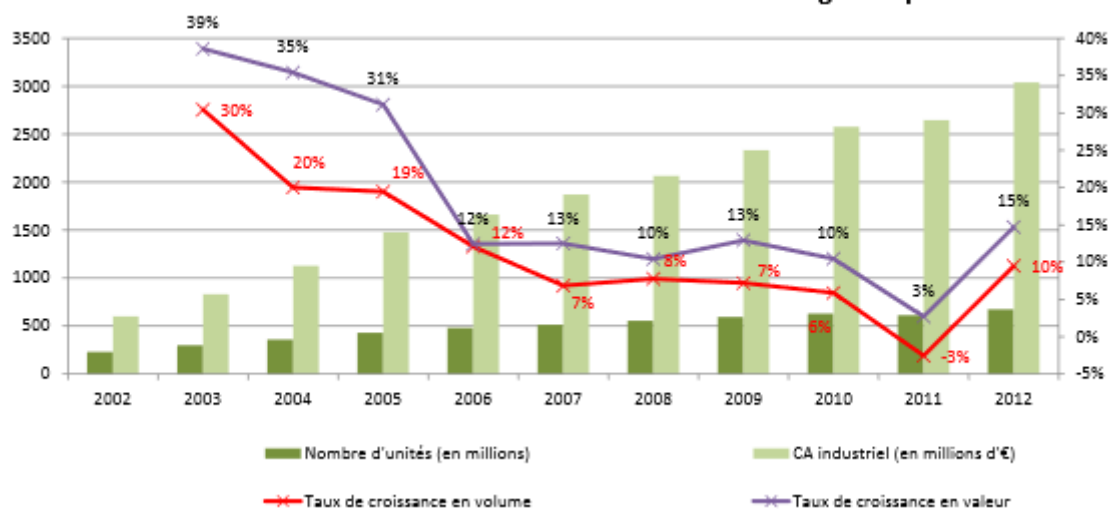
ÉVOLUTION DU MARCHÉ DES GÉNÉRIQUES

Source : Leem d'après Gers.

Année	Répertoire des génériques ⁽¹⁾ en % du marché remboursable		Génériques en % du répertoire des génériques	
	En valeur	En volume	En valeur	En volume
2000	12,6%	18,4%	21,5%	31,0%
2001	13,9%	20,4%	23,0%	33,7%
2002	14,2%	20,9%	29,3%	40,7%
2003	13,2%	23,6%	40,9%	52,5%
2004	14,7%	23,0%	45,5%	57,2%
2005	17,0%	25,2%	47,0%	59,8%
2006	17,2%	27,5%	50,6%	61,1%
2007	15,6%	26,8%	61,5%	69,0%
2008	15,2%	27,3%	66,9%	74,3%
2009	20,4%	32,4%	58,8%	70,8%
2010	22,9%	35,5%	58,1%	69,3%
2011	25,3%	35,3%	53,7%	67,1%
2012	27,9%	37,6%	58,0%	71,2%
2013	27,6 %	39,7 %	67,4 %	77,5 %

(1) Le répertoire des génériques comprend les principes (molécule originale) et les génériques.

Evolution du marché des médicaments génériques



<http://www.medicamentsgeneriques.info/wp-content/uploads/2013/07/genne-evolution-du-marche-des-generiques-janvier-2013.pdf>

A.8 – Définition du médicament : Article L. 5111-1 du Code de la Santé Publique

On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

Sont notamment considérés comme des médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve.

Les produits utilisés pour la désinfection des locaux et pour la prothèse dentaire ne sont pas considérés comme des médicaments.

Lorsque, eu égard à l'ensemble de ses caractéristiques, un produit est susceptible de répondre à la fois à la définition du médicament prévue au premier alinéa et à celle d'autres catégories de produits régies par le droit communautaire ou national, il est, en cas de doute, considéré comme un médicament.

A.9 – Sondage personnel :

QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX PATIENTS

<u>Questions</u>	<u>Réponses</u>
Le pharmacien	
Quel(s) adjectif(s) positif(s) qualifie(nt) le mieux la personnalité de votre pharmacien ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ Souriant, agréable ☐ Attentif, à votre écoute ☐ Facilement abordable, chaleureux ☐ Discret, respecte la confidentialité des échanges ☐ Poli, respectueux ☐ Réactif, dynamique
Quel(s) adjectif(s) négatif(s) qualifie(nt) le mieux la personnalité de votre pharmacien ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ Peu souriant, expression neutre ☐ Hautain, trop sûr de lui ☐ Curieux, pose trop de questions ☐ Manque de discrétion ☐ Lent, manque d'entrain ☐ Réservé, timide
Quel(s) adjectif(s) positif(s) qualifie(nt) le mieux le travail de votre pharmacien ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ Compétent, de bons conseils ☐ Présent ☐ Professionnel ☐ Ne pousse pas à la consommation
Quel(s) adjectif(s) négatif(s) qualifie(nt) le mieux le travail de votre pharmacien ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ Peu compétent, conseils incomplets ☐ Absent ☐ Peu professionnel ☐ Commerçant
La pharmacie	
Quel(s) adjectif(s) positif(s) qualifie(nt) le mieux les produits de votre pharmacie ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ Bien achalandée, complète ☐ Produits à des prix abordables, raisonnables ☐ Gammes de parapharmacie développées ☐ Matériels d'orthopédie variés et de bonne qualité
Quel(s) adjectif(s) négatif(s) qualifie(nt) le mieux les produits de votre pharmacie ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ Mal achalandée, incomplète ☐ Produits trop chers ☐ Gammes de parapharmacie peu développées ☐ Peu de matériels d'orthopédie ☐ Manque de stock, trop de manquants

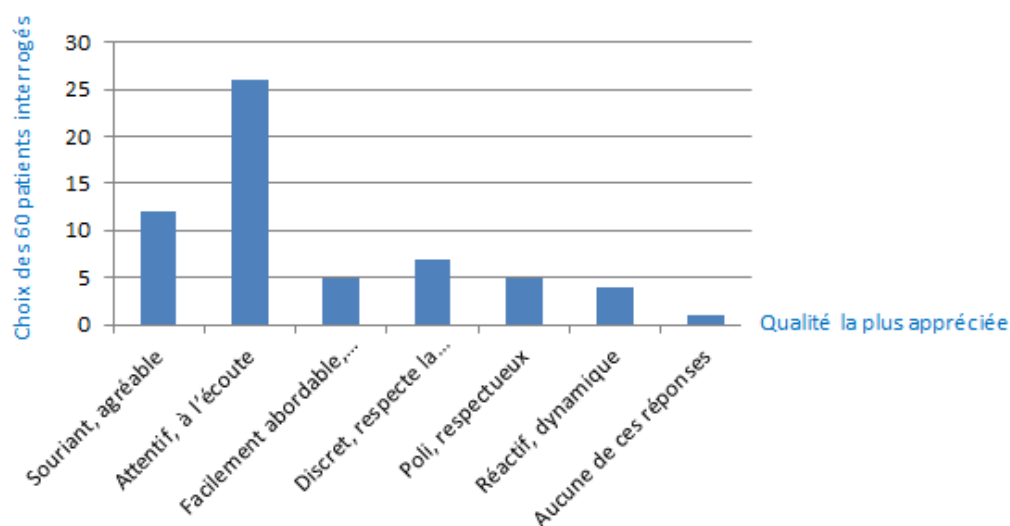
Quel(s) adjectif(s) positif(s) qualifie(nt) le mieux la structure de votre pharmacie ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ Bien agencée, rayons clairs ☐ Bien située, facile d'accès ☐ Durée d'attente satisfaisante ☐ Accueillante, atmosphère conviviale ☐ Grande, spacieuse, moderne
Quel(s) adjectif(s) négatif(s) qualifie(nt) le mieux la structure de votre pharmacie ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ Mal agencée, rayons surchargés ☐ Mal située, manque de stationnements ☐ Durée d'attente trop longue ☐ Atmosphère froide ☐ Petite, étouffante ☐ Vieillesse
La fréquentation / La fidélité	
Combien d'officine(s) avez-vous l'habitude de fréquenter ? (Ne cocher qu'une seule case)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 5 ☐ > 5

A.10 – Résultats de l'enquête personnelle :

A PROPOS DU PHARMACIEN :

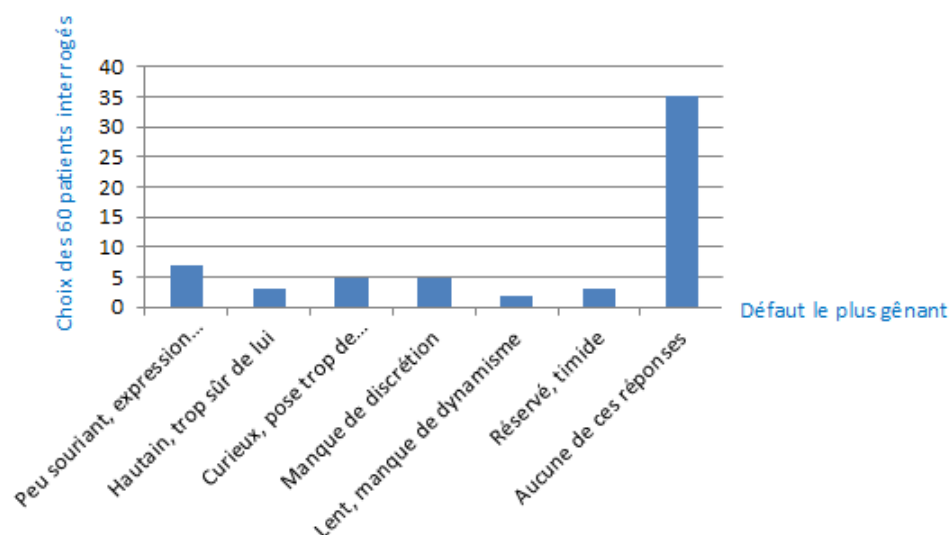
➔ Sa personnalité : Qualité la plus appréciée

Souriant, agréable	12
Attentif, à l'écoute	26
Facilement abordable, chaleureux	5
Discret, respecte la confidentialité des échanges	7
Poli, respectueux	5
Réactif, dynamique	4
Aucune de ces réponses	1



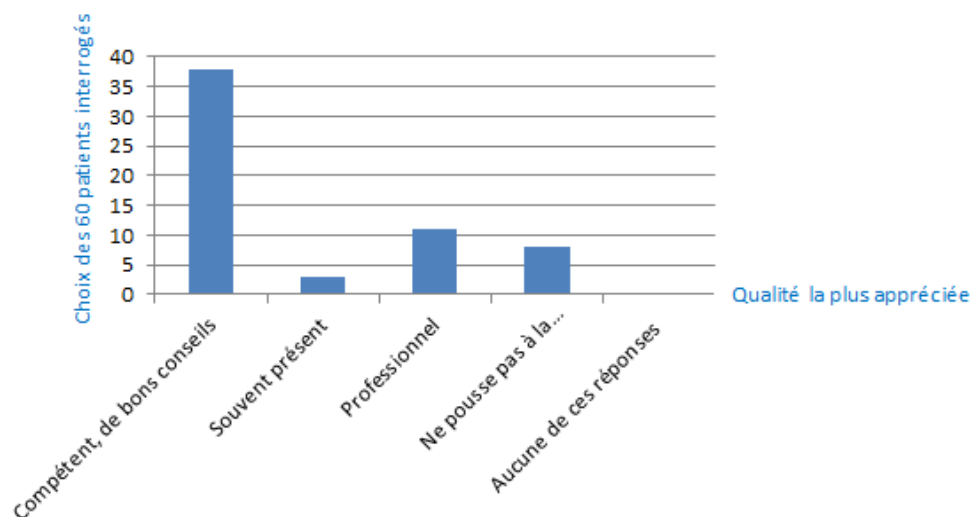
→ Sa personnalité : Le défaut le plus gênant

Peu souriant, expression neutre	7
Hautain, trop sûr de lui	3
Curieux, pose trop de questions	5
Manque de discrétion	5
Lent, manque de dynamisme	2
Réservé, timide	3
Aucune de ces réponses	35



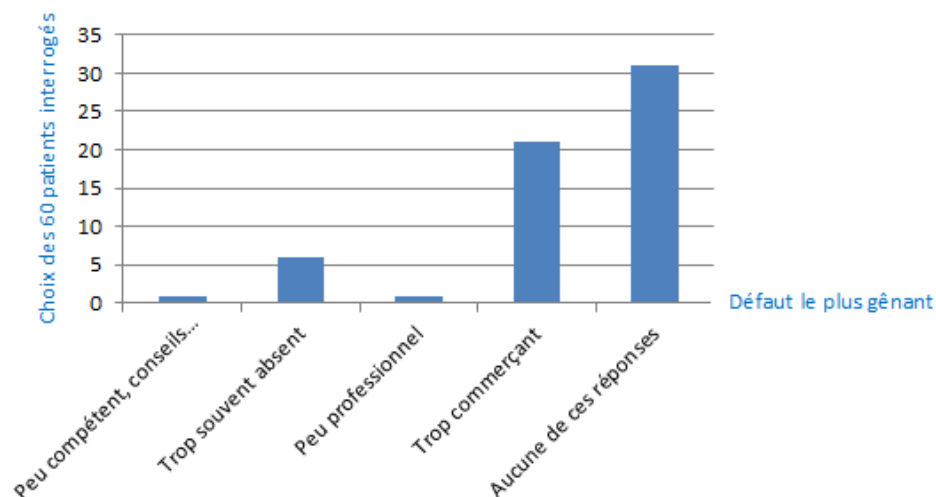
→ Son travail : La qualité la plus appréciée

Compétent, de bons conseils	38
Souvent présent	3
Professionnel	11
Ne pousse pas à la consommation	8
Aucune de ces réponses	0



→ Son travail : Le défaut le plus gênant

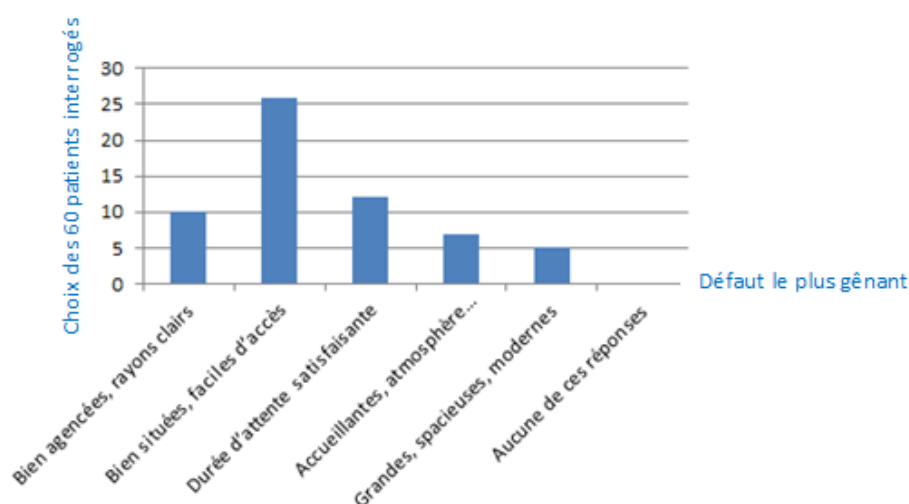
Peu compétent, conseils incomplets	1
Trop souvent absent	6
Peu professionnel	1
Trop commerçant	21
Aucune de ces réponses	31



A PROPOS DES OFFICINES :

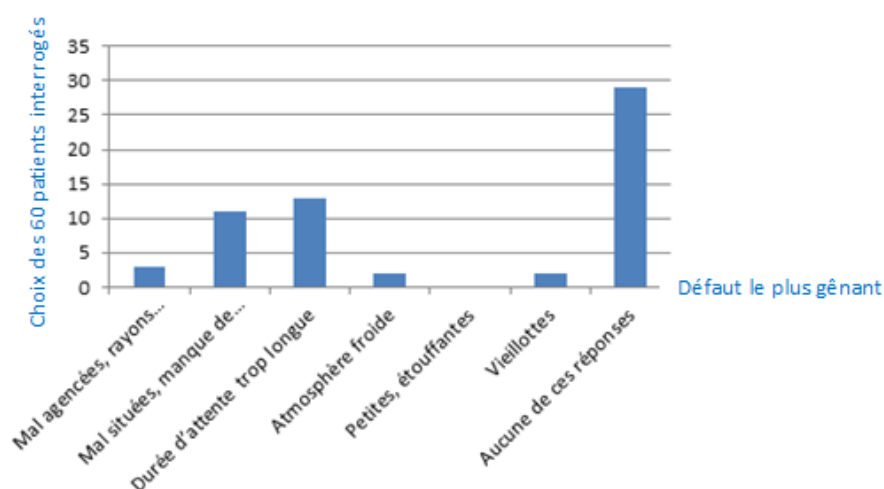
→ Les structures : La qualité la plus appréciée

Bien agencées, rayons clairs	10
Bien situées, faciles d'accès	26
Durée d'attente satisfaisante	12
Accueillantes, atmosphère conviviale	7
Grandes, spacieuses, modernes	5
Aucune de ces réponses	0



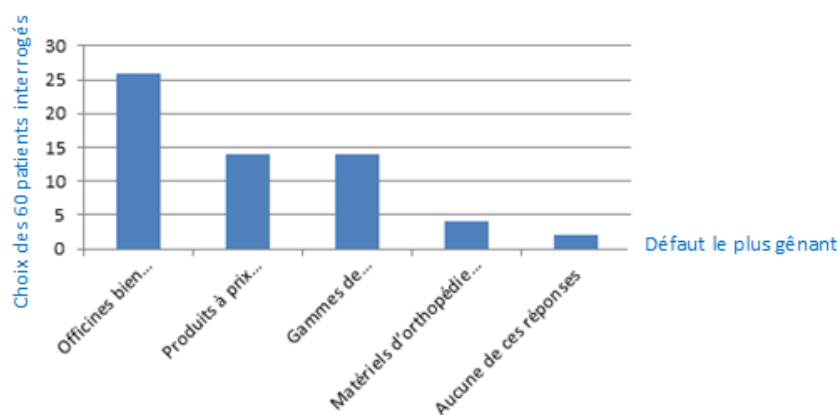
→ Les structures : Le défaut le plus gênant

Mal agencées, rayons surchargés	3
Mal situées, manque de stationnement	11
Durée d'attente trop longue	13
Atmosphère froide	2
Petites, étouffantes	0
Vieillottes	2
Aucune de ces réponses	29



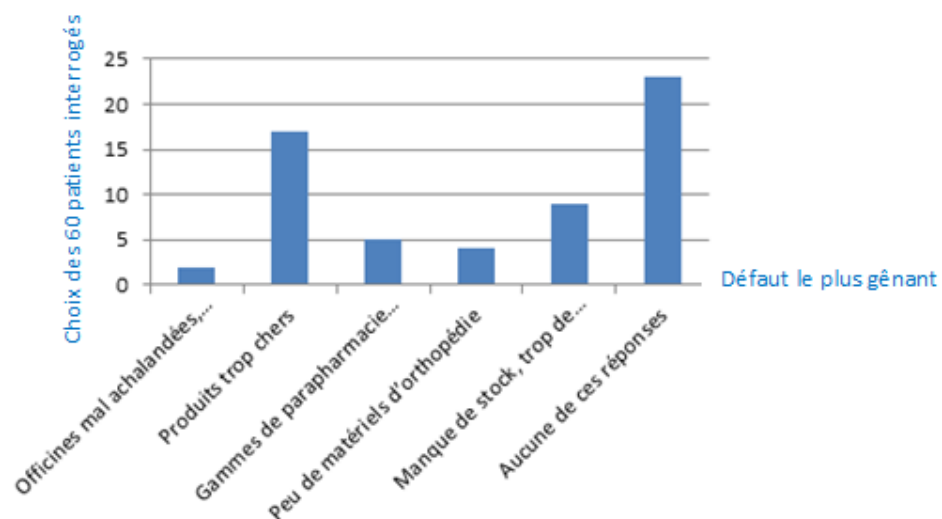
→ Les produits : La qualité la plus appréciée

Officines bien achalandées, complètes	26
Produits à prix abordables, raisonnables	14
Gammes de parapharmacie développées	14
Matériels d'orthopédie variés et de bonne qualité	4
Aucune de ces réponses	2



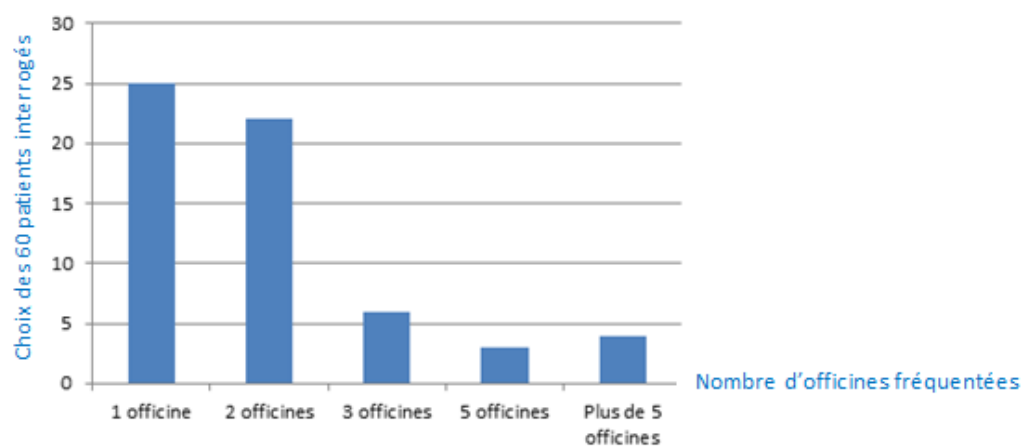
➔ Les produits : Le défaut le plus gênant

Officines mal achalandées, incomplètes	2
Produits trop chers	17
Gammes de parapharmacie peu développées	5
Peu de matériels d'orthopédie	4
Manque de stock, trop de manquants	9
Aucune de ces réponses	23

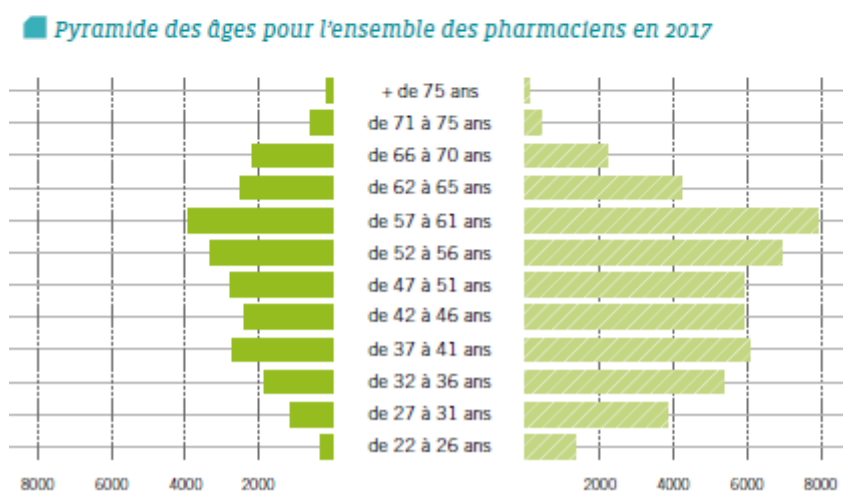
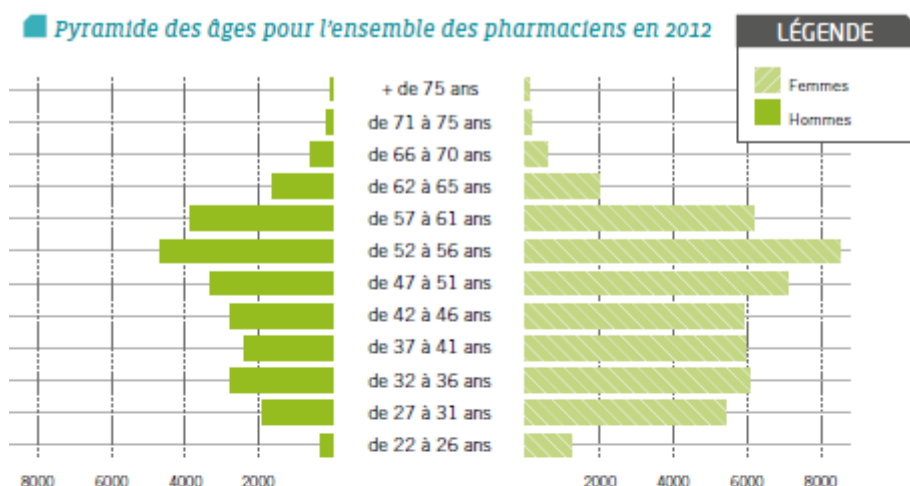


A PROPOS DE LA FREQUENTATION/FIDELITE : Nombre d'officine(s) fréquentée(s)

1 officine	25
2 officines	22
3 officines	6
5 officines	3
Plus de 5 officines	4



A.11 – Le vieillissement de la population des pharmaciens :



A.12 - Le programme personnalisé de soins du patient cancéreux :

[<http://www.e-cancer.fr>]

Destiné à être remis à tous les malades dès le début de leur prise en charge, en relais immédiat du dispositif d'annonce, le programme personnalisé de soins (PPS) permet de formaliser la proposition de prise en charge thérapeutique. Il deviendra ainsi le support essentiel de la personnalisation du parcours de soins, portée par la mesure 18, mesure phare du Plan cancer 2009-2013.

Intégrant un volet social, il doit permettre également de repérer précocement les difficultés et de mettre en œuvre l'accompagnement social du malade. Le PPS sera relayé, une fois la phase active des traitements terminée, par le programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) conduit avec et par les médecins traitants, pour acter l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, celle de l'après cancer.

Le PPS constitue une des conditions transversales de qualité, rendues obligatoires dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie. Sa remise aux malades fera l'objet d'un suivi spécifique au sein des établissements autorisés. Le Plan cancer prévoit d'ici 2013, de faire bénéficier 80% des patients au moins d'un programme personnalisé de soins.

A partir de plusieurs modèles de PPS, élaborés soit par des réseaux régionaux de cancérologie, soit par des établissements de santé, une trame commune a été réalisée et validée par le Comité des malades et des usagers de l'INCa puis soumise à une large consultation des professionnels de santé dans les régions. Un contenu minimum indispensable du PPS a ainsi été défini.

Il comprend :

- Les informations relatives au malade et à l'établissement de santé de référence
- Nom, prénom du (de la) patient(e)
- Nom de jeune fille
- Date et lieu de naissance
- N° d'identification
- Code postal de résidence
- Coordonnées de la personne de confiance, et présence lors de la remise du programme de soins
- Date de la consultation d'annonce
- Date de remise du programme, et coordonnées du médecin l'ayant remis au patient
- Coordonnées de l'établissement de santé et nom du 3C de rattachement

Le volet soins :

Le calendrier prévisionnel de soins et de suivi comporte le plan théorique de traitement c'est-à-dire la proposition thérapeutique acceptée par le patient et son organisation (durées prévisibles d'hospitalisation, date et lieux des différentes phases de traitement,...), ainsi que les différents bilans prévus et leur fréquence, les documents transmis au médecin traitant ainsi que leur date de transmission : Proposition de la RCP, PPPS, compte-rendu opératoire, compte-rendu d'anatomopathologie, compte-rendu d'examens complémentaires (biologie, scanner, IRM...), lettre de sortie d'hospitalisation, etc.

Le volet social :

Le volet social comporte les coordonnées de la personne ayant réalisé le bilan social ainsi que celle de l'assistance sociale, les informations relatives au bilan social réalisé au décours de l'annonce et aux consultations sociales réalisées pendant le parcours de soins, en particulier la consultation sociale de mi-parcours. Les actions mise en œuvre à la suite de l'évaluation sociale (signalement, plan d'aide ...) pourront être mentionnées avec l'accord du malade, de même que les mesures entreprises dans le cadre de la préparation de l'après cancer et notamment les éléments liés à l'emploi.

Cette partie du PPS comporte également les coordonnées des différents intervenants hospitaliers et de proximité, impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale du malade. Il s'agit des coordonnées :

- Du ou des médecins spécialistes référents
- De l'infirmière d'information et de coordination
- Du médecin traitant
- Du pharmacien de ville
- Du laboratoire d'analyses médicales
- Des réseaux de santé territoriaux
- D'autres intervenants de ville (infirmière, masseur-kinésithérapeute ...)
- Des structures d'HAD ou de l'hôpital de proximité
- Des associations de malades
- Des organismes sociaux (CAF, CPAM, assistante sociale de secteur, CCAS, maison départementale du handicap, numéro Santé Info Droit)
- De tout autre contact et pouvant lui être utile au malade ainsi qu'à son entourage, en particulier lors des périodes de retour au domicile.

A.13 - Programme du D.U « Maintien et soins à domicile » :

ENSEIGNEMENT THEORIQUE ET MEDICAL (54 heures) :

- Ethique clinique
- Directive anticipée
- Formation écoute
- Désinfection du matériel
- Liste des Prestations et Produits Remboursables (LPPR)
- Oxygénothérapie : théorie, toxicologie, BPDO
- Aérosolthérapie, application à l'administration médicamenteuse
- Pneumologie : asthme, mucoviscidose, BPCO
- Réseaux et soins palliatifs, structures sociales d'accueil
- Pathologies cardiaques, troubles du rythme
- Mécanismes et types de douleur, évaluation et paliers de l'OMS, analgésie contrôlée
- Pansements spécifiques
- Incontinence urinaire, incontinence fécale
- Stomies
- Nutrition entérale et nutrition parentérale

ENSEIGNEMENT PRATIQUE ET DIRIGE (46 heures) :

- Oxygénothérapie: oxygène liquide, pratique, étude de cas clinique et matériel approprié
- Aérosolthérapie: matériel et manipulation
- Démonstration, application des différents défibrillateurs
- Manipulation des analgésiques, neurostimulation transcutanée, pompes à morphine, cas cliniques pour ajustement de doses
- Manipulation des différents systèmes de perfusion active, présentation et démonstration des DM
- Nutrition pratique, adaptation suivant cas clinique, dégustation
- Manipulation, stylo à insuline, lecteur de glycémie, pompe à insuline, dossier patient informatique
- Environnement de la chambre du malade, manipulation des DM appropriés au domicile
- Hémodialyse
- Escarres : matelas et coussins
- Fauteuils roulants
- Tire-lait, pèse bébé, rééducation périnéale
- Visite de sites
- Analyse de pratiques

A.14 - Fiche de suivi d'entretien pharmaceutique AVK : (145)

INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LE PATIENT

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 N° d'immatriculation :
 Régime d'affiliation :
 Adresse :
 Date entretien 1 et nom du pharmacien :
 Date entretien 2 et nom du pharmacien :
 Date entretien 3 et nom du pharmacien :

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Poids			
Nom de l'AVK prescrit			
Nom du prescripteur			
Autres médicaments prescrits			
Autres médicaments/compléments alimentaires consommés par le patient			
Habitudes de vie pouvant interférer avec le traitement AVK (alimentation, difficultés à effectuer les contrôles d'INR, observance ...)			
Historique de la prescription des AVK			
Difficultés motrices/cognitives/sensorielles			
Laboratoire qui dose habituellement l'INR			
Le patient a-t-il un carnet de suivi et une carte AVK ?			
Demander au patient comment il vit globalement son traitement			

1. Notions générales sur le traitement AVK

Principes du traitement

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient sait-il à quoi sert « nom de la spécialité AVK prescrite » ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il pourquoi « nom de la spécialité AVK prescrite » lui a été prescrit ? Si oui, est-il capable de restituer en termes simples l'indication thérapeutique ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il si ce médicament comporte des risques ? Si oui, lesquels ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient connaît-il la dose qu'a prescrite son médecin ? La respecte-t-il ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il à quelle heure il doit prendre ce médicament et qu'il faut le prendre tous les jours à la même heure ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ? Si oui, explicitiez.	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il qu'il est important de noter les prises sur son carnet de suivi ainsi que tout oubli éventuel ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA

Surveillance biologique du traitement

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient connaît-il la valeur de son INR cible ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il que le dosage de l'INR doit être effectué impérativement selon le calendrier établi par le médecin et toujours dans le même laboratoire ? Vérifiez qu'il dispose bien du calendrier de suivi de son INR.	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il pourquoi il doit faire une prise de sang pour le dosage de l'INR le matin (transmission au médecin) ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il que, dès qu'il la connaît, il doit impérativement noter la valeur de l'INR dans son carnet de suivi et appeler son médecin si cette valeur sort de la fourchette ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
A quelle fréquence le patient réalise-t-il le contrôle de son INR ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA

Surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'une dose trop élevée

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient connaît-il les signes évocateurs d'un surdosage et la conduite à tenir ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
- Signes plus inquiétants : Sang dans les urines, sang dans les selles, selles noires et nauséabondes, crachats sanglants, vomissements sanglants, épistaxis, saignement persistant. - Signes trompeurs : Fatigue, essoufflement, pâleur, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexpliqué. - Signes banals : Saignement des gencives, saignement de nez, hémorragie conjonctivale, règles exceptionnellement abondantes, hématomes.			
Lui est-il déjà arrivé de ressentir certains de ces signes ? Si oui, qu'a-t-il fait ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

Les autres médicaments

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres médicaments ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Le patient connaît-il les médicaments qui sont contre-indiqués avec son traitement ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Si oui, peut-il citer des médicaments d'usage courant contre-indiqués avec son traitement ?			
Arrive-t-il au patient de prendre, sans avis médical ou conseil pharmaceutique, d'autres médicaments qu'il a par exemple dans son armoire à pharmacie ? Si oui, lesquels ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

Vie quotidienne et alimentation

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient connaît-il les précautions à prendre pour minimiser le risque hémorragique dans la vie quotidienne (prévention des chocs et blessures lors d'activités sportives ou de loisirs) ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Peut-il en citer 3 ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Le patient connaît-il les règles à suivre en matière d'alimentation et les principaux aliments riches en vitamine K ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il qu'il ne doit pas prendre certaines tisanes, ni de complément alimentaire sans en parler à son médecin ou son pharmacien ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA

Les professionnels de santé

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
En-dehors de son médecin ou de son pharmacien, quels autres professionnels de santé le patient rencontre-t-il ?			
Le patient leur présente-il la carte « je prends un traitement anticoagulant par AVK » qui lui a été remise ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Le patient sait-il qu'il doit tenir informé son médecin traitant de toute intervention médicale (extraction dentaire, petite chirurgie etc) ou changement dans sa situation (par exemple survenue d'une grossesse) ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA

2. Conclusion pour le patient :

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient a-t-il des questions ? Si oui, lesquelles ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

3. Conclusion pour le pharmacien :

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Petite synthèse de l'entretien et durée approximative			
Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient			
Principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité lors de l'entretien suivant			
Prévoir la présence d'un accompagnant pour l'entretien suivant	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Prévoir l'orientation du patient vers le prescripteur	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Prévoir une prise de contact avec le prescripteur	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

4. Suivi de l'accompagnement :

Convenir avec le patient des modalités de suivi de l'accompagnement. Envisager avec lui le nombre et la fréquence des entretiens.
Insister sur l'importance du suivi biologique.

Remplacement du traitement AVK par un autre anti-thrombotique oui/non.

Date :

Le switch vers un autre anti-thrombotique implique l'arrêt de l'accompagnement AVK.

Arrêt du traitement anticoagulant oui/non.

Date :

L'arrêt du traitement anticoagulant implique l'arrêt de l'accompagnement AVK.

A.15 - Fiche de suivi du patient asthmatique : (150)(151)

INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LE PATIENT

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 N° d'immatriculation :
 Régime d'affiliation :
 Adresse :
 Date entretien 1 et nom du pharmacien :
 Date entretien 2 et nom du pharmacien :
 Date entretien 3 et nom du pharmacien :

INFORMATIONS GENERALES	ENTRETIEN 1		ENTRETIEN 2		ENTRETIEN 3	
Spécialités prescrites	Posologie	Date début traitement	Posologie	Date début traitement	Posologie	Date début traitement
.....						
.....						
.....						
.....						
Nom du médecin traitant et du pneumologue						
Difficultés motrices/cognitives/sensorielles						
Le patient possède-t-il un plan d'action de l'asthme, un auto-questionnaire, un peak-flow, tout autre document en rapport avec son asthme (préciser)						
Le patient a-t-il suivi ou suit-il un programme d'ETP dans une école de l'asthme ?	Date, durée du programme		Date, durée du programme		Date, durée du programme	
Demander au patient comment il vit globalement son asthme (pour les personnes en reprise de traitement de fond après une période d'interruption)						

1. Notions générales sur le traitement de fond de l'asthme – corticoïdes inhalés :

➔ *Les principes du traitement de l'asthme :*

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient sait-il nommer ses médicaments de l'asthme : Pour le traitement de fond ? Pour les crises ? Si non, repréciser et indiquer le sur la boîte.	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient connaît-il la dose prescrite par son médecin pour : Le(s) médicament(s) du traitement de fond/de la crise ? Si repréciser les posologies conformément à l'ordonnance.	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient peut-il bien différencier le traitement de a crise et le traitement de fond et décrire comment ses médicaments agissent ? Si non, expliquer. Evoquer notamment : La chronicité de l'asthme, les composantes inflammatoire et obstructive.	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient connaît-il le bénéfice de son traitement de fond ? Si non, réexpliquer que l'asthme contrôlé peut aboutir à zéro gêne respiratoire, d'où l'intérêt de prendre le traitement de fond et décrire les effets recherchés.	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il qu'il doit toujours avoir à disposition immédiate un traitement de la crise ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Le patient sait-il quand prendre le médicament de la crise ? Lui demander de préciser. Si non, rappeler les circonstances adéquates et en parler au médecin traitant, après accord du patient.			

➔ *Les principes de la technique d'inhalation :*

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient maîtrise-t-il la technique d'inhalation de ses médicaments ? Démonstration par le patient. Si incorrect, démontrer.	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

➔ *L'importance de l'adhésion au traitement par corticoïdes inhalés :*

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Evaluation de l'observance selon le score de Moriski, en 4 questions : - Arrive-t-il au patient d'oublier de prendre son traitement de l'asthme ? - Le patient a-t-il parfois du mal à se rappeler de prendre son traitement de l'asthme ? - Quand le patient se sent mieux, lui arrive-t-il d'arrêter de prendre son traitement de l'asthme ? - Si le patient se sent moins bien lorsqu'il rend son traitement de l'asthme, arrête-t-il parfois de le prendre ? Oui = 0, Non = 1, Score de 0 à 4 Si le patient a répondu par au moins un « oui », rechercher la cause de la mauvaise adhésion et donner, si possible, des conseils adaptés pour améliorer l'observance. Dans le cas où le patient est en reprise de traitement suite à une phase d'interruption, peut-il préciser la raison pour laquelle il a arrêté son traitement de fond ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

➔ *Les effets indésirables des corticoïdes inhalés et broncho-dilatateurs d'action brève :*

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient a-t-il ressenti des effets indésirables pouvant être liés à son traitement de fond ? Par exemple : Candidose oropharyngée, gêne pharyngée, dysphonie, raucité de la voix, survenue de toux ou de bronchospasme à la suite de l'inhalation. Le patient a-t-il ressenti des effets indésirables pouvant être liés à son traitement de la crise ? Céphalées, tremblements, tachycardie, plus rarement irritation de la bouche, de la gorge, crampes musculaires, palpitations. Si oui, donner des conseils adaptés pour les prévenir ou les atténuer, si possible.	☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?	☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?	☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?

➔ *Les autres médicaments :*

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres traitements ? Si oui, lesquels ? Selon la saison, le patient a-t-il été vacciné contre la grippe ? Outre les médicaments du dossier pharmaceutique/préscrits par le médecin traitant, le pneumologue et autres spécialistes, rechercher les automédications et repérer les médicaments qui pourraient interagir avec son traitement de l'asthme.	☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?	☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?	☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?

2. Facteurs déclenchant/aggravant l'asthme et conseils pour les éviter :

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient peut-il dire s'il a identifié des facteurs qui déclenchent/aggravent son asthme ? Si non, demander au patient d'y réfléchir et de noter d'éventuels facteurs qu'il aurait repérés pour le prochain entretien. Si oui, indiquer lesquels au fur et à mesure des entretiens et donner des conseils pour les éviter quand cela est possible. Quand l'éviction n'est pas possible, ré-insister sur l'importance d'avoir toujours sur soi un traitement de la crise.			
ALLERGENES : Des tests cutanés ont-ils été réalisés ? Oui ou Non			
Les acariens et moisissures			
Les animaux domestiques			
Les pollens			
Les aliments			
POLLUTION			
Atmosphérique			
De l'intérieur : Fumée de cheminée, peintures, solvants, moquette ...			
TABAC			
Actif			
Passif			

AUTRES

Infections des voies respiratoires (rhume, grippe, bronchite, sinusite ...)			
Facteurs psychologiques : Anxiété, stress, émotions importantes ...			
Changements de temps, froid, humidité ...			
Exercice physique			

3. Conclusion pour le patient :

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Le patient a-t-il des questions ? Si oui, lesquelles ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

4. Conclusion pour le pharmacien :

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Petite synthèse de l'entretien et durée approximative			
Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient			
Principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité lors de l'entretien suivant			
Prévoir la présence d'un accompagnant pour l'entretien suivant	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Prévoir l'orientation du patient vers le prescripteur	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Prévoir une prise de contact avec le prescripteur	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

A.16 – Comment limiter la survenue de l'asthme ?

Les allergènes :

Les acariens et les moisissures	OUI/NON	Laver régulièrement la literie (une fois par semaine) Eviter les éléments qui retiennent la poussière dans son intérieur : Moquette, canapé en tissu ... Aérer les chambres quotidiennement ainsi que les pièces humides (salle de bains)
Les animaux domestiques	OUI/NON	Evaluer la pertinence d'adopter un animal domestique au regard de l'asthme du patient. Eviter de faire rentrer l'animal dans l'habitation, le garder à distance des chambres ou de la pièce principale. Il s'avère parfois utile de laver les chats et les chiens deux fois par semaine.
Les pollens	OUI/NON	Eviter de tondre la pelouse au printemps. Bannir les plantes allergisantes telles que les thuyas, bouleaux, cyprès ... Aspirer régulièrement l'intérieur de la maison et enlever la poussière avec un chiffon humide.
Les aliments : - Additifs alimentaires (sulfites, acide benzoïque E210, tartrazine E102 ...) - Allergies alimentaires (cacahuètes, noix, crustacés, produits laitiers, œufs ...)	OUI/NON	Eviter de consommer les aliments identifiés comme déclencheurs de l'asthme. Répéter la nécessité de l'éviction totale de l'aliment si une allergie majeure est connue.

La pollution :

Atmosphérique	OUI/NON	Eviter l'exercice physique en cas de pic de pollution chez les personnes connues comme sensibles ou qui présenteraient une gêne à cette occasion.
De l'intérieur : Fumée de cheminée, peintures, solvants ...	OUI/NON	Eviter d'utiliser ces produits ou bien veiller à ventiler la pièce.

Le tabac :

Actif	OUI/NON	Conseiller l'arrêt du tabac et un rendez-vous avec le médecin traitant ou un médecin spécialisé dans l'arrêt du tabac. Informé sur le service « tabac info service » : Site tabac-info-service.fr ou appeler au n° 3989.
Passif	OUI/NON	Limiter le contact avec les fumeurs, leur demander de ne pas fumer dans les lieux de vie commune. Si cela n'est pas possible, aérer les lieux de vie commune au maximum.

Autres :

Infection des voies respiratoires (rhume, grippe, bronchite, sinusite ...)	OUI/NON	Inciter à la vaccination antigrippale. Le vaccin est gratuit pour les personnes asthmatiques.
Facteurs psychologiques : Anxiété, stress, émotions importantes ...	OUI/NON	Penser à toujours avoir son traitement de la crise sur soi.
Changements de temps, froid, humidité	OUI/NON	Penser à toujours avoir son traitement de la crise sur soi.
Exercice physique important en durée ou en intensité	OUI/NON	Inciter le patient à en parler avec son médecin pour qu'il définisse avec lui la conduite à tenir.

A.17 – Document énumérant les examens à réaliser chez le patient diabétique :

Les examens à réaliser chez le patient diabétique :

→ Tous les 3 mois :

- Le poids et la tension artérielle
- La glycémie à jeun (en l'absence d'insuline)
- L'HbA1c (hémoglobine glyquée)
- Le tour de taille (car il est représentatif de l'accumulation de mauvaises graisses).

→ Au moins une fois par an :

- Un examen des yeux (fond d'œil)
- Un examen des pieds chez le podologue
- Un électrocardiogramme (ECG)
- Un bilan lipidique (cholestérol et ses fractions LDL, HDL, triglycérides)
- Une évaluation de la fonction rénale (dosage de la créatininémie et de la micro-albuminurie)
- Un bilan dentaire
- Faire un point avec le diabétologue

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. OMS | L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde [Internet]. OMS; [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/
2. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? - DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
3. LEGENDRE N. Emploi Santé - Offres d'emploi, formations, médical et paramédical [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.emploisante.com/content/un-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-en-perte-de-vitesse>
4. POITON D. La Documentation française : la librairie du citoyen [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/layout/set/print/dossiers/d000538-l-avenir-du-systeme-de-sante-en-france/questions-a-dominique-polton>
5. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : rapport - rapport_hcaam-2.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_hcaam-2.pdf
6. Réforme de l'assurance maladie [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refam062005.pdf>
7. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
8. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946>
9. Charte des droits fondamentaux de l'union européenne [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf
10. Santé publique et prévention [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.cap-concours.fr/sanitaire-et-social/concours-paramedicaux/reviser/sante-publique-et-prevention-cc_san_01
11. L'avenir de l'assurance maladie - HCAAM [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf
12. Réforme de l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.eleves.ens.fr/pollens/seminaire/seances/assurance_maladie/assurance_maladie.doc
13. AMELI.FR. Les différentes branches du régime général [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differentes-branches-du-regime-general.php>
14. Félix) CM (avec C. Le « trou de la Sécu » expliqué en quatre points. Le Monde.fr [Internet]. 1 oct 2014 [cité 23 sept 2015]; Disponible sur: <http://www.lemonde.fr/les->

decodeurs/article/2014/10/01/le-trou-de-la-secu-explique-en-quatre-points_4498114_4355770.html

15. Quelle est la différence entre retraite par répartition et retraite par capitalisation ? [Internet]. 2014 [cité 12 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/grands-domaines/quelle-est-difference-entre-retraite-par-repartition-retraite-par-capitalisation.html>
16. Loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, PLFSS. [Internet]. 2014 [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-financement-securite-sociale-pour-2015.html>
17. Différence salaire brut et net : méthode de calcul [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.salaire-brut-net.net/methode-de-calcul/>
18. SERVICE PUBLIC.FR. Déclaration et paiement des cotisations sociales [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F24013>
19. Assurance Maladie. ameli.fr - Soins et remboursements [Internet]. Ameli.fr. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-de-base-une-assurance-maladie-pour-tous/objectif-l-acces-a-l-8217-assurance-maladie_oise.php
20. Note conjoncture Juin 2014.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Note_conjoncture_Juin_2014.pdf
21. Sécurité Sociale. Sécurité Sociale - Plafond de ressources pour l'attribution de la protection complémentaire [Internet]. Sécurité Sociale. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Plafond-de-ressources-pour-l-attribution-de-la-protection-complementaire-en-matiere-de-sante,3241?type=part>
22. Les plafonds d'attribution de la protection complémentaire [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>
23. Définition de l'AME - Aide Médicale d'Etat [Internet]. Mutuelle.com. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.mutuelle.com/glossaire-lexique-mutuelle/a/definition-aide-medicale-ame.html>
24. AMELI.FR. L'aide médicale de l'État [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-ame_oise.php
25. 11/06/15 - Intervention Marisol TOURAINE - Congrès Mutualité [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_06_15_Intervention_MT_Congres_Mutualite.pdf
26. N° 2302 - Projet de loi relatif à la santé [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2302.asp>
27. L'avenir du système de santé en France [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/layout/set/print/dossiers/d000538-l-avenir-du-systeme-de-sante-en-france/introduction>

28. Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé - OCDE [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/eco/croissance/49653347.pdf>
29. Dépenses en santé, total (% du PIB) | Données | Tableau [Internet]. [cité 12 janv 2016]. Disponible sur: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>
30. Latribune.fr. Les dépenses de santé [Internet]. Latribune.fr. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.latribune.fr/actualites/economie/international/20140630trib000837683/116-la-part-en-legere-hausse-du-pib-francais-consacre-aux-depenses-de-sante.html>
31. Dépenses de santé [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ledevoir.com/documents/pdf/depenses_sante_2.pdf
32. LE FIGARO. Dépenses de santé en France et en Europe : La dépense de santé augmente-t-elle ? [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/social/sante-publique/depenses-sante-france-europe/depense-sante-augmente-t-elle>
33. La croissance des dépenses de santé déterminants et finalités [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.louisbachelier.org/wp-content/uploads/La%20croissance%20des%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20d%C3%A9terminants%20et%20finalit%C3%A9s.pdf>
34. Lente croissance des dépenses de santé mais l'Europe prend du retard - OCDE [Internet]. [cité 12 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/sante/lente-croissance-des-depenses-desante-mais-l-europe-prend-du-retard.htm>
35. Projection des dépenses de santé [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_projection_depenses_sante_modele_promede.pdf
36. Lemonde.fr. La Sécurité sociale aggrave son déficit en 2015 [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/09/29/la-securite-sociale-aggrave-son-deficit-en-2015_4496363_1651302.html
37. ASSEMBLEE NATIONALE. N° 1400 - Rapport de M. Michel Issindou sur le projet de loi , après engagement de la procédure accélérée, garantissant l'avenir et la justice du système de retraites (n°1376) [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r1400.asp>
38. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/l14-083-4/l14-083-41.pdf>
39. La maîtrise médicalisée [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.smamform.fr/pdf/fiche_thema_am_811.pdf
40. Rapport Collège HAS [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf
41. GIP SPSI livre systeme de sante en France.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://en.gipspsi.org/content/download/8329/143396/file/GIP%20SPSI%20livre%20systeme%20de%20sante%20en%20France.pdf>

42. LEGIFRANCE. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
43. Santé - Ce qui est à votre charge [Internet]. [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/>
44. Médicament et maîtrise des dépenses de santé. [Internet]. 2014 [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-medicament/maitrise-depenses-sante/>
45. SudOuest. fr avec A. Comment le gouvernement veut réduire le coût des médicaments pour la Sécu [Internet]. SudOuest.fr. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sudouest.fr/2014/10/07/comment-le-gouvernement-veut-reduire-le-cout-des-medicaments-pour-la-secu-1696199-6072.php>
46. Le prix des médicaments remboursables [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lepharmacien.fr/article/4/pdf>
47. SANTE.GOUV. Prix et taux de remboursement [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/prix-et-taux-de-remboursement.html>
48. La distribution en gros du médicament en ville [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-004R3_-_mise_en_ligne.pdf
49. Etude-IMS-CRIP-Ameliorer-lobservance.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.srett-medical.com/wp-content/uploads/2015/04/Etude-IMS-CRIP-Ameliorer-lobservance.pdf>
50. Nouvelles Visions - interieur032014.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.apmnews.com/Documents/interieur032014.pdf>
51. Les nouvelles technologies et les objets connectés au chevet de l'observance - partie 1. [cité 13 janv 2016]; Disponible sur: <https://lemondedelaesante.wordpress.com/2015/06/24/les-nouvelles-technologies-et-les-objets-connectes-au-chevet-de-lobservance-partie-1/>
52. Système de Santé en France [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.gipspsi.org/content/download/10084/236296/file/Livre_gipspsi_Livre_sante_2013_web.pdf
53. BELLIARD D. Déremboursements de médicaments : une politique à courte vue [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.alternatives-economiques.fr/deremboursements-de-medicaments---une-politique-a-courte-vue_fr_art_633_49392.html
54. ameli.fr - Remboursement des médicaments et tiers payant [Internet]. [cité 13 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/quel-remboursement-pour-vos-medicaments.php>
55. Rapport CnS 2015 [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cns_2015_commission.pdf

56. Santé : Marisol Touraine veut économiser 10 milliards d'euros [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/sante-marisol-touraine-veut-economiser-10-milliards-d-euros-25-04-2014-3793481.php>
57. Le moniteur des pharmacies. Génériques : une prime de 6000 euros en moyenne par pharmacie [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150402-generiques-une-prime-de-6000-euros-en-moyenne-par-pharmacie.html>
58. LEGIFRANCE. Décret no 99-486 du 11 juin 1999 relatif aux spécialités génériques et au droit de substitution du pharmacien et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 99-486 juin 11, 1999.
59. 450 médicaments remboursés sur la base des génériques [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.leparticulier.fr/jcms/c_51554/450-medicaments-rembourses-sur-la-base-des-generiques
60. SANDOZ. Le médicament générique - Définition [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sandoz.fr/produits/dicamentsgnriques/definition.shtml>
61. MACSF. Pharmacien et droit de substitution | MACSF [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/responsabilite-par-profession-sante/pharmacien-et-droit-substitution.html>
62. Code de la santé publique - Article L5125-23. Code de la santé publique.
63. Code de la santé publique - Article R5125-53. Code de la santé publique.
64. Génériques : Aspects juridiques [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.imagence.com/UserFiles/IGWSImagence/File/pdf/Generiques_aspects_juridiques.pdf
65. Les laboratoires pharmaceutiques face à l'arrivée des génériques : quelles stratégies pour quels effets ? [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes84.pdf>
66. LE FIGARO. Les médicaments génériques : Quel impact financier? [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/social/sante-publique/medicaments-generiques/quel-impact-financier>
67. Chiffres-clés - Le médicament générique [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.medicamentsgeneriques.info/le-medicament-generique/chiffres-cles/>
68. SANTE.GOUV. Enjeux des médicaments génériques [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/enjeux-des-medicaments-generiques.html>
69. L'EXPRESS. Médicaments génériques: des économies qui coûtent cher [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/medicaments-generiques-des-economies-qui-content-cher_1237016.html
70. AMELI.FR. Les médicaments génériques...aujourd'hui, c'est systématique [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-oise/vous-informer/les-medicaments-generiques_oise.php

71. Évolution du chiffre d'affaires des médicaments [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.leem.org/article/evolution-du-chiffre-daffaires-des-medicaments>
72. Le moniteur des pharmacies. Génériques : une substitution en progression [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150409-generiques-une-substitution-en-progression-reprend-des-couleurs.html>
73. AMELI.FR. Remboursement des médicaments et tiers payant [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/medicaments-generiques-et-tiers-payant_oise.php
74. SERVICE PUBLIC.FR. TFR - Définition [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F18734.xhtml>
75. La loi de santé | Gouvernement.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>
76. Lemonde.fr. Les députés votent la généralisation progressive du tiers-payant. Le Monde.fr [Internet]. 9 avr 2015 [cité 23 sept 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/04/09/les-deputes-votent-la-generalisation-progressive-du-tiers-payant_4612668_1651302.html
77. LE FIGARO. Généralisation du tiers payant : pourquoi les médecins sont contre [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/social/2015/01/06/09010-20150106ARTFIG00297-generalisation-du-tiers-payant-pourquoi-ca-bloque.php>
78. L'officine française: Le contraire d'une rente [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/166034/809000/version/1/file/L%27officine+fran%C3%A7aise+le+contraire+d%27une+rente+VDEF.pdf>
79. ORDRE DES PHARMACIENS. Les pharmaciens doivent rester indépendants ! [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Prises-de-parole-de-la-Presidente/Les-pharmaciens-doivent-rester-independants>
80. ORDRE DES PHARMACIENS. Nombre d'officines [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-regionales-Officine/Nombre-d-officines>
81. ORDRE DES PHARMACIENS. La démographie des pharmaciens [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens>
82. Tribune Huffington [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/165033/802889/version/3/file/Les+pharmaciens+doivent+rester+ind%C3%A9pendants+-+Tribune+Huffington+post.pdf>
83. Le Quotidien du Pharmacien. Ouverture du capital et perte du monopole : le texte qui circule [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/09/10/ouverture-du-capital-et-perte-du-monopole-le-texte-qui-circule_184301

84. Pourquoi les professions libérales manifestent mardi. Le Monde.fr [Internet]. 29 sept 2014 [cité 16 sept 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/09/29/pourquoi-les-professions-liberales-manifestent-mardi_4496593_3224.html
85. MUTUALITE.FR. Projet de loi « Croissance et pouvoir d'achat » : les pharmaciens en sursis ? [Internet]. La Mutualité Française. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.mutualite.fr/actualites/Projet-de-loi-Croissance-et-pouvoir-d-achat-les-pharmaciens-en-sursis/>
86. Le moniteur des pharmacies. Projet de loi « croissance et pouvoir d'achat » : trois réformes majeures pour l'officine [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/140910-projet-de-loi-croissance-et-pouvoir-d-achat-trois-reformes-majeures-pour-l-officine.html>
87. LeParisien.fr. Médicaments vendus en grande surface [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/medicaments-vendus-en-grande-surface-touraine-est-contre-mais-26-09-2014-4166421.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.com>
88. INSEE. Les pharmacies depuis 2000 - Mutations d'un secteur très réglementé [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1525#inter3
89. ORDRE DES PHARMACIENS. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2015 [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2015>
90. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: http://www.unpf.org/force_d.php?c=bc4cce6f9e1474e3ab5e30f69cb4f4311c4dfdc
91. ADENOT I. La France va manquer de pharmacies [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.rtl.fr/actu/pharmacies-7749505570>
92. LEGIFRANCE. Loi du 11 septembre 1941 RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MEDECINE.
93. LEGIFRANCE. Ordonnance n°45-1014 du 23 mai 1945 VALIDATION, A L'EXCEPTION DES ART. 3 A 5 ET DE L'ART. 60, DE LA LOI DU 11 SEPT. 1941 ET MODIFICATION DE SES ART. 2, 36, 37, 39, 40, 44 ET 58. ANNULATION DES LOIS DES 24 février ET 31 JUILLET 1942.
94. ORDRE DES PHARMACIENS. Evolution du nombre d'officines sur 1 an [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-departementales-Officine/Evolution-du-nombre-d-officines-sur-1-an>
95. BECHT P. Philippe Becht : « Pour les pharmaciens, c'est la transformation du business model ou la fermeture » [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lenouveleconomiste.fr/philippe-becht-les-pharmaciens-cest-transformation-du-business-model-fermeture-24287/>
96. Demographie Pharmaceutique [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/164160/794098/version/2/file/J38_Dossier-DemographiePharmaceutique.pdf
97. France : les médicaments remboursables toujours en tête des ventes des pharmacies [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ladepeche.fr/article/2014/12/04/2004861-france-medicaments-remboursables-toujours-tete-ventes-pharmacies.html>

98. Société d'Histoire de la Pharmacie [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur:
<http://www.shp-asso.org/index.php?PAGE=antiquite%E9>
99. Gilbert É. La pharmacie à travers les siècles : antiquité, moyen âge, temps modernes [Internet]. Impr. Vialette (Toulouse); 1886 [cité 16 sept 2015]. Disponible sur:
<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k77267x>
100. FIALON C-H. Histoire des mots.
101. TROUILLER P. Chapitre 1 : Histoire de la Pharmacie [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/paces2011/trouiller_patrice/trouiller_patrice_p01/
102. Le cadre général de la loi Germinal [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur:
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/15192/224153/version/2/file/Fouassier-Le-Cadre-general-de-la-loi-de-Germinal.pdf>
103. Société d'Histoire de la Pharmacie - Déclaration royale de 1777 [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.shp-asso.org/index.php?PAGE=origevol17>
104. Chronologie, La politique du médicament. [Internet]. 2014 [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-medicament/chronologie/>
105. Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
106. Rapport : Bonnes pratiques de dispensation du médicament [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_Bonnes_pratiques_de_dispensation__adoptE_par_le_Conseil_du_27_11_2013_VF.pdf
107. Code de la santé publique - Article R4235-48. Code de la santé publique.
108. ORDRE DES PHARMACIENS. Le développement professionnel continu (DPC) [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC>
109. DPC : Mise en place progressive [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur:
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/126731/657129/version/2/file/J12-Dossier-DPCMiseEnPlaceProgressive.pdf>
110. HAS. Loi relative au dispositif de DPC [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_758816/fr/loi-relative-au-dispositif-de-dpc
111. HAS. L'EPP pour les professionnels de santé non médecins [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894355/fr/l-epp-pour-les-professionnels-de-sante-non-medecins
112. Le moniteur des pharmacies. Développement professionnel continu [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/formation/dispositifs-de-formation/developpement-prof-continu.html>

113. LEGIFRANCE. Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/12/30/ETSS1124553D/jo/texte>
114. DENRY P. Le DPC des pharmaciens [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1237356/fr/p-denry-le-dpc-des-pharmaciens
115. HAS. Programme de formation des pharmaciens sur l'asthme [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1238643/fr/programme-de-formation-des-pharmaciens-sur-l-asthme
116. FIFPL. Présentation du FIFPL [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.fifpl.fr/index.php?page=presentation>
117. OGDPC.fr. OGDPC : Nous connaître [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: https://www.ogdpc.fr/ogdpc/nous_connaitre/11
118. UTIP. Newsletter 20 07 2015 [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.utip-association.org/index.php/newsletters/749-newsletter-20-07-2015>
119. LEGIFRANCE. LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale. 2014-288 mars 5, 2014.
120. LEGIFRANCE. Arrêté du 11 mars 2015 portant extension d'un accord national professionnel conclu dans le secteur des entreprises de travail temporaire.
121. Avenant du 15 Décembre 2014 relatif à la formation professionnelle [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2015/0025/boc_20150025_0000_0001.pdf
122. Prise en charge des formations [Internet]. Pharmaguideur. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.pharmaguideur.fr/financement/>
123. CESPARM. Rôles du pharmacien [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
124. LEGIFRANCE. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASP1007571D/jo/texte>
125. Le DP raconté par Isabelle Adenot - [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Le-DP-raconte-par-Isabelle-Adenot>
126. ORDRE DES PHARMACIENS. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
127. Guide du dossier pharmaceutique [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_dossier_pharmaceutique.pdf

128. Guide dossier de suivi pharmacothérapeutique [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/4207/48279/version/6/file/Guide_PH6_2015_partie2.pdf
129. MACSF. Pharmacien correspondant - MACSF [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/vous-informer/actes-de-soins-professionnel-sante/competence-professionnel-sante/pharmacien-correspondant.html>
130. LEGIFRANCE. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. 2011-375 avr 5, 2011.
131. LEGIFRANCE. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique.
132. LEGIFRANCE. Code de la santé publique - Article R5121-170. Code de la santé publique.
133. INSEE. Population - Bilan démographique 2014 - Espérance de vie [Internet]. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3d.htm
134. HAS. Le plan personnalisé de santé [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1680745/fr/le-plan-personnalise-de-sante-un-outil-pour-un-parcours-de-soins-coordonne-du-patient-age-fragile
135. REMOLEUR M. Y a t-il un rôle pour les pharmaciens dans le maintien à domicile des... [Internet]. 05:49:47 UTC [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://fr.slideshare.net/MorganRemedeo/y-a-til-un-rle-pour-les-pharmaciens-dans-le-maintien-domicile-des-patients>
136. Thèse HOUVAIN MARION - Le MAD [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_T_2010_HOUVAIN_MARION.pdf
137. LEGIFRANCE. Code de la santé publique - Article L5125-25. Code de la santé publique.
138. LEGIFRANCE. Code de la santé publique - Article R5125-47. Code de la santé publique.
139. LEGIFRANCE. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 5125-52. 2004-802 juill 29, 2004.
140. Maintien/Hospitalisation à domicile : rôle du pharmacien auprès des malades immobilisés à domicile [Internet]. Santepratique.fr. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.santepratique.fr/maintien-hospitalisation-domicile.php>
141. AMELI.FR. Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/convention-nationale_oise.php
142. CNAM - AVK Bulletin Adhesion [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/BulletinAdhesionAccompagnementAVK_02.pdf
143. Guide accompagnement AVK [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/GuideAccompagnementAVK_01.pdf

144. Note d'info aux PS - AVK [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Note_d_info_aux_PS_-_AVK.pdf
145. Entretien pharmaceutique questionnaire AVK [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/EntretienPharmaceutiqueQuestionnaire_1_.pdf
146. HAS. Programme de formation des pharmaciens sur l'asthme [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1237329/fr/t-barthelme-programme-de-formation-des-pharmaciens-sur-l-asthme
147. AMELI.FR. Avenant n°4 à la convention nationale [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-4-a-la-convention-nationale_haute-loire.php
148. CNAM Asthme [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM1047_REMIS_ASTHME_A5_v10_au_1009.pdf
149. ASTHME : GuideAccompagnement [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/3932014_ASTHME_GuideAccompagnement_v9.pdf
150. Facteurs déclenchants de l'asthme [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM1047_MEMO_ASTHME_A4_v8_au_1009.pdf
151. Asthme : Fiche de suivi [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/3932014_ASTHME_FichesSuivi_fiches_v8.pdf
152. Conseils d'utilisation des dispositifs d'inhalation [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM1047_CHEVALET_ASTHME_A4-V4.pdf
153. Questionnaire de Morisky [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur:
<http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6874-10-26-S1.PDF>
154. INVS. Prévalence et incidence du diabète / Données épidémiologiques [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
155. Veneziani L. Vers un suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine. 25 avr 2012;321.
156. ROSCOE R. Le rôle de la pharmacienne ou du pharmacien dans le traitement du diabète [Internet]. Guide canadien sur le diabète. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur:
<http://www.guidesurlediabete.com/le-role-de-la-pharmacienne-ou-du-pharmacien-dans-le-traitement-du-diabete/>

157. GIROPHARM. Diabète - Quelques conseils de prévention [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.giropharm.fr/conseils-de-pharmaciens/diabete/prevention-et-depistage/5283-quelques-conseils-de-prevention.html>
158. Vaccinations: les médecins s'opposent aux pharmaciens [Internet]. www.pourquoidoctor.fr. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/8342-Vaccinations-les-medecins-s-opposent-aux-pharmaciens>
159. Pourquoi la France doit autoriser la vaccination par les pharmaciens [Internet]. [lesechos.fr](http://www.lesechos.fr). [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lesechos.fr/idees-debats/editos-analyses/0203980806454-pourquoi-la-france-doit-autoriser-la-vaccination-par-les-pharmaciens-1070769.php#Xtor=AD-6000>
160. Opération Jeunes - Résultats bruts jeunes pharmaciens [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/184526/1010885/version/1/file/Op%C3%A9ration+Jeunes-R%C3%A9sultats+Bruts+jeunes+pharmaciens.pdf>
161. Santé : l'Europe fait exploser le numerus clausus [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/04/05/sante-l-europe-fait-exploser-le-numerus-clausus_4396396_3224.html
162. MULATIER L-A. Le numerus clausus des professions médicales en question - [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.multiesthetique.fr/articles/le-numerus-clausus-des-professions-medicales-en-question>
163. ORDRE DES PHARMACIENS. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Recommandations-pour-l-amenagement-des-locaux-de-l-officine>
164. Espace de confidentialité [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://mobil-m.com/wp-content/uploads/2014/03/MOBIL-M.pdf>
165. Pharmaciens. Regroupement de pharmacie d'officine : l'expertise [Internet]. PHAREXCEL. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.phar-excel.fr/regroupement/>
166. ARS Bourgogne. PAPS Bourgogne: Transferts et regroupements d'officines de pharmacie [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.bourgogne.paps.sante.fr/Transferts-et-regroupements-d.153757.0.html>
167. Regroupement d'officines [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/406_Sect_pharma_bio_medicale/40602_Pharma_officine/Regroupement_officine_V1.pdf
168. Le guide du titulaire d'officine [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/8468/118780/version/1/file/inscription-le-guide-du-titulaire-d-officine.pdf>
169. GUARDIOLA I, POUZAUD F. Regroupement mode d'emploi 2013. Le Moniteur des pharmacies N° 2973. 16 déc 2013 [cité 18 sept 2015]; Disponible sur: <http://www.cabinet-plumecocq.fr/actualites/regroupement-mode-d-emploi-2013/ref-46.html>

170. SERVICE PUBLIC.FR. Conditions d'ouverture d'une pharmacie [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/F13777.xhtml>
171. ARS Aquitaine. Officines de pharmacie : création, transfert, regroupement et restitution de licence [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Officines-de-pharmacie-creat.162540.0.html>
172. dossier création transfert regroupement officines [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/406_Sect_pharma_bio_medicale/40602_Pharma_officine/4060201_Pharma_crea_trans/dossier_creat_transf_regpt_officines_11_03_2014.pdf
173. BECKER P. La nouvelle taxe professionnelle profitable aux officines [Internet]. [cité 20 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.fiducial.fr/Articles-et-dossiers/Une-nouvelle-taxe-professionnelle-profitable-aux-officines>
174. Collectivité territoriale, contribution économique territoriale, taxe professionnelle, entreprise, fiscalité. [Internet]. 2012 [cité 20 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/taxe-entreprises-impact-contribution-economique-territoriale.html>
175. INSEE. Définitions et méthodes - Impôts sur le revenu [Internet]. [cité 20 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/impots-sur-le-revenu.htm>
176. Impôt sur les sociétés [Internet]. [cité 20 sept 2015]. Disponible sur: http://www.impots.gouv.fr/portal/dgi/public/professionnels.impot?pageId=prof_impot_societes&typePage=cpr02&sfid=501&espld=2&communaute=2&impot=IS
177. SANTE.GOUV. Télémedecine [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/telemedecine,16580.html>
178. LEGIFRANCE. Télémedecine - CSP [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=11BBFFBFA2E00A7EF37A5F70F1C5044C.tpdila14v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idSectionTA=LEGISCTA000020891704&dateTexte=20150925&categorieLien=id#LEGISCTA000020891704
179. Télémedecine - CNOM [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/telemedecine2009.pdf>
180. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014 [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.economie.gouv.fr/files/dossier-presse-plfss-2014.pdf>
181. Téléexpertise - Ordre National des Médecins [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/teleexpertise.pdf>
182. Plan Rapport Télémedecine [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
183. POUPELIN A. La télémedecine en pharmacie : le projet SYMPAD [Internet]. 2012 [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.themavision.fr/jcms/rw_300752/la-telemedecine-en-pharmacie-le-projet-sympad

184. Le moniteur des pharmacies. Nouvelle rémunération : outil de simulation-Gestion- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/gestion/nouvelle-remuneration-outil-de-simulation.html>
185. Profession Pharmacien. Négociations avec l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.profession-pharmacien.fr/339-signature-d-un-protocole-d-accord>
186. Le Quotidien du Pharmacien. Honoraire : la FSPF signe un protocole d'accord avec l'assurance-maladie [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/01/10/honoraire-la-fspf-signer-un-protocole-d-accord-avec-l-assurance-maladie_164481
187. Protocole accord Pharmaciens/Assurance Maladie [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/ressources/upload/imgnewspha/pharmacie/lim/150114/protocole-accord-pharmacien-9-01-14.pdf>
188. Le nouveau système de rémunération pour les pharmaciens [Internet]. [cité 11 oct 2015]. Disponible sur: <http://sspf.claroline.com/claroline/backends/download.php?url=L2VuZXdzX2F2cmIsXzlwMTAvbm91dmVhdV9zeXN0ZW1lX2RlX3JlbXVlZXJhdGlzY2V9waGFyZWJjaWVucy5wZGY%3D&cidReset=true&cidReq=NEWS>
189. Le Quotidien du Pharmacien. Remises générique : le plafond fixé à 40 % [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/05/07/remises-generique-le-plafond-fixe-40-_175856
190. CHANIAL J-B. Modalités de déclaration des remises consenties par les laboratoires et grossistes-répartiteurs aux pharmacies d'officine sur les génériques remboursables. [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.village-justice.com/articles/Modalites-declaration-des-remises,19191.html>
191. BASCHET-VERNET M. Pharmaciens d'officine : un honoraire contreproductif [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://pharmanalyses.fr/pharmaciens-dofficine-un-honoraire-contreproductif/>
192. Honoraires de dispensation : les médicaments plus chers ? [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://mutuelle.dispofi.fr/honoraire-dispensation>
193. ORDRE DES PHARMACIENS. La bataille des Modernes contre les Anciens... - La lettre 43 (mercredi 16 juillet 2014) [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/accueil-lettre-43/La-bataille-des-Modernes-contre-les-Anciens>
194. Quel avenir pour les métiers de la pharmacie ? [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/jobsstages/les-secteurs-qui-recrutent/quel-avenir-pour-les-metiers-de-la-pharmacie.html>
195. USPO. Pharmacien un métier d'avenir – 03/06/12 [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.uspo.fr/pharmacien-un-metier-davenir-0306/>

196. Latribune.fr. L'avenir de la pharmacie ne dépend que d'elle-même [Internet]. La Tribune. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.latribune.fr/opinions/tribunes/l-avenir-de-la-pharmacie-ne-depend-que-d-elle-meme-486261.html>
197. Marisol Touraine : « Les 10 milliards d'économies n'aboutiront pas à un système de santé « low cost » » [Internet]. lesechos.fr. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lesechos.fr/24/04/2014/lesechos.fr/0203462078200_marisol-touraine-----les-10-milliards-d-economies-n-aboutiront-pas-a-un-systeme-de-sante--low-cost---.htm
198. FSPF. Conférence : Nicolas BOUZOU Mars 2015 [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.fspf.fr/salle-de-presse/web-tv/conference-nicolas-bouzou>
199. Joseph Schumpeter | Le portail des ministères économiques et financiers [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.economie.gouv.fr/facileco/joseph-schumpeter>

Nom - Prénoms : L'HARIDON Julie, Alice, Marie

Titre de la thèse : Pharmacien d'officine : Un métier d'avenir !

Résumé de la thèse :

Ce travail consiste en l'exploration de l'avenir du métier de pharmacien d'officine en mettant en relief les nouvelles missions, la coopération entre les professionnels de santé et le pharmacien à l'écoute du bien-être du patient.

**MOTS CLÉS : *PHARMACIEN D'OFFICINE*
AVENIR
NOUVELLES MISSIONS
*COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE***

JURY

**PRÉSIDENT : Mr Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie
Faculté de Pharmacie de Nantes**

**ASSESSEURS : Mme Pascale ROUSSEAU
Faculté de Pharmacie de Nantes
Mr Alain THOUZEAU, Pharmacien
65 rue Paul Bellamy – 44000 Nantes
Mme Sylvie PIESSARD
Faculté de Pharmacie de Nantes
Mme Stéphanie SORIN
Faculté de Pharmacie de Nantes**

Adresse de l'auteur : 112 rue Paul Bellamy – 44000 NANTES