

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2009

N° 10

THÈSE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par

Anne Cécile CORMERAIS

Présentée et soutenue publiquement le 21 Avril 2009

**PHARMACIEN,
UN METIER AU CŒUR DU PAYSAGE SOCIAL :
ETAT DES LIEUX ET EVOLUTION**

Président : Madame Laurence COIFFARD, Professeur de
Cosmétologie, Faculté de Pharmacie, Nantes

Membres du jury : Madame Françoise BALLEREAU, Professeur de
Pharmacie clinique, Santé publique, Faculté de Pharmacie, Nantes
Madame Nathalie DUGUE, Docteur en Pharmacie, Vallet

Sommaire

Sommaire	1
Introduction.....	5
Liste des figures	6
Liste des tableaux	8
I- Apparition et évolution du système de protection sociale en France.....	9
I-1 Les origines du système : de l'Antiquité à la seconde guerre mondiale.....	9
I-1.1 De la solidarité à l'ébauche d'un modèle social en France	9
I-1.2 Les premières formes de protection sociale	12
I-1.3 Les premières interventions de la législation sociale.....	14
I-1.4 Etat des lieux du système de protection sociale à l'aube de la seconde guerre mondiale	17
I-2 La mise en place, la dynamique et l'évolution de la sécurité sociale.....	19
I-2.1 La création de la sécurité sociale	19
I-2.2 La dynamique du modèle	22
I-2.3 L'évolution de la Sécurité Sociale : entre objectifs atteints et objectifs souhaités ...	25
I-2.4 Un système dans la tourmente des réformes	28
I-3 L'organisation actuelle	34

I-3.1 Structure générale de la protection sociale en France	34
I-3.2 Mode de financement	38
I-3.3 Comparatif avec les systèmes de santé étrangers	43
II- La Pharmacie d'officine dans le contexte socio-économique de la santé.....	49
II-1 Paysage social français actuel.....	49
II-1.1 Etat des lieux du système en France	49
II-1.2 Bulletin de santé des officines	55
II-2 Les grandes problématiques à résoudre pour permettre la pérennité du système de protection sociale en France	59
II-2.1 La pénurie annoncée de médecins généralistes	59
II-2.2 Le vieillissement de la population et l'évolution de ses besoins.....	64
II-2.3 Diminution des marges, médicaments en libre accès, ouverture possible des capitaux... les diverses difficultés des officines	69
II-3 Des connaissances théoriques aux applications pratiques, quels sont les différents rôles du pharmacien qui en découlent ?.....	71
II-3.1 Impressions du patient vis-à-vis du pharmacien	71
II-3.2 Historiquement, la fonction principale du pharmacien est la délivrance de médicaments, qu'en est- il aujourd'hui ?.....	78
II-3.3 La substitution et le conseil au cœur du métier de pharmacien.....	84

II-3.4 La prévention et le dépistage, nouveaux domaines de compétence du pharmacien	91
III- Quelles sont les évolutions possibles du métier de pharmacien	95
III-1 L'élaboration d'un maillage de l'offre de soins ?.....	95
III-1.1 Quelques exemples de réseaux de soins fonctionnant actuellement	95
III-1.2 Maintien et hospitalisation à domicile : Un nouvel enjeu pour l'Officine ?.....	100
III-1.3 Le dossier pharmaceutique ou l'avant-garde des échanges interprofessionnels ..	105
III-2 Quelle place pour les consultations pharmaceutiques ?.....	108
III-2.1 Les objectifs et la mise en place de ce nouveau service	108
III-2.2 Quelles modifications vont-êtré nécessaires afin d'arriver à mettre en pratique cette consultation pharmaceutique ?.....	112
III-2.3 Pourquoi la consultation pharmaceutique ne serait-elle pas un support privilégié de dépistage et de prévention ?	117
III-3 La prescription : une nouvelle étape pour le pharmacien ?.....	120
III-3.1 Qu'en est-il de ce transfert de compétences à l'étranger ?	120
III-3.2 Les différents acteurs de santé français sont-ils prêts à une telle évolution dans le parcours de soin ?.....	124
III-3.3 Quelles évolutions vont être nécessaires afin de mettre en place cette nouvelle mission ?	128
Conclusion	132

Bibliographie.....133

Introduction

Les pharmaciens sont historiquement connus sous le nom d'apothicaires, qui à l'époque du Moyen-âge, obtiennent leurs connaissances pharmaceutiques des médecins arabes. En 1777, Louis XVI décide par un décret, de remplacer le jardin d'apothicaires par le Collège de pharmacie, c'est alors que le nom de « Pharmacien » apparaît. Après de nombreuses querelles avec les médecins, les chirurgiens et également les épiciers, ils obtiennent l'exclusivité de la préparation des remèdes et officialisent, par une déclaration, la pharmacie comme une branche de la médecine nécessitant des études et des connaissances approfondies.

Cette déclaration reconnaît, encore aujourd'hui, aux seuls pharmaciens, le monopole de la délivrance des médicaments.

Malgré le fait que l'exercice moderne de la pharmacie soit toujours régi par les lois datant de cette époque (loi de 1777 et du 11 avril 1803), il n'en reste pas moins qu'il a largement évolué et a dû s'adapter à l'environnement politico-économique dont il dépend.

Nous verrons donc dans une première partie comment la protection sociale a été mise en place en France et la manière dont elle s'organise actuellement. Puis, nous étudierons le contexte socio-économique de la santé afin d'essayer de mieux comprendre les grandes problématiques de notre système de soin et ainsi de voir la place de la pharmacie dans le paysage social français. Enfin, nous ferons un tour d'horizon des différentes évolutions possibles du métier de pharmacien, ayant pour objectif d'assurer la pérennité à la fois du système de santé mais également de la profession.

Liste des figures

Figure 1 : Structure du système de santé français.....	36
Figure 2 : Structure de la protection sociale en France.....	38
Figure 3 : Répartition, par branches des transferts versés et reçus en 2006.....	43
Figure 4 : Répartition des régimes payeurs et bénéficiaires des compensations.....	44
Figure 5 : Les dépenses de protection sociale en Europe en 1990 et 2002, en % du PIB.....	47
Figure 6 : Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur.....	52
Figure 7 : Dépense courante de santé.....	56
Figure 8 : Répartition par département des pharmaciens, au 1 ^{er} janvier 2007.....	58
Figure 9 : Structure des officines en 2006, en fonction de leur chiffre d'affaires.....	59
Figure 10 : Pyramide démographique des médecins en France en janvier 2007.....	62
Figure 11 : Répartition géographique des médecins généralistes, en 2007.....	64
Figure 12 : Répartition des femmes généralistes et spécialistes dans la population médicale totale, en 2008.....	65
Figure 13 : Dépenses annuelles moyennes, en euros, remboursées en fonction de l'âge.....	68
Figure 14 : Consommation de soins, en euros, en 2001 par tranche d'âge.....	68
Figure 15 : Protocole de qualité « Validation d'une ordonnance ».....	83
Figure 16 : Protocole de délivrance des médicaments antalgiques classés comme stupéfiants.....	86
Figure 17 : Répartition des types de vente en officine, en 2006.....	87

Figure 18 : Processus « Workflow ».....	100
Figure 19 : Etude sur les types de médicaments concernés par l'automédication.....	111
Figure 20 : Principaux canaux de formation et pratiques de formation continue.....	118
Figure 21 : Extrait d'une fiche technique CESPARM sur l'hypertension artérielle.....	121

Liste des tableaux

Tableau I : Comparaison du système de santé français avec les deux grands modèles de protection sociale de l'époque.....	25
Tableau II : Les objectifs suivis par les programmes de qualité et d'efficience du PLFSS 2008.....	35
Tableau III : Organisation territoriale de la Sécurité Sociale.....	39
Tableau IV : Comparaison des systèmes de santé anglais, allemand, espagnol et américain.....	49

I- Apparition et évolution du système de protection sociale en France

I-1 Les origines du système : de l'Antiquité à la seconde guerre mondiale

I-1.1 De la solidarité à l'ébauche d'un modèle social en France

L'Homme a toujours eu besoin de se sentir en sécurité, c'est ce qui l'a conduit à essayer de mettre en place un système de solidarité qui évoluera en fonction des sociétés et des mentalités.

Ainsi, les concepts fondamentaux de la protection sociale : la fatalité, la solidarité, la réciprocité et la responsabilité sont retrouvés depuis la nuit des temps dans les différentes sociétés.

En Grèce Antique, l'entraide mutuelle, également appelée « mutualisme », permettait l'assistance à chacun, sous l'égide d'un chef héréditaire. Les plus anciens vestiges retrouvés concernent l'appréhension de la mort. En effet dans l'Antiquité, les rites liés au passage de la vie à la mort sont importants mais onéreux. La communauté prend donc en charge le coût de la cérémonie [1].

A l'époque moyenâgeuse, cette solidarité devient essentiellement de nature charitable et passe sous le contrôle des confréries. Ces dernières naissent du rapprochement des hommes au sein de chaque corps de métier afin de défendre l'intérêt des travailleurs et de créer une caisse commune visant à aider les plus démunis de leur cité. Certaines allaient même jusqu'à réserver une partie de leurs gains pour les pauvres de la cité.

Dans tous les pays de civilisations différentes, les religions vont jouer un rôle important. Elles vont donner un devoir moral d'entraide : la charité devient alors un véritable devoir.

En France, il revient au Roi et à l'Eglise catholique de mettre en place les premiers dispositifs d'assistance.

La prise en compte des risques auxquels l'homme peut être confronté se fait progressivement. Par exemple, dès le XII^{ème} siècle, Aliénor d'Aquitaine fait rédiger les Rôles d'Oléron, présentés sous forme de traités maritimes, ceux-ci comprennent essentiellement des règles visant à protéger les marins en cas d'accidents de travail ou d'invalidité.

Extrait d' « Aliénor d'Aquitaine et l'origine de l'assurance maladie au XII^{ème} siècle »
par Jean – Pierre REY :

- En matière d'accidents, l'indemnisation par le maître n'intervient pas si le marin s'est battu ou était en état d'ivresse ; il peut le débarquer sans secours. Si les marins coûtent au maître, ils sont tenus de le rembourser. D'une façon générale, on peut considérer que l'accident de service ou de travail est entièrement couvert puisque, lorsque le marin « faisant son devoir et rendant ses services au maistre et à la nef est blessé » et que cette blessure lui cause un préjudice, il doit être « pansé », médicamenté, bien traité et du tout indemnisé sur le coust de la mer ».

- En cas de maladie, l'item suivant prévoit que lorsque le marin tombe malade à bord, le maître doit « le mettre hors de ladite nef », le loger, l'éclairer et lui donner un valet pour le garder ou lui « louer une femme pour la garde de luy ». En ce qui concerne la nourriture, le maître doit lui donner la même viande que celle qu'il aurait eue « en la nef ». Cependant le marin ne doit pas s'alimenter davantage que lorsqu'il était bien portant et s'il veut « des viandes plus délicieuses » il doit les payer. Pendant la maladie du marin, si la nef veut partir, elle n'est pas tenue de « demourer pour luy ». Lors de sa guérison, les gages (loyers) lui sont entièrement versés. Des retenues sont faites, toutefois, pour les dépenses exceptionnelles qui auraient été engagées pour lui pendant sa maladie. En cas de décès, la femme ou ses proches amis lui sont substitués dans ses droits et devoirs. Lorsqu'un marin est atteint de maladie contagieuse « comme ladrerie, vérole, teigne et autre telle qui se prend de l'un à l'autre », le maître pourra le

débarquer « sans être obligé de lui payer aucun loyer ». Le caractère contagieux de la maladie devra cependant être « vérifié au retour par deux ou trois personnes de l'équipage ».

- Un autre paragraphe crée une véritable assurance invalidité : « si le marin faisant service est pris par les fourbans », le maître est tenu de lui payer ses gages comme s'il avait continué de servir pendant sa captivité. Il en est de même en cas de bataille ou de guerre, s'il « est mutilé ou rendu perclus ou inhabile à travailler le reste de sa vie, outre les pansements il aura du pain tant qu'il vivra » au dépens du navire et de la cargaison.

Les différents ordres religieux : franciscains et bénédictins en particulier, développent un réseau impressionnant de léproseries, d'aumôneries, d'hospices et d'hôpitaux dès le XIII^{ème} siècle.

Au siècle suivant, on voit l'apparition de l'hôpital, appelé souvent Hôtel-Dieu ou Maison - Dieu, qui s'intègre parfaitement dans la cité. Certains accueillent tous types de patients dans des conditions souvent précaires : deux ou trois par lit, équipes soignantes en sous-effectif... alors que d'autres se concentrent sur une seule catégorie de malades, on voit par exemple la création de la léproserie de St Lazare.

Mais ces structures sont rapidement débordées devant la répétition des mauvaises récoltes ou des épidémies et L'Eglise n'arrive plus à les assumer seule, elle fait donc appel aux autorités civiles.

Au vu de ce que réalise l'Eglise, la Royauté va rapidement se fixer certains impératifs de salubrité publique : développement d'un réseau d'hôpitaux et de léproseries dont la gestion sera confiée à des religieuses. Elle se soucie également de la mendicité et des vagabonds qu'elle considère comme d'éventuels auteurs de troubles.

L'Etat ne cherche pas seulement à répondre à des exigences morales, imposées par l'Eglise, mais également à contrôler. Louis XIV fonda, par exemple, l'Hôpital général (aujourd'hui la Salpêtrière) pour le « renfermement des pauvres mendiants et destiné aux vieillards et aux infirmes incapables de travailler » [1].

I-1.2 Les premières formes de protection sociale

L'idée d'Aliénor d'Aquitaine concernant l'assurance sociale offerte aux marins est reprise et développée par Colbert sous le règne de Louis XIV, en 1673 ; il s'agit du Règlement du Roy. Ce texte met en place la protection sanitaire et sociale des marins : création de deux hôpitaux (Rochefort et Toulon), soins gratuits, pensions d'invalidité et de vieillesse. Les marins devaient participer au financement de ce premier régime de couverture sociale par une cotisation prélevée sur les appointements et les soldes [1].

Les mineurs bénéficieront également du remboursement des frais de médication et de chirurgie en cas d'accident de travail dès 1604 sous Henri IV.

A partir du XVII^{ème} siècle, chaque ville de taille importante présente un hôpital général géré par des représentants des pouvoirs publics et financé grâce à l'affectation aux pauvres d'un certain nombre de recettes, correspondant au « droit des pauvres ».

La période révolutionnaire va être un véritable tremplin pour la mise en place d'une protection sociale pour tous. Sous l'influence des encyclopédistes ou encore des philosophes, l'idée que « l'Etat doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre de vie qui ne soit pas contraire à sa santé » (L'Esprit des Lois) émerge. En effet, il ressort des cahiers de doléances un certain nombre de demandes correspondant à l'expression des besoins de la population de l'époque : l'administration des hôpitaux et des maisons de charité par l'Etat, la médecine et l'hôpital gratuits pour les pauvres

ainsi que l'instauration de pensions pour les vieillards, les pères de famille nombreuse et les infirmes.

C'est ainsi que le législateur révolutionnaire (le Comité de Santé, sous la présidence de La Rochefoucault-Liancourt) proclame le droit à l'assistance comme un des grands devoirs nationaux.

Des projets de décrets sont présentés à la Constituante en août 1790 : définition des secours, création de caisses d'épargne... Ils sont adoptés mais malheureusement aucun crédit n'est versé pour leur mise en œuvre.

Mais la Révolution va imposer un nouveau fonctionnement basé sur l'idée que « les secours publics sont une dette sacrée » :

- La constitution du 3 septembre 1791 conduit à la création et à l'organisation d'un « établissement général de secours publics, pour élever les enfants abandonnés, soulager les pauvres infirmes et fournir du travail aux pauvres valides qui n'auraient pu s'en procurer » (Titre premier).
- La Déclaration des droits de l'Homme du 14 juin 1793 impose à la société le devoir de subsistance des citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.

L'assistance devient le monopole de l'Etat.

Les décrets de 1793 et 1794 décident de la nationalisation des hôpitaux et des maisons de secours, de la constitution d'un fond de secours, de fournir du travail temporaire aux chômeurs valides ainsi que la création d'un « livre de la Bienfaisance Nationale » (les indigents qui y sont inscrits reçoivent des secours financiers).

Mais l'Etat ne peut assumer tous ces devoirs. Le Directoire met donc un terme, en 1796, à l'Assistance nationale : les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance sont alors confiés aux

communes. Dans le but d'essayer de maintenir un minimum d'aide sociale, les instances municipales vont collaborer avec des œuvres privées, dans la majorité des cas, catholiques.

L'Etat décide même de mettre en place certaines mesures répressives envers des médecins qui s'avéreraient être trop complaisants. Le décret de la Convention nationale, en 1793, explique que « tout médecin ou chirurgien qui sera convaincu d'avoir fait de faux certificats de maladie ou d'infirmité, soit à des citoyens mis en réquisition, soit à des militaires en activité de service sera puni de deux années de fer ».

Finalement, ce sont essentiellement les œuvres privées qui permettent de maintenir une ébauche de protection sociale avec le développement, en parallèle des réformes nationales, d'associations mutualistes [2].

I-1.3 Les premières interventions de la législation sociale

Au XIX^{ème} siècle, la prévoyance individuelle domine mais s'avère insuffisante et de moins en moins adaptée aux besoins de la population (familles trop fragiles pour assumer le poids d'un accident, d'une maladie, de la vieillesse ou encore des mauvaises récoltes). C'est dans ce contexte qu'en moins d'un siècle, l'assistance religieuse et familiale a fait place à un système obligatoire basé sur la solidarité nationale et organisé en un réseau décentralisé ; l'Etat en laissant la charge aux collectivités locales [2].

Le XIX^{ème} siècle est ainsi marqué, sur le plan social, par le vote d'un certain nombre de lois :

- 1838 : Loi sur l'assistance aux aliénés,
- 1841 : Loi fixant l'âge d'admission dans les manufactures à 8 ans, interdisant aux enfants les travaux de nuit ou dangereux et limitant la durée maximale des journées de travail (8 heures pour les enfants âgés de 8 à 12 ans et 12 heures pour ceux de 12 à 16 ans),

- 1850 : Création d'une caisse nationale de retraite pour la vieillesse,
- 1853 : Loi sur la retraite des fonctionnaires civils (régime de répartition),
- 1868 : Création d'une caisse nationale contre les accidents de travail,
- 1869 : l'Etat prend à sa charge les frais des services départementaux chargés de l'inspection des cas d'enfants « trouvés, abandonnés et des orphelins pauvres ».

On remarque également l'émergence de sociétés de secours mutuel, essentiellement à partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, sous Napoléon III. Malheureusement, dans la majorité des cas, elles ne devront leur développement qu'au bon vouloir de notables soucieux de les aider ou de les contrôler [3].

Le Second Empire voit apparaître une évolution des mentalités, en parallèle du développement de l'industrie. On prend conscience que l'industrialisation ne pourra s'accroître que si l'entreprise offre plus à ses salariés que son salaire nu. Un certain nombre d'œuvres patronales telles que des caisses ou des mutuelles voient ainsi le jour. Elles s'organisent sous forme de sociétés mutualistes suite à la suppression des corporations par la loi Le Chapelier (1791). Il s'agit d'un système de protection qui exige à la fois une initiative collective et une initiative individuelle de chacun des salariés sous la forme d'une libre adhésion et du versement de cotisations. Cette liberté d'adhésion a, d'un côté, l'avantage de faire appel à la responsabilité personnelle de chacun et de maintenir l'esprit de prévoyance mais a le double inconvénient de ne pas toucher les imprévoyants, souvent plus exposés aux risques sociaux, et de ne compter dans ses rangs que les « mauvais risques » (travailleurs âgés, de santé fragile...) alors que les jeunes travailleurs en bonne santé n'éprouvent pas le besoin de se prémunir. Ceci conduit à une solidarité inégale sur le plan social et difficile à équilibrer sur le plan financier [4].

Au niveau européen, c'est l'Allemagne, historiquement, qui est le premier pays à ouvrir la voie d'un régime complet et obligatoire d'assurances sociales sous l'impulsion du chancelier Bismarck entre 1883 et 1891 [5].

En France, il faut attendre 1893, pour que soit votée la première loi importante sur l'Assistance sociale : l'Aide Médicale Gratuite (AMG). Elle oblige chaque commune à prendre en charge les soins hospitaliers et à domicile de ses indigents. On note également une humanisation des soins tant dans l'hébergement à l'hôpital qu'au niveau du comportement des équipes soignantes.

Cette loi établit les bases de ces assurances sociales qui deviendront la sécurité sociale. Différentes lois vont faire suite, en dépit des résistances du patronat et du mouvement mutualiste :

- 9 avril 1898 : Loi relative aux accidents de travail qui institue le principe de la responsabilité de l'employeur sur le risque professionnel. Le patronat doit donc souscrire des contrats d'assurance auprès de compagnies privées.
- 5 avril 1910 : Loi sur les retraites ouvrières et paysannes. Pour la première fois est instauré un régime obligatoire d'assurance vieillesse, basé sur le système de capitalisation individuelle et financé par des cotisations versées par les salariés et les employeurs. Mais le constat est rapidement fait : ces mesures sont insuffisantes, les faibles cotisations ne permettent pas l'équilibre du système.
- 5 avril 1928 et 30 avril 1930 : Loi sur les assurances qui instaure pour tous les salariés titulaires d'un contrat de travail et dont le salaire est en-dessous d'un certain plafond, une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. Il ne s'agit pas d'un organisme unique mais de nombreuses caisses d'assurances sociales librement choisies par les salariés.

- 11 mars 1932 : Loi sur les allocations familiales qui prévoit des indemnités couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux [1].

I-1.4 Etat des lieux du système de protection sociale à l'aube de la seconde guerre mondiale

Comme nous l'avons vu précédemment, les institutions en place couvrent un champ assez vaste de prestations :

- Les assurances sociales qui offrent une protection contre les conséquences de la maladie, de la maternité, de l'invalidité, du décès ainsi qu'un droit à la retraite,
- Les allocations familiales,
- Les accidents de travail.

Malgré tout, il persiste un certain nombre de lacunes. La première est l'absence totale de la considération d'une assurance-chômage. A l'exception des allocations familiales qui offrent des prestations convenables, les deux autres législations s'avèrent insuffisantes.

L'assurance maladie, par exemple, présente des conditions d'ouverture de droits très restrictives : cotisation nécessaire pendant un minimum de 60 jours lors du trimestre précédant la survenue de la maladie pour pouvoir bénéficier des prestations. Celles-ci suggèrent donc un emploi stable (le nombre de jours ouvrés en un trimestre étant de 65). Ce qui explique qu'en période de chômage bon nombre de travailleurs n'aient pu en bénéficier.

Concernant l'assurance vieillesse ainsi que les indemnités d'invalidité, celles-ci sont dérisoires et ne permettent pas une vie correcte. A titre d'exemple, en 1944, la rente maximale à laquelle peut prétendre un salarié ne correspond qu'à 20 % de son salaire [6].

Par ailleurs, la protection sociale des salariés est née d'évolutions successives, essentiellement dues à des initiatives privées que l'Etat a ensuite généralisées et rationalisées. De cette

absence de volonté sociale découle une multiplicité des intervenants qui sont autant de sources d'opacité et de complications administratives considérables. Les conséquences sont directes : l'employeur doit s'acquitter de nombreuses cotisations. Quant à l'assuré, il ignore la plupart du temps à quelle caisse il est rattaché pour ses prestations, ce qui contribue à créer un sentiment d'indifférence voire d'hostilité envers la législation.

Enfin, la gestion de ces structures est faite par des personnes issues des classes moyennes traditionnelles et non pas du salariat. Dans ces conditions, les salariés voient dans la mutualité une institution étrangère au monde du travail pratiquant une forme de paternalisme et acceptent mal qu'elle joue un rôle dominant dans les assurances sociales.

On aboutit au paradoxe d'une exclusion à peu près complète des assurés et de leurs représentants des institutions qui leur sont pourtant destinées. Cette situation est ressentie comme un symbole de l'état de « minorité » dans lequel le monde du travail reste cantonné malgré le développement de la législation sociale.

Afin de combler toutes ces lacunes, des propositions de réformes ont été formulées mais ont rencontré un certain nombre d'obstacles empêchant leur application : demande d'accroissement relativement important des ressources pour améliorer les prestations des assurances maladie et vieillesse refusée par le gouvernement de l'époque ; frein des médecins qui refusent toute mesure restreignant leur liberté d'action.

Finalement, la guerre et l'Occupation changent la donne en créant les conditions psychologiques mais aussi politiques nécessaires à une réforme de grande ampleur [7].

I-2 La mise en place, la dynamique et l'évolution de la sécurité sociale

I-2.1 La création de la sécurité sociale

La mise en place d'un tel système de santé a été possible grâce à un contexte national et international, tous deux favorables.

Au niveau international tout d'abord, au sortir du second conflit mondial, les alliés et organismes internationaux sont en faveur du développement de nouvelles organisations pour permettre une meilleure protection sociale, à l'image de ce qui a été mis en place en Grande-Bretagne avec le plan Beveridge.

Plusieurs déclarations et recommandations attestent de cette volonté internationale :

- La Charte de l'Atlantique, signée le 14 août 1941, par Roosevelt et Churchill, qui stipule le souhait que « tous les pays parviennent à une collaboration totale dans le domaine économique, dans le but d'assurer de meilleures conditions de travail, le progrès économique et la Sécurité Sociale » et espère voir s'instaurer « une paix qui permettra à tous les pays de se développer en sécurité à l'intérieur de leurs frontières, et qui garantira que, dans tous les pays, les hommes pourront vivre sans crainte et sans pauvreté... ».

- La Déclaration de Philadelphie, adoptée le 10 mai 1944, au moment de la conférence générale de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), qui reconnaît à cette dernière l'obligation de seconder la mise en place d'un certain nombre de programmes visant à garantir « la plénitude de l'emploi et l'élévation des niveaux de vie (...), un salaire minimum vital pour tous ceux qui ont un emploi et ont besoin d'une telle protection (...), l'extension des mesures de Sécurité Sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets ».

- Les différentes recommandations de l'OIT dont l'une d'entre elles notamment concerne la garantie des moyens d'existence [8].

A la fin du conflit mondial, alors que certains pays ont déjà mis en place un système social performant (L'Union Soviétique, la Nouvelle Zélande...), de nombreux états refondent leur organisation afin d'en former une plus globale (Belgique, Espagne, pays scandinaves, pays d'Amérique Latine et bien sûr la France).

La Grande-Bretagne développe son plan Beveridge qui a alors pour objectif d'abolir la misère grâce à la mise en place d'une assurance nationale afin de garantir des substituts de revenus professionnels ainsi que la responsabilité directe de la collectivité nationale pour les prestations familiales et les services médicaux (financement fiscalisé). Il présente 3 grands axes : les principes d'Universalité, d'Uniformité et d'Unité, la règle des « 3U ».

Ce dernier a influencé les grandes lignes de la Sécurité Sociale française mais il ne s'agit pas néanmoins d'une copie de celui-ci. En effet, on considère actuellement que la position de la Sécurité Sociale se trouve à mi-chemin entre le plan Beveridge et le plan Bismarck [1].

Par ailleurs, la Libération de la France en 1945 a créé un contexte particulier. En effet, les programmes pensés par les mouvements proches de la Résistance pendant l'Occupation, notamment sur la révision en profondeur du système de protection sociale, ont joué un rôle non négligeable dans l'élaboration de l'ordonnance du 4 octobre.

Les premiers documents attestant de cette volonté de renouveau apparaissent dès l'été 1943, rédigés par le Conseil National de la Résistance (CNR) ; mais il faudra attendre l'année suivante pour voir l'adoption réelle d'un texte intitulé : « Programme d'action de la Résistance », réalisé par le Comité directeur du Mouvement de Libération Nationale et appuyé par le bureau du CNR le 28 février 1944. Ce texte a une importance capitale car il introduit pour la première fois le terme de « Sécurité Sociale » et surtout, car il représente le fondement du texte définitif du programme d'action de la Résistance adopté le 15 mars 1944.

Les deux textes précédemment cités affirment vouloir instaurer « un plan complet de Sécurité Sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail. »

Il faut noter également, qu'au sortir de la guerre, la population souhaite ce nouveau système pour différentes raisons :

- Sur le plan démographique, tout d'abord, la population est dans un mauvais état physique, conséquence directe des difficiles conditions de vie sous l'Occupation. De plus, la population active est vieillissante et décroît du fait de la surmortalité des jeunes hommes au cours des deux conflits mondiaux du début du siècle. Ceci entraîne une volonté de développement des politiques sanitaire et familiale [7].
- L'envie d'instaurer une démocratie politique mais également sociale se fait réellement sentir et va également dans le sens de ce changement en profondeur des institutions en place.
- Le contexte politique est, lui aussi, en faveur de cette avancée. Les organisations fortes avant le début du conflit et peu favorables au perfectionnement du système de protection se voient affaiblies à la Libération : Patronat, Mutualité... contrairement à des forces qui ont toujours défendu le développement d'un système plus étendu et plus solidaire : CGT, SFIO (courant socialiste) ou encore le courant démocrate-chrétien (MRP)... [9]
- Sur le plan technique, comme nous l'avons vu précédemment, les prestations offertes sont incomplètes et offrent finalement une faible protection vis-à-vis des risques de la vie quotidienne. Au niveau de la collecte des cotisations, les organisations sont nombreuses et offrent des couvertures disparates : en 1944, il est recensé 589 caisses primaires prenant en charge les risques liés à la maladie et à l'invalidité, 68 caisses vieillesse et 399 caisses de compensation pour les prestations familiales.

- Enfin, sur le plan économique, le système de Sécurité Sociale participe à la construction des nouveaux mécanismes de régulation du système économique permettant de sortir de la longue période de difficultés liée à la crise de l'entre-deux-guerres. La situation des personnes âgées, souvent ruinées par les dépréciations successives de la monnaie, rendait urgente une reconsidération des problèmes de vieillesse [10].

C'est fort de ces différentes constatations sur les institutions en place, qu'est créé sous la houlette de Pierre LAROQUE, La Sécurité Sociale par les ordonnances du 4 octobre 1945 relative à son organisation et du 19 octobre 1945 relative à ses prestations [11].

I-2.2 La dynamique du modèle

L'ancienne législation était basée sur la notion de risques sociaux : principes proches de ceux de l'assurance ; avec le système de Sécurité Sociale, il s'agit du développement de nouveaux droits sociaux fondamentaux qui se positionnent dans le prolongement de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789. Ainsi, on retrouve dans le texte fondateur de la Sécurité Sociale, le principe fondamental : « Tout être humain qui vit de son travail ou qui se trouve dans l'impossibilité de travailler, se voit garantir ainsi que les membres de sa famille des droits sociaux nouveaux » (Préambule également de la constitution des IV et V^{ème} République).

Ces nouveaux droits offrent en effet, la couverture des risques liés :

- à la maladie (soins et indemnités journalières),
- aux accidents de travail et maladies professionnelles (réparation de la santé et prévention des risques),
- à l'invalidité et la protection des personnes handicapées,

- à la vieillesse et au décès d'un membre de la famille générateur de ressources,
- à la maternité et aux charges de famille [10].

Comparons les prestations offertes par le système français aux deux autres systèmes présents à l'époque en Europe, à savoir les systèmes Beveridgien (anglais) et Bismarckien (allemand) :

	Système Beveridgien	Système français	Système Bismarckien
Principe fondamental	Système dit de « sécurité sociale » ou « système national ». Repose sur la solidarité entre citoyens. La règle des « 3U » :	Aussi appelé le concept de l' « Etat-providence ». Repose sur la couverture de l'ensemble de la population grâce aux cotisations assises sur les revenus du travail.	Système dit d' « assurances sociales ». Repose sur l'assurance professionnelle obligatoire. Les droits sociaux découlent de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un lien de parenté avec le travailleur.
Nature de la protection sociale	<i>Universelle</i>	Assurances sociales à vocation générale	Assurances sociales socio-professionnelles
Mode de gestion	Centralisé (Etat) <i>Unité</i>	Décentralisé sous le contrôle de l'Etat	Décentralisé (caisses)
Mode de financement	Impôts	Impôts et cotisations sur salaire	Cotisations plafonnées sur le salaire
Prestations servies	Forfaitaires <i>Uniformité</i>	Proportionnelles avec minima sociaux	Proportionnelles au salaire et plafonnées
Obligation pour ...	Tous	Tous	Assurés aux salaires inférieurs à un plafond. Rem. : pour les salaires supérieurs, ils font appel à des assurances privées.

Tableau I : Comparaison du système de santé français avec les deux grands modèles de protection sociale de l'époque [11].

On peut donc noter que dans le plan LAROQUE, créé en 1944, le risque chômage n'est pas pris en compte, contrairement au plan Beveridge par exemple. Ceci s'explique par le fait qu'en France à cette époque, ce dernier soit loin d'être une préoccupation majeure étant

donnés l'insuffisance de la population active et du renouvellement de la population. L'assurance chômage ne sera mise en place en France qu'en 1958. Elle ne fait donc pas réellement partie intégrante de la Sécurité Sociale.

Finalement, Pierre LAROCHE l'a savamment résumé : « Le système de la Sécurité Sociale, c'est la politique de Beveridge avec les moyens de Bismarck ».

Ce modèle de protection va donc évoluer grâce notamment à quatre grandes lois, votées en 1946 :

- La généralisation de la Sécurité Sociale à tous les régimes. En pratique, elle n'interviendra complètement qu'en 1974.
- Les prestations familiales sont étendues à toutes les populations. Tout comme pour la première loi, son extension totale ne se fera qu'en 1974.
- Les prestations vieillesse sont également mises en place pour l'ensemble de la population. (l'extension complète n'aura lieu qu'en 1974).
- La création d'un régime général qui rassemble l'ensemble de la population et qui couvre l'ensemble des risques, ce qui répond alors au grand principe d'Unité. En pratique, le refus des bénéficiaires des régimes spéciaux de se rattacher au régime général va empêcher cette grande unification. Il s'agira donc d'un régime général pour les seuls salariés.

La dynamique de ce modèle repose sur une mixité entre la solidarité professionnelle et la solidarité nationale. Bien que financé par des cotisations, il échappe au principe assurantiel (les prestations sont fonction du revenu et du risque qui déterminent le montant de la cotisation). Finalement, chacun cotise en fonction de ses moyens et de sa capacité productive mais reçoit en fonction de ses besoins.

Une particularité du système de protection français est sa participation à la reconstruction de l'économie. Les prestations sociales vont permettre aux entreprises d'élargir leurs débouchés

grâce à l'accroissement de la consommation individuelle et collective. De plus, la mise en place des hôpitaux publics a entraîné la participation de différents corps de métiers pour leur construction. De ce fait, la Sécurité Sociale a un effet positif sur la production, le revenu et l'emploi. Par ailleurs, la population active est en bonne santé, bien logée et bien formée grâce aux diverses prestations familiales, elle est donc plus motivée et plus dynamique. Les besoins sociaux sont ainsi pris en charge de manière globale [12].

I-2.3 L'évolution de la Sécurité Sociale : entre objectifs atteints et objectifs souhaités

Comme nous l'avons vu précédemment, la Sécurité Sociale, au-delà de son rôle de protection sociale proprement dit, a aussi un rôle non négligeable dans le système économique. Par conséquent, son évolution est également liée au contexte économique.

Ce système a pour objectif d'aller à l'encontre des processus cumulatifs de déséquilibres sociaux et économiques. En répondant à la dynamique des besoins sociaux, il participe au maintien en bonne santé de la force de travail et accroît ainsi sa capacité productive.

L'évolution de la société après la guerre (apparition de nouvelles technologies, de cadences de travail plus intenses et de la production de masse) engendre la nécessité de prendre en compte de nouveaux besoins tels que la qualification des ouvriers, leur santé ainsi que la prévention et la réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles [11].

Le système de protection sociale, à travers ses dépenses et son type de financement permet d'aller à l'encontre de la suraccumulation du capital. De cette manière, il représente une contre-tendance à la baisse du taux de profit puisqu'il facilite le développement des richesses produites à partir d'une population active mieux reposée, logée, formée, bénéficiant de meilleures conditions de travail et de vie.

La Sécurité Sociale articule la relance de la consommation ainsi que celle de la production : elle permet un accroissement des consommations publiques et privées ainsi que des débouchés pour les entreprises. Elle incite à l'investissement, à l'emploi et à la production.

La valorisation du travail devient un moteur du progrès économique et permet des évolutions conjointes entre l'extension des prestations sociales et le développement de la productivité du travail.

Les objectifs à atteindre apparaissent assez simples. Ils sont le résultat de la conjonction de quatre politiques :

- une politique économique basée sur le plein emploi,
- une politique d'équipement sanitaire et d'organisation médicale,
- une politique de prévention des risques et des maladies professionnels,
- une politique de répartition des revenus visant à adapter les ressources de chaque individu et de chaque famille à leurs besoins [13].

Malgré tout, comme nous l'avons cité précédemment, un certain nombre de reports ont eu lieu :

- La généralisation : évoquée dans l'ordonnance du 4 octobre, elle est réaffirmée dans celle du 22 mai 1946 qui prévoyait l'assujettissement obligatoire aux assurances sociales de tout français résidant sur le territoire, ainsi que dans celle du 22 août 1946 qui offre des prestations familiales à la quasi totalité de la population. Ces dernières ne devaient intervenir que lorsque la production industrielle aurait atteint un certain niveau. Le pays étant à l'époque en pleine reconstruction, la Sécurité Sociale est réservée aux seuls travailleurs. La généralisation sera finalement abandonnée (il faudra attendre les années 1970 pour la voir apparaître partiellement).
- L'application de la loi du 13 septembre 1946 sur l'extension de l'assurance vieillesse sera abandonnée face à l'hostilité des classes moyennes notamment.

- L'unité administrative est un échec. Alors que l'ordonnance du 4 octobre permettait la survie provisoire de certains régimes spéciaux qui, à terme, devaient être réintégrés au régime général, le décret du 8 juin 1946 énumère la liste de ces derniers mais ne parle plus de leur caractère provisoire.

De plus, une certaine ambiguïté concernant l'unité financière perdure : les fondateurs n'envisageaient pas de transferts de fonds entre les trois branches de la Sécurité Sociale, ce qui n'est pas en cohérence avec la notion d'unité financière

Certaines limites apparaissent rapidement :

- le problème des conditions d'ouverture de droits : les salariés âgés sont laissés de côté,
- le problème du plafond des cotisations : les plus riches ne contribuent pas à proportion de leurs revenus réels,
- le problème du financement : basé sur les cotisations et non sur l'impôt, il représente un inconvénient majeur en ce qui concerne la protection collective lors de périodes de chômage massif,
- le problème des rapports avec les médecins : droit de pratiquer des dépassements d'honoraires, rejet du principe du tiers payant...

Finalement, les textes fondamentaux de la Sécurité Sociale, rédigés et votés à la Libération sont à considérer comme la base du système de protection mais vont devoir subir un certain nombre de modifications et de réformes afin de les rendre plus applicables et plus efficaces [7].

I-2.4 Un système dans la tourmente des réformes

La première réforme importante qui est mise en place est celle de 1967. Regardons plus précisément au sein de quel type de société française elle arrive.

Au niveau politique, c'est l'attente des élections législatives qui marque cette année et qui retarde les réformes voulues par le Président de la République en place à cette époque, le Général de Gaulle. Ces élections voient l'UNR, représentant majoritaire du gouvernement de l'époque, affaibli ; en effet, il les remporte à une voix près et rend donc nécessaire la collaboration avec les Républicains indépendants, présidés par Valérie Giscard d'Estaing et les Centristes de Jean Lecanuet.

Sur le plan économique, c'est le milieu des Trente Glorieuses (1945-1975) : la croissance économique est forte. Néanmoins, les mouvements sociaux protestataires sont fréquents ; c'est le cas par exemple aux chantiers de Saint Nazaire, car les travailleurs, producteurs de cette croissance, demandent à profiter davantage des dividendes par l'intermédiaire d'une hausse directe des salaires. De leur côté, les pouvoirs publics privilégient les investissements collectifs et proposent de ralentir la croissance naturelle des prestations sociales afin de rattraper le retard sur la construction d'un réseau d'équipements collectifs comme des hôpitaux par exemple. C'est dans ce contexte que la Sécurité Sociale va connaître ses premiers déficits mis en lumière par une série de rapports montrant que le système de protection aurait besoin de quelques aménagements (rapport Friedel sur les structures de la Sécurité Sociale, rapport Canivet sur les problèmes de l'Assurance maladie, rapport Piketty ...). Ces déficits ont été comblés par le Trésor Public.

Cette première réforme est conçue, rédigée et soumise au Conseil d'Etat en quatre mois. Elle sera publiée par quatre ordonnances datées du 21 août 1967 [11].

Comme nous l'avons dit précédemment, la Sécurité Sociale est en déficit et la principale source de ce déséquilibre financier serait l'Assurance maladie. Des mesures sont envisagées afin de réaliser des économies en premier lieu à ce niveau :

- augmentation du ticket modérateur sur les soins de ville qui passe de 20 à 30 %,
- possibilité de mise en place un ticket modérateur d'ordre public, c'est-à-dire non pris en charge par les mutuelles ou les assurances,
- apparition de restrictions dans l'utilisation du tiers payant,
- définition plus médicale des cas d'exonération du ticket modérateur : précision de la pathologie, du coût du traitement,
- réorganisation du contrôle médical, non plus sous l'emprise des conseils d'administration mais sous le contrôle de la Caisse Nationale,
- confirmation du système conventionnel pour la médecine de ville,
- baisse des prix des médicaments,
- réorganisation des modalités d'inscription des médicaments sur la liste des spécialités remboursables et création de l'autorisation de mise sur le marché,
- réforme de la tarification du prix de journée des hôpitaux publics et cliniques privées,
- création d'une Caisse Nationale de l'équipement hospitalier qui servirait à alléger l'Assurance maladie en ayant le droit d'emprunter et de centraliser les amortissements des hôpitaux.

Toutes ces mesures furent adoptées sauf la dernière concernant le milieu hospitalier qui fut retardée puis annulée [14].

Par ailleurs, les relations entre le budget de la Sécurité Sociale et celui de l'Etat sont floues. Aucune règle claire n'avait été établie. La réforme permet donc de mettre une limite entre les deux par différentes mesures :

- financement par le budget de l'Etat de la Direction de la Sécurité Sociale et des Directions Régionales chargées de la tutelle du régime général.

- financement par le budget de l'Etat des prestations, sous condition de ressources dans tous les régimes et du déficit, après compensation, des régimes spéciaux.

Il apparait clairement que les ressources doivent augmenter afin que le système perdure. Pour cela, les propositions retenues sont :

- l'individualisation des cotisations maladie et vieillesse,
- la fixation des taux de cotisation de chaque risque à un niveau correspondant à l'équilibre avec une cotisation patronale d'une part et salariale d'autre part,
- le déplafonnement de la cotisation maladie des salariés.

Toutes les mesures vues jusqu'à présent concernent essentiellement la forme mais cette réforme s'attaque également au fond dans le but de séparer les risques et d'établir une nouvelle gouvernance.

En effet, la Sécurité Sociale avait pour objectif premier de couvrir tous les risques, mis à part comme nous l'avons vu précédemment, le risque de chômage. La société française et ses particularités l'ont faite se heurter à quelques imprévus. Certains régimes spéciaux antérieurs à l'apparition de la Sécurité Sociale n'ont pas voulu être réintégrés au système unique ou ont obtenu le droit de conserver leur autonomie partielle ou totale pour certains risques ; citons le régime d'assurance vieillesse pour les travailleurs indépendants en 1948, le régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en 1961... C'est ainsi que la notion d'unité fut abandonnée et remplacée par le morcellement des risques.

La réforme de 1967 a su traverser mai 1968 sans encombre, la seconde réforme importante eu lieu en 1995.

La situation en 1995 montre un déficit sans précédent dû à deux facteurs principaux : une croissance économique qui ralentit essentiellement depuis 1992 et un calendrier politique chargé qui laisse peu de temps pour la mise en application de décisions lourdes et difficiles.

Cette réforme présente un caractère global, le domaine d'application de cette dernière est très vaste : pouvoirs des caisses, retraites, médecine de ville, structure des hôpitaux...

Les éléments principaux qui en ressortent sont :

- la création de l'ONDAM, c'est-à-dire l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, voté par le Parlement,
- mise en place de systèmes financiers de sauvegarde afin d'essayer de respecter les mesures visées par l'ONDAM,
- création de la CMU, Couverture Maladie Universelle, réellement mise en place en 1999,
- décentralisation du système de protection,
- accentuation de la démarche qualité par l'intermédiaire de la délivrance d'accréditations (par la Haute Autorité de Santé) [14].

Une notion importante est mise en exergue avec cette réforme, dite réforme Juppé (premier ministre de l'époque), celle de la rationalisation des dépenses. Il s'agit de corréliser la croissance des dépenses de santé avec celle du produit intérieur brut (PIB). C'est ainsi qu'apparaît l'obligation de maintenir le déficit public et social en-dessous de 3% du PIB et le stock de la dette à 60 % du PIB.

De manière plus générale, l'évolution de quelques grands facteurs influencent la nécessité de réformer la Sécurité Sociale :

- la démographie : l'augmentation de l'espérance de vie qui aura une influence sur les Assurances Maladie et Vieillesse, l'immigration, ainsi qu'une natalité qui reste stable malgré les crises économiques.

- les crises économiques : choc pétrolier de 1974, augmentation du chômage pénalisant les comptes de la Sécurité Sociale.
- l'évolution de la vie familiale : typologie de la famille différente (apparition de familles recomposées ou éclatées). Les enfants vivent jusqu'à un âge plus avancé chez leurs parents du fait du coût plus élevé de la vie. Les femmes travaillent, ce qui nécessite des aides afin de financer la garde des enfants.

La dernière grande réforme date de 2004, elle porte le nom de réforme Douste-Blazy, elle tend à diriger l'assurance maladie vers une privatisation [14].

Suite à l'accroissement du déficit du système, une autre réforme est en cours aujourd'hui, visant notamment la réduction des dépenses par l'intermédiaire de vagues successives de déremboursement de médicaments, un éclaircissement des liens Sécurité sociale-Etat ainsi qu'un certain nombre de mesures visant chacune des branches.

Programme maladie	Programme ATMP	Programme retraites	Programme famille	Programme financement	Programme invalidité et dispositifs d'autonomie
- 1- Assurer un égal accès aux soins	- 1- Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention	- 1- Assurer un niveau de vie adapté aux retraités	- 1- Contribuer à la compensation financière des charges de famille	- 1- Garantir la viabilité financière des régimes de base	- 1- Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides
-2- Développer la Prévention	-2- Améliorer la reconnaissance des ATMP et l'équité de la réparation	-2- Offrir une plus grande liberté de choix quant à l'âge de départ en retraite	-2- Aider les familles vulnérables	-2- Veiller à l'équité du prélèvement social	-2- Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées
-3- Améliorer la qualité de prise en charge des patients par le système de soins	-3- Garantir la viabilité financière de la branche ATMP	-3- Garantir la solidarité entre retraités	-3- Concilier vie familiale et vie professionnelle	-3- Concilier le financement de la Sécurité sociale et la politique de l'emploi	-3- Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées
-4- Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses		-4- Accroître l'emploi des salariés âgés	-4- Garantir la viabilité financière de la branche famille.	-4- Simplifier les procédures de financement	-4- Garantir la viabilité financière de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- 5- Garantir la viabilité financière de la branche maladie		- 5- Garantir la viabilité financière des régimes de retraite		- 5- Améliorer l'efficacité de la gestion financière et du recouvrement	

Tableau II : Les objectifs suivis par les programmes de qualité et d'efficacité du PLFSS 2008 [15]

Enfin, après l'euphorie de la Libération et la volonté de créer un système de protection sociale plus égalitaire et couvrant un maximum de risques, des modifications apparaissent rapidement nécessaires afin de maintenir ce nouveau système, mais qu'en est-il aujourd'hui ?

I-3 L'organisation actuelle

I-3.1 Structure générale de la protection sociale en France

Le Gouvernement actuel a en projet de regrouper la protection sociale sous un organisme unique, mais comme nous l'avons vu précédemment, la Sécurité Sociale est pour le moment encore très compartimentée et ce, à différents niveaux : au sein des différentes assurances (maladie, vieillesse, famille), au niveau national/régional ainsi qu'entre les différents régimes (Général/ MSA/ Régimes spéciaux). Nous allons donc voir la situation actuelle de cette organisation.

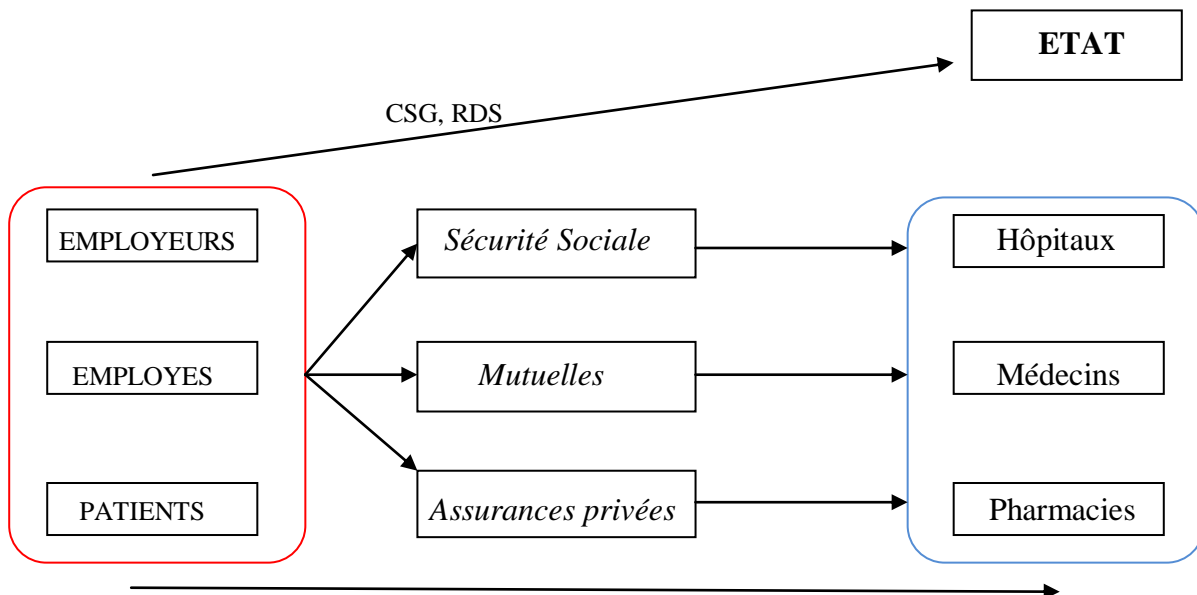


Figure 1 : Structure du système de santé français [16]

Cette figure illustre bien le fait que le système de protection sociale en France est basé sur la force de travail, à savoir les salariés et les patrons qui participent au financement sous forme de cotisations proportionnelles à leur revenu [16].

La situation économique du pays (plein emploi ou chômage) est donc intimement liée avec celle de la sécurité sociale : si le taux de chômage est trop important, les cotisations ne permettent pas de combler les dépenses engendrées par les différentes branches du système de protection sociale.

Le système de santé est sous l'égide du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Un certain nombre de services centraux entourent le système de protection sociale afin de le contrôler, de le sécuriser ou encore de le rendre plus performant :

- outils de contrôle :

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AFSSA : agence française de sécurité sanitaire des aliments

AFFSE : agence française de sécurité sanitaire de l'environnement

EFS : établissement français du sang

EFG : établissement français des greffes

IRSN : institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

InVS : institut national de veille sanitaire

- recherche médicale :

INSERM

CNRS

ANRS

...

- outils d'évaluation :

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

- éducation sanitaire :

INPES : institut national de prévention et d'évaluation pour la santé.

Venons-en à la structure même de la Sécurité Sociale. Elle présente différents niveaux : tout d'abord concernant les prestations, puis les régimes.

Le régime général représente la part la plus importante des assurés, suivi par le régime des salariés agricoles puis par les régimes spéciaux [16].

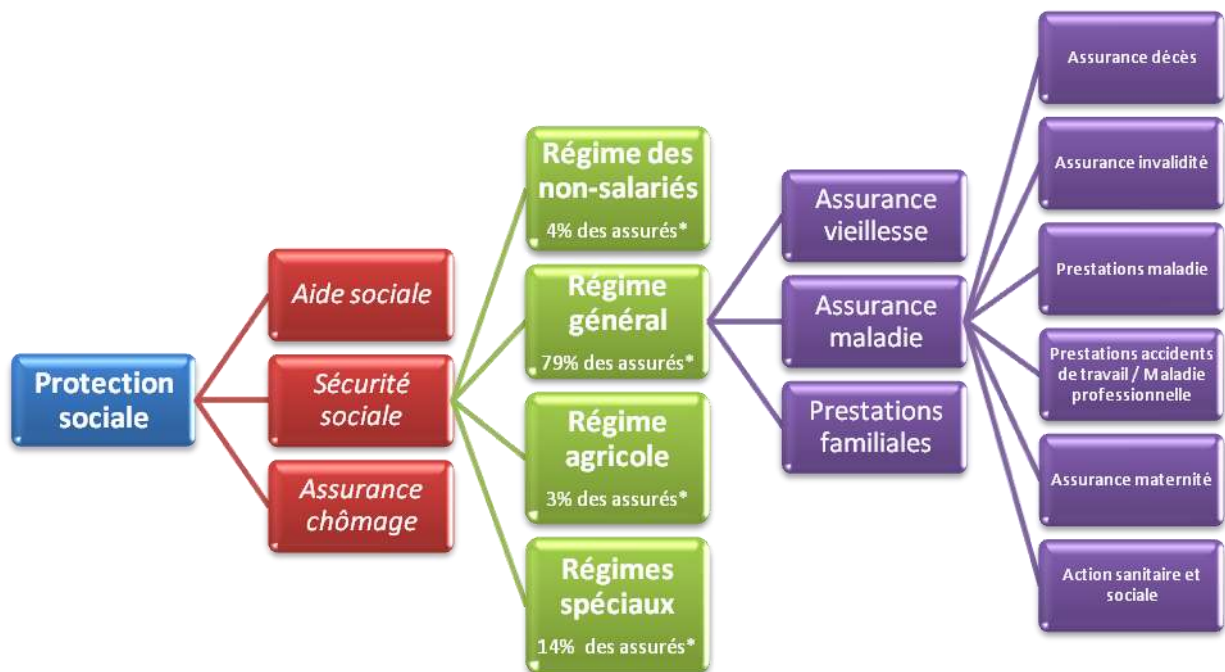


Figure 2 : Structure de la protection sociale en France [16]

*Chiffres de l'année 2006

Enfin, voyons comment se structure le régime général de la Sécurité Sociale au niveau national, régional et local et au niveau de trois grands axes : la collecte des cotisations, la

gestion des tâches d'intérêt général et l'organisation des prestations et des actions sociales [17].

Niveau national	ACOSS Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale	UCANSS Union des CAisses Nationales de Sécurité Sociale	CNAM CNAF CNAV
Niveau régional			<p>CRAM Caisse Régionale d'Assurance Maladie</p> <p>→ URCAM Union Régionale des CAisses d'Assurances Maladie</p> <p>→ CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie</p> <p>CAF Caisse d'Allocations Familiales</p>
Niveau local	URSSAF Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale d'Allocations Familiales		
	COTISATIONS	TACHES D'INTERET COMMUN	PRESTATIONS ET ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie.

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse.

CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales.

Tableau III : Organisation territoriale de la Sécurité Sociale [17]

Toute cette organisation a pour but de répondre aux besoins sociaux de la population (santé, vieillesse, chômage et maladie) en valorisant le développement de la recherche médicale par

l'intermédiaire de structures telles que l'INSERM et également en veillant au maintien des objectifs d'équilibre des comptes par des modes de financement adaptés.

I-3.2 Mode de financement

La sécurité sociale couvre un certain nombre de dépenses, défini dans ce qui est communément appelé la dépense courante de santé.

La dépense courante de santé récapitule l'ensemble des versements intervenus chaque année en faveur de la santé (dépenses en capital exclues).

Elle regroupe :

- la consommation de soins et biens médicaux,
- les dépenses d'aides aux malades (indemnités journalières),
- les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des médecins du Secteur I),
- les dépenses de prévention individuelle et collective,
- la recherche médicale et pharmaceutique,
- la formation des professionnels de santé,
- les coûts de gestion de la santé.

Les fondateurs de la Sécurité Sociale ont fait le choix de baser le financement de celle-ci sur les cotisations salariales et patronales mais les protestations de ces 25 dernières années ont entraîné la mise en place de réformes afin d'abaisser les cotisations sociales, accusées d'augmenter le coût du travail et de pénaliser l'emploi et la compétitivité des entreprises vis-à-vis des entreprises étrangères.

Il a donc fallu trouver d'autres moyens de financement. C'est pour cela qu'actuellement les ressources se divisent en quatre grands groupes : les cotisations, les impôts et taxes affectés, les contributions publiques et les transferts [17].

Voyons de manière plus détaillée ces différents modes de financement :

- les cotisations sociales représentaient, en 2006, 51 % des recettes des régimes de base. Elles devaient atteindre 206 milliards d'euros en 2007, soit une augmentation de 3,1% et 213 milliards d'euros en 2008. Les cotisations patronales ont diminué du fait de la mise en place de mesures gouvernementales visant à exonérer les cotisations patronales (années 1990) et de l'augmentation du chômage. Cette baisse des cotisations a été entérinée par la volonté à long terme de séparer la solidarité professionnelle (retraites et chômage) qui serait financée par les cotisations et la solidarité nationale qui comprend la santé, les prestations familiales et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, financée par les impôts.

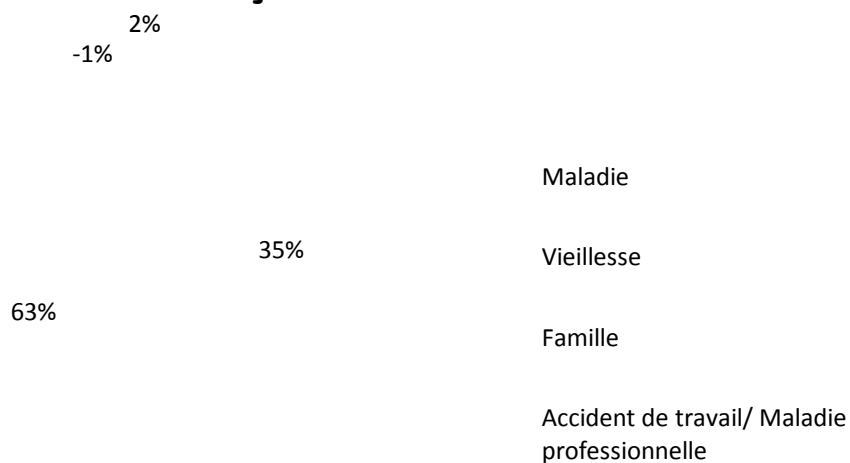
- les taxes et les impôts : la CSG (contribution sociale généralisée), proportionnelle au salaire, et la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale, fixée à 0,5 % des revenus) représentent environ 15 % de l'ensemble du financement de la protection sociale, plus que l'impôt sur le revenu. D'autres taxes contribuent au financement et sont versées par les français de manière plus indirecte : taxes sur les alcools et boissons non-alcoolisées, le tabac, les cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile, les produits alimentaires, les médicaments, les hydrocarbures. En 2006, ce mode de financement avait connu une forte croissance pour atteindre une augmentation de 26 % (soit 112,8 milliards d'euros).

- les contributions publiques, c'est-à-dire les subventions aux régimes sociaux venant de l'Etat et des collectivités territoriales, ont fortement diminué. En effet, elles représentaient 18,5 milliards d'euros en 2005 contre seulement 3,6 milliards d'euros

en 2006. La sécurité sociale assure pour le compte de l'Etat un certain nombre de prestations qu'il rémunère. De plus, celui-ci verse des subventions d'équilibre essentiellement pour les régimes spéciaux afin d'assurer un équilibre financier à ces derniers, les principaux bénéficiaires sont la SNCF, les ouvriers de l'Etat, les marins et les mineurs. Elles sont estimées à 5,5 milliards d'euros en 2007 et sont prévues à 5,7 milliards d'euros en 2008.

- les transferts sont en provenance ou à destination d'autres régimes de sécurité sociale (de base ou complémentaire) et des fonds de financement. Ils permettent, malgré la séparation des différents régimes, de créer une certaine unité afin d'équilibrer les finances de la protection sociale [17].

Répartition, par branche, des transferts reçus en 2006



Répartition, par branche, des transferts versés en 2006

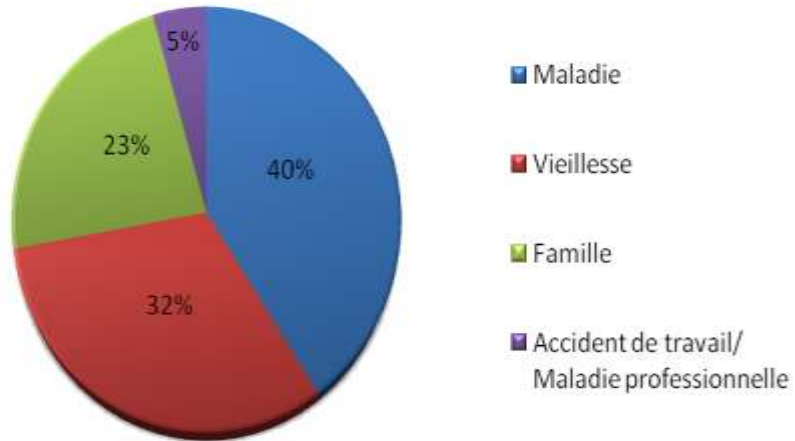
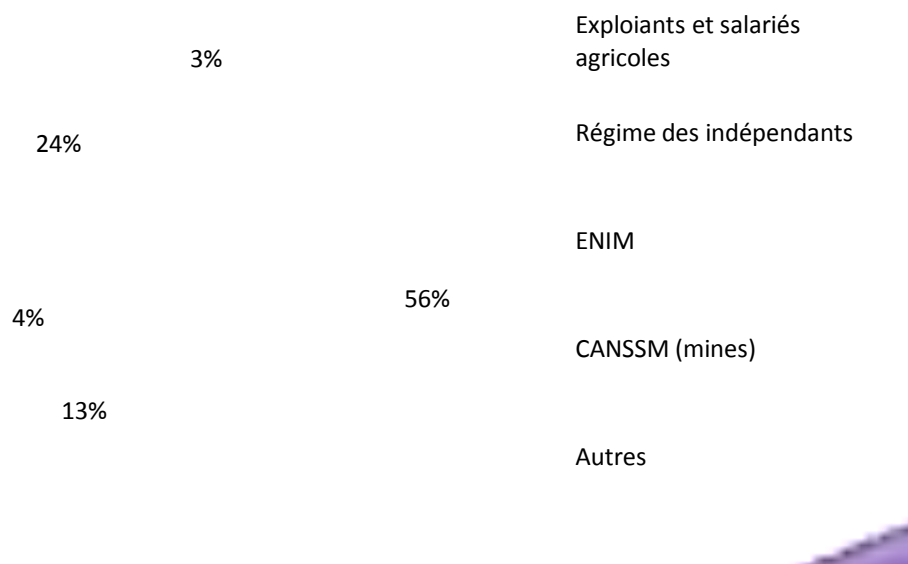


Figure 3 : Répartition par branches, des transferts versés et reçus en 2006 [18]

On peut observer sur les deux figures précédentes que la branche vieillesse est celle qui reçoit le plus de transferts alors que la branche maladie est celle qui en verse le plus, ceci afin de combler d'autres régimes qui peuvent être en situation financière déficitaire pour des raisons démographiques comme la Mutualité Sociale Agricole (le nombre d'agriculteurs étant en baisse notable) ou liées au marché de l'emploi (chômage important dans le secteur secondaire de l'industrie : l'automobile, les mines ...) comme nous le voyons sur les figures suivantes [18].

Régimes bénéficiaires des compensations



Régimes payeurs des compensations

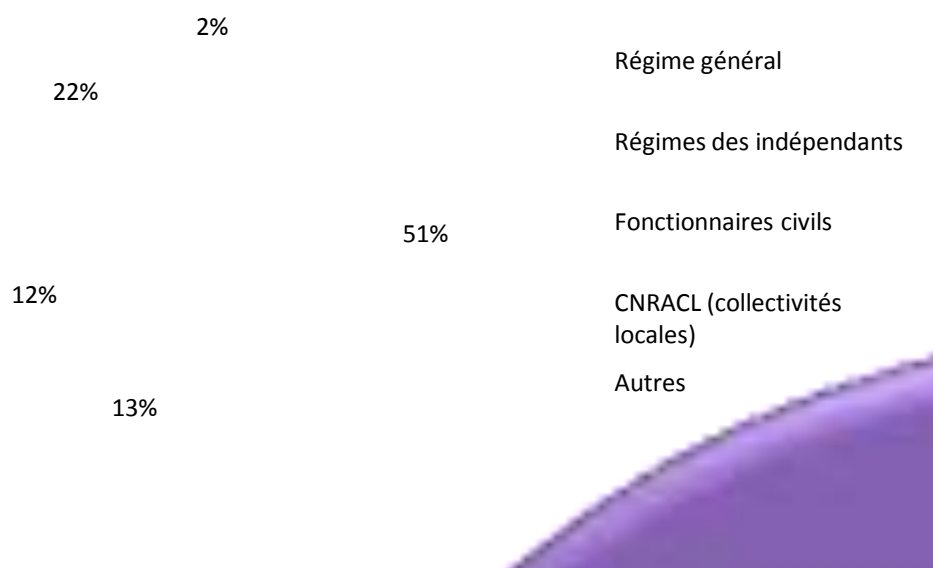


Figure 4 : Répartition des régimes payeurs et bénéficiaires des compensations [17]

I-3.3 Comparatif avec les systèmes de santé étrangers

L'apparition de réformes visant à mieux gérer le financement des dépenses de santé ces dernières années est incontournable. En effet, la gestion comptable du système de soins fait suite à une volonté politique européenne qui fixe comme objectifs : un déficit public et social impérativement inférieur à 3 % du produit intérieur brut et le stock de la dette inférieur à 60 %. Nous allons donc voir, d'une part quelles sont les instances européennes de veille des différents systèmes et dans un deuxième temps, comment les autres pays arrivent à tenir ces objectifs. Nous comparerons également avec quelques pays hors-UE [19].

Les grandes instances européennes sont réparties en 4 grands pôles et permettent ainsi de couvrir tous les aspects développés au sein des différents systèmes de santé (prévention, soins, gestion des indemnités, recherche médicale...) :

- le Parlement européen, siégeant à Strasbourg, présente deux commissions, l'une qui gère l'emploi et les affaires sociales et la seconde l'environnement, la santé publique et la protection des consommateurs.
- le Conseil de l'Union européenne (Bruxelles) réunit les ministres de la santé et des affaires sociales des différents états membres afin de trancher sur des thèmes traités antérieurement par un groupe de travail, COREPER, composé d'experts de la santé et des affaires sociales.
- la Commission européenne (Bruxelles) dont la direction générale traite de l'emploi et des affaires sociales et qui se subdivise en 3 sous-directions qui ont en charge les affaires de santé et de protection sociale.
- le Comité permanent des médecins européens (Bruxelles), composé de 15 représentants de l'Union européenne puis un représentant de l'Islande et un de Norvège, constitue le lien officiel entre l'Union européenne et le corps médical. Ses

objectifs sont de favoriser la libre circulation des médecins à l'intérieur de l'Union européenne, de mettre en place un niveau élevé de formation, de pratique médicale et de qualité de soins et enfin de donner son avis sur les questions d'éthique médicale [19].

On distinguait classiquement en Europe, trois grands types de système :

- pays à forte dominante bismarckienne, c'est-à-dire où la protection sociale est essentiellement financée par les cotisations assises sur les salaires et qui correspondent à un niveau élevé de l'Etat providence : France, Autriche, Allemagne, Belgique et les Pays – Bas.
- pays beveridgiens traditionnels : Royaume-Uni et Irlande. Financement de la protection essentiellement par l'impôt. Il s'agit d'un système qui repose sur le principe de l'Universalité. On voit le développement dans ce genre de système de fonds de pension pour financer les retraites.
- pays de type beveridgien mais fondés sur le principe d'un Etat providence très protecteur : la Suède, le Danemark, la Norvège [19].

Mais l'entrée dans l'Union Européenne des pays d'Europe centrale et orientale à partir de 2002 modifie le paysage social. En effet, le niveau de protection sociale, de manière générale, est assez faible dans ces pays du fait d'un taux de chômage élevé, des mesures sociales souvent négligées par les anciens régimes en place (inégalité d'accès aux soins, prestations faibles, retard de mise en place des systèmes de retraite).

La figure suivante nous montre l'évolution des dépenses de protection sociale en Europe entre 1990 et 2002. L'augmentation des dépenses est clairement liée à une situation économique difficile du pays : il apparaît que lorsque le taux de croissance s'affaiblit, le taux de chômage augmente, les dépenses sociales ont tendance à s'accroître pour répondre aux besoins sociaux, entraînant un rapport au PIB augmenté.

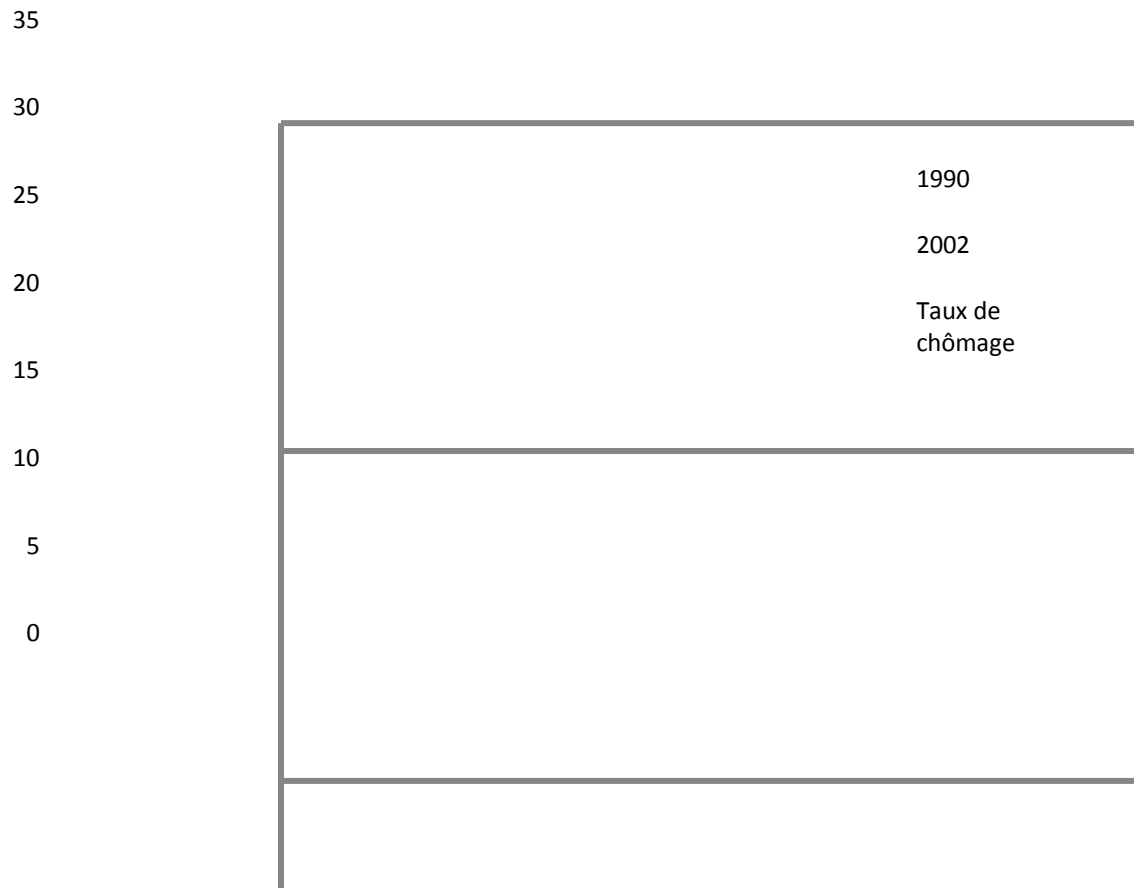


Figure 5 : Les dépenses de protection sociale en Europe en 1990 et 2002, en % du PIB* [14]

*Chiffres : Eurostat 2006.

Comparons maintenant, le fonctionnement général de différents systèmes : Royaume-Uni, Allemagne, Espagne et Etats-Unis.

	Royaume –Uni « National Health Service »	Allemagne	Espagne	Etats - Unis
Système	Système Béveridgien	Système bismarkien	intermédiaire	-
Mode de financement	Impôt	cotisations	Impôt et cotisations	Impôt (proportion plus faible que dans les pays européens) et assurances privées.
Organisation générale	<p>- Besoins et achats, hospitaliers et communautaires, gérés par les locality commissioning et les administrations sanitaires de districts.</p> <p>- Création de Fundholders, cabinets pouvant détenir une partie du budget destiné aux hôpitaux (inf. à 25%) afin d'acheter pour leurs patients des services aux prestataires de soins que sont les cliniques, les hôpitaux ou encore les centres de soins.</p> <p>- Les locality commissioning sont des regroupements de généralistes qui gèrent le capital Santé de leurs patients. Ce dernier système est préféré aux Fundholders car il est moins coûteux en frais de gestion.</p> <p>- La prescription d'un gatekeepers est obligatoire pour pouvoir être hospitalisé ou pour consulter un spécialiste.</p>	<p>- L'Etat fixe les grandes lignes de la politique sociale, ensuite chaque Lander organise ses services de santé et décide des investissements hospitaliers.</p> <p>- Les caisses locales gèrent la couverture sociale.</p>	<p>- Constitué de Services de santé dépendants de l'Administration centrale et des services de santé des communautés autonomes.</p> <p>Chaque service de santé est planifié selon des divisions géographiques et selon des zones de santé, elles même divisées en zones primaires.</p> <p>Décentralisation des services avec gestion autonome de chaque région.</p>	<p>- Medicare Programme fédéral de soins pour les personnes âgées et handicapées.</p> <p>- Medicaid Programme de soins aux personnes démunies</p> <p>Disparité d'accès aux soins selon la race, les revenus...</p>
Couverture	La totalité de la population	La grande majorité de la population. Les personnes ayant des revenus importants peuvent se rattacher à un système privé.	Près de 95 % sont couverts par la Sécurité Sociale. Pour les autres, il s'agit de mutuelles (fonctionnaires de l'Administration centrale) ou par l'Assistance publique.	15% de la population n'a pas de couverture des dépenses de santé car soit ils n'ont pas d'emploi, soit ils n'ont pas les moyens de payer une assurance privée.

Paiement des soins	Paiement d'un ticket modérateur sauf pour les jeunes de moins de 16 ans, les retraités et les chômeurs.	Paiement d'un ticket modérateur pour les soins dentaires et les médicaments. les jeunes de moins de 16 ans, les retraités et les patients atteints d'une ALD sont exonérés. Gratuité des soins ambulatoires et hospitaliers.	Gratuité totale des soins médicaux, pédiatriques, de spécialistes et d'hospitalisation dans le secteur public. Paiement d'un ticket modérateur pour les médicaments.	Mise à part pour les deux programmes Medicare et Medicaid, sinon le reste des dépenses est financé par des organismes dont les règles de couverture sont variables.
Situation des médecins	Les médecins généralistes, les praticiens, les spécialistes et les pharmaciens indépendants sont sous contrat avec le NHS.	Les médecins doivent être conventionnés par l'Union des médecins. C'est elle qui reçoit la rémunération globale qu'elle répartit proportionnellement aux actes effectués.	Les médecins sont des salariés du système de Sécurité sociale, ils perçoivent un salaire fixe et une somme forfaitaire en fonction du nombre de patients inscrits sur leur liste.	Les médecins sont rémunérés à l'acte.
La pharmacie et les médicaments	Les médicaments sont soit remboursés à 100% et vendus en pharmacie , soit en vente libre en pharmacie ou alors vendus en Drugstores. Le pharmacien a le droit de substitution. Le prix du médicament est libre. Le laboratoire pharmaceutique et le ministère de la Santé négocient afin de fixer le taux de profit de l'entreprise.	Les médicaments sont répartis en 2 groupes : ceux vendus en pharmacie et ceux vendus en drugstores. Le pharmacien a le droit de substitution Les médicaments y sont les plus chers.	Les médicaments sont tous vendus en pharmacie. Ils sont soit en vente libre ou sur prescription. Le pharmacien a le droit de substitution avec l'accord du prescripteur.	Les médicaments sont très chers et sont délivrés en pharmacie ou en drugstore. Le pharmacien a le droit de substitution

Tableau IV : Comparaison des systèmes de santé anglais, allemand, espagnol et américain [19]

Tous les systèmes en place, aussi différents soient ils, sont en train d'éclater du fait du problème de financement engendré par la crise économique généralisée. Chaque pays, marqué par ses données historiques et sociétales, essaie de trouver des solutions pour enrayer cette

situation : déremboursement, capitalisation, restriction au niveau des acteurs de la chaîne de soins... La tendance actuelle de l'Union européenne suit les préconisations formulées par les organismes internationaux officiels tels que la Banque Mondiale, l'OMC, l'OCDE ou en encore le FMI, pour la réorganisation des systèmes de protection sociale sur un principe à trois étages :

- un socle universel pour une protection minimale financée par l'impôt couvrant la santé, la politique familiale, le risque d'exclusion mais aussi pour certains pays beveridgiens les pensions publiques de retraite, relevant de la solidarité nationale et ne devant donc pas incomber aux entreprises.
- une protection obligatoire liée au travail, financée par des cotisations, qui couvrirait l'assurance chômage ainsi que les retraites liées à une activité professionnelle.
- une protection supplémentaire fonctionnant pour les personnes qui ne se sentent pas assez couvertes, des assurances privées pour le risque de maladie et un système de capitalisation pour les retraites.

Malheureusement, l'apparition d'un tel système sous-entend une augmentation des revenus afin de financer les cotisations obligatoires et la capitalisation, ce qui n'est pas le cas pour le moment dans bon nombre de pays européens. A partir de toutes ces données générales sur l'apparition de notre système de soins et son évolution, nous allons voir quelle est sa situation actuelle, la place qui en découle pour le pharmacien d'officine ainsi que les grandes problématiques rencontrées [19].

II- La Pharmacie d'officine dans le contexte socio-économique de la santé

II-1 Paysage social français actuel

II-1.1 Etat des lieux du système en France

Nous avons vu la manière dont la Sécurité Sociale est apparue en France, la manière dont elle a évolué au cours du temps, son mode de financement et son organisation, il est temps de dresser un état des lieux actuel de la protection sociale.

Le déficit du régime général est estimé à 8,9 milliards d'euros en 2008. En 2006, la dépense courante de santé était évaluée à 198,3 milliards d'euros, soit 11,07 % du PIB, ce qui situe la France au troisième rang des pays membres de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) pour le poids des dépenses de santé dans la richesse nationale, après les Etats-Unis (15,3 %) et la Suisse (11,6 %).

Malgré tout, on constate un ralentissement du taux de croissance des dépenses en valeur et en volume [18].

Nous allons étudier plus en détail ce que comprend la dépense courante de santé et l'évolution de chacun des constituants :

La consommation de soins et biens médicaux

Elle s'élevait à 156,6 milliards d'euros en 2006, soit à elle seule 8,7 % du PIB (augmentation en valeur de 3,5 % par rapport à 2005). Elle est estimée à 2477 € par habitant. Elle est financée pour la plus grande partie par la Sécurité sociale et pour la partie restante par l'Etat, les organismes complémentaires et les ménages.

La répartition de la consommation des soins et bien médicaux a tendance à évoluer depuis les années 2000. On remarque une légère baisse en valeur au niveau des soins hospitaliers et des médicaments : celle-ci est due à la diminution des tarifs de séjours pour le premier cité et par la mise en place de politiques de réduction du coût des médicaments : introduction massive

des génériques et baisse du prix des spécialités. A l'inverse, le coût des soins ambulatoires a tendance à réamorcer une hausse du fait de la revalorisation des actes médicaux et l'introduction de la classification commune des actes médicaux.

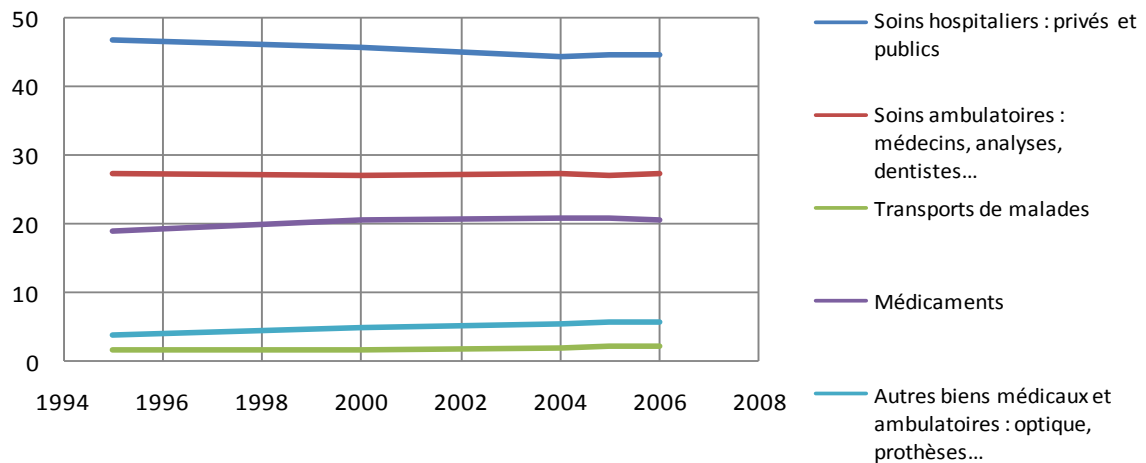


Figure 6 : Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur [18]

En ce qui concerne l'hospitalisation, on note une augmentation de l'activité des établissements publics et privés qui s'explique par le développement des hospitalisations partielles notamment dans les domaines tels que la chirurgie, l'obstétrique, les soins de suite et de réadaptation ; alors que les hospitalisations totales restent stables en nombre mais diminuent en durée (moins de 6 jours).

La consommation des soins ambulatoires atteignait 677 € par habitant en 2006. Elle représente une augmentation de 4 % en valeur par rapport à 2005 mais s'explique par l'entrée en vigueur de la rémunération du médecin traitant et de la création de la classification commune des actes médicaux [18].

Des revalorisations de tarifs pour les ambulances et les VSL étaient prévues en 2005 et 2006, ce qui explique l'augmentation importante en valeur, + 9,2 %, de la consommation de transports sanitaires. On note également une augmentation en prix, contrepartie financière à un engagement individuel sur la qualité de service dans le cadre de la mise en place de contrats de Bonnes Pratiques. De plus, davantage de personnes bénéficient de ce service à cause du vieillissement de la population (difficultés à conduire pour les personnes âgées), de personnes à mobilité réduite résidant loin des centres de consultations ou de soins et de l'accroissement de pathologies lourdes induisant une fatigue importante du patient [18].

La consommation de médicaments, en valeur, d'un français est évaluée à 505 € par an. Elle représente 31,9 milliards d'euros soit une progression en valeur de seulement 1,5 %. Des mesures prises au cours de l'année 2006 expliquent cette faible augmentation :

développement de la politique du générique par différentes mesures

- baisse de 15 % des prix du répertoire,
- écart de prix entre princeps et génériques nouvellement introduits, passant de 40 à 50 %,
- baisse complémentaire de prix dans les groupes génériques dont l'ancienneté est supérieure à 24 mois et qui ne donnent pas lieu à l'application d'un tarif forfaitaire de responsabilité,
- lancement d'une troisième vague de TFR en février 2006,
- plafonnement des marges arrière à 20 %.

De plus, le nombre de classes thérapeutiques comportant des génériques ne cesse de s'accroître : 64 en 2002, 85 en 2006 sur un total de 348 classes.

La part du générique dans le marché du médicament remboursable augmente ainsi de 9 % en 2006 [17].

❖ Actions de maîtrise médicalisée

Elles concernent les antibiotiques, les psycholeptiques, les hypolipémiants et les statines.

❖ Baisse de prix de certains produits hors répertoire des génériques

❖ Déremboursement de certains médicaments ayant un service médical jugé insuffisant

❖ Mise en place de conditionnements de trois mois pour les traitements au long court

❖ Incitation des pharmaciens à diminuer le coût des médicaments en libre accès

Malgré tout, ces mesures visant à diminuer le poids des médicaments dans les dépenses de santé sont néanmoins contrebalancées par certains facteurs de croissance persistant :

- le coût élevé des nouveaux médicaments mis sur le marché qui se développent de plus en plus,
- les traitements des affections de longue durée pris en charge à 100 % augmentent chaque année,
- la progression des délivrances des médicaments traitant des pathologies lourdes : VIH, cancers... [17]

Les dépenses dues aux autres biens médicaux consommés en ambulatoire sont pour la moitié attribuées à l'optique, suivi des pansements et petits matériels (25 %) puis viennent enfin les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques [17].

- Les dépenses de prévention

Les mesures de prévention se répartissent en deux types selon qu'elles soient rattachées à un individu (elles sont alors dites « individualisables ») ou à l'ensemble ou à une partie de la population (elles sont alors « collectives »).

La prévention individualisable est également à deux niveaux : toutes les démarches permettant d'éviter les maladies sont dites de niveau primaire. Il faut y ajouter les actions de la protection maternelle et infantile, du planning familial, de la médecine scolaire et du travail. Celles concernant le dépistage sont dites secondaires.

Elles s'élèvent à 5,8 milliards d'euros en 2006, dont plus de la moitié pour la prévention individuelle [18].

- Les autres dépenses pour les malades

Elles regroupent :

- les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement.
- les indemnités journalières maladie, accidents de travail et maternité : les arrêts de travail pour maladie ou accidents de travail sont en diminution du fait de contrôles plus fréquents et plus fermes de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.
- les subventions au système de soins : il s'agit d'une prise en charge partielle des cotisations d'assurance maladie pour les médecins généralistes et spécialistes [18].

- Les dépenses en faveur du système de soins

Les dépenses engendrées par la recherche médicale et pharmaceutique sont estimées à 6,8 milliards d'euros, ce qui correspond à 107 € par habitant. La recherche médicale et pharmaceutique, ainsi décrite, comprend le financement des organismes tels que l'INSERM,

le CNRS... mais également la participation au budget du fond national de la science ou encore les recherches universitaires. Les dépenses générées par la formation des personnels de santé sont également intégrées dans cette catégorie [18].

- Les coûts de gestion de la santé

C'est le regroupement des coûts du ministère chargé de la santé, ceux des organismes de base de la Sécurité Sociale, des organismes complémentaires qui interviennent dans le secteur de la santé ainsi que les institutions privées sans but lucratif (associations caritatives...).

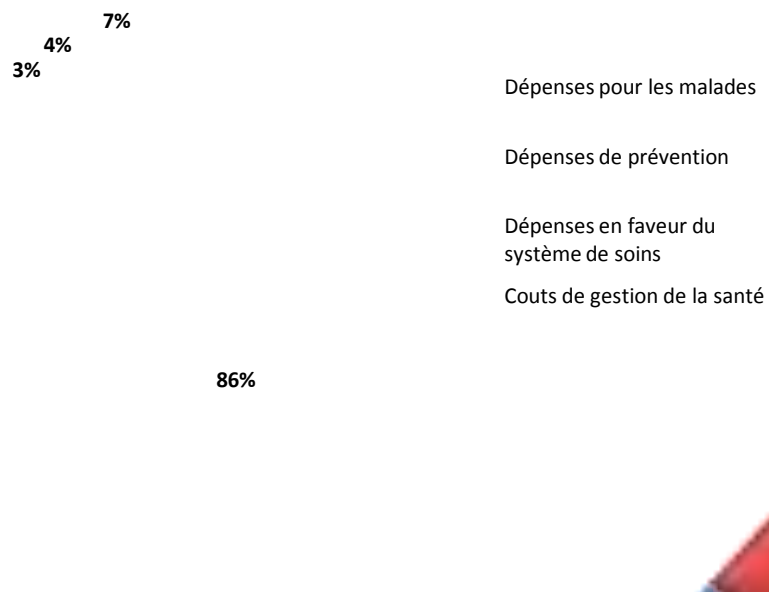


Figure 7 : Dépense courante de santé [18].

Nous pouvons constater que près de 90 % de la dépense courante de santé sont destinés aux dépenses du patient, au sein desquels 80 % des dépenses correspondent aux règlements de soins et bien médicaux [18].

Le système actuellement en place est basé sur le plein emploi. Or, depuis quelques années, en France comme dans bon nombre de pays européens, le taux de chômage est élevé et bien loin d'optimiser le système de santé, il le place en situation déficitaire.

C'est fort de ces constatations que de nombreuses mesures telles que la mise en place de franchises ou le déremboursement de certaines catégories de médicaments ont été mises en place afin d'essayer de rétablir le déficit de la sécurité sociale, estimé pour l'année 2008 à 8,9 milliards d'euros, dont 4,1 milliards d'euros pour l'assurance maladie.

Dans une société française inquiète de l'évolution de la prise en charge de sa santé et une situation économique nationale difficile, nous allons voir quel est le bulletin de santé des officines [15].

II-1.2 Bulletin de santé des officines

Au 1^{er} janvier 2008, on comptait 23 162 officines en France, gérées par 54 437 pharmaciens, titulaires ou adjoints. Ce dernier chiffre tend à augmenter ces dernières années alors que la proportion de pharmaciens d'officine par rapport aux pharmaciens des autres filières décroît.

L'âge moyen des pharmaciens, estimé à 47 ans, augmente, ce qui va accroître les besoins dans les années à venir. Les femmes représentent 65,5 % de la profession en 2008 contre seulement 55 % en 1980 [20].

Au niveau de la répartition géographique des officines, on remarque une disparité de plus en plus marquée. En effet, certaines pharmacies localisées en zone rurale isolée ou urbaine sensible ne trouvent plus d'acquéreur comme le montrent la figure suivante.

A l'heure où des mesures en faveur du maintien à domicile des personnes âgées sont mises en avant, la disparition du service de proximité que représente la pharmacie d'officine pose un problème important pour la profession

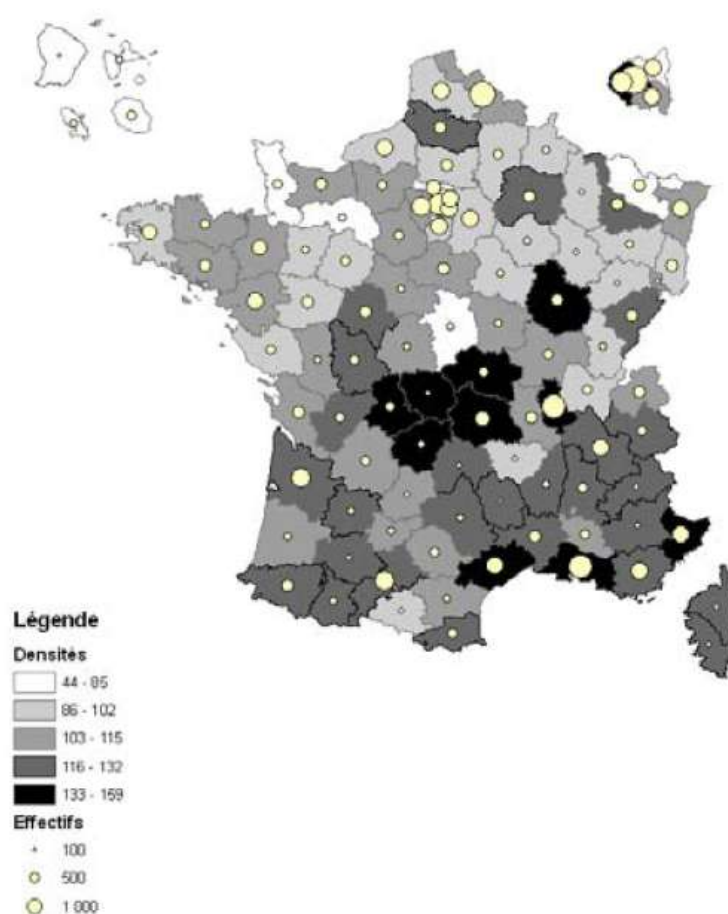


Figure 8 : Densités et effectifs des pharmaciens par département, au 1^{er} janvier 2007 [20]

* Sources : INSEE, DREES

(La densité correspond au nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants).

Le pharmacien a d'un côté un rôle social et de l'autre celui de commerçant. Il doit donc réussir à conjuguer les deux grâce à un équilibre qui lui permet de concilier le conseil et la vigilance scientifique avec le bon fonctionnement de son entreprise.

Les officines sont actuellement évaluées en fonction de leur chiffre d'affaires. Comme le montre la figure suivante, la moitié d'entre-elles réalisent un chiffre d'affaire moyen, compris entre 800 000 et 1,5 millions d'euros.

Le chiffre d'affaires progresse de 2,4 % du fait notamment de l'arrivée dans les officines des médicaments antérieurement réservés à l'hôpital. Le prix de ces derniers est certes très élevé, (entraînant une augmentation du chiffre d'affaire) mais la marge commerciale est faible. Par conséquent, la croissance observée est trompeuse de la tendance actuelle qui tend à montrer un effritement du taux de marge (exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires hors taxe), qui était de 28,46 % en 2003 et est de 27,53 % en 2006 [21].



Figure 9 : Structure des officines en 2006, en fonction de leur chiffre d'affaires (en milliers d'euros)

[21]

* Etude réalisée sur un échantillon de 500 officines, par le cabinet KPMG.

Par ailleurs, la question de l'équilibre des comptes de la Sécurité Sociale est indissociable de l'officine. Comme l'expliquait le ministre de la santé de l'époque, M. Xavier BERTRAND (journée de l'Ordre, 9 novembre 2006) : «Chacun dans notre rôle, nous dessinons l'avenir de votre profession, un avenir qui passe par la réussite de la réforme de l'assurance maladie, par une politique du médicament équilibrée, tournée vers l'innovation et enfin par des missions de proximité de service public et de santé publique sans cesse réaffirmées. Vous êtes au contact quotidien avec nos concitoyens; vous êtes donc aux avant-postes de l'évolution des comportements dans le domaine de la santé. Des bons résultats de l'assurance maladie, l'avenir de votre profession en dépend ».

Quatre vingt pour cent du chiffre d'affaires des officines correspond à des médicaments ou dispositifs médicaux pris en charge par la sécurité sociale. Or, le système de dispensation et de distribution français est estimé très coûteux par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. Il ressort de leur rapport qu'il n'y a pas de raison permettant d'expliquer que la marge des opérateurs (grossistes-répartiteurs et pharmaciens d'officine) soit proportionnelle au prix de la boîte, d'autant plus que ce dernier augmente de manière substantielle.

Cette donnée concernant le coût de distribution du médicament risque d'être parmi les points déterminants pour le maintien de la profession dans les années à venir [17].

L'évolution des dépenses des premiers mois de 2007 a nécessité la mise en place d'un nouveau plan d'économies qui a vu l'apparition d'une franchise, entre-autres sur les médicaments: chaque patient se voyant retenu sur le remboursement de sa consultation médicale, 0,50 € par boîte délivrée ainsi que le déremboursement de certaines classes de médicaments jugées de service médical rendu insuffisant.

Les projections établies pour 2015 par la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) évaluent une progression des dépenses de santé de 50 % : 100

milliards d'euros pour les soins de ville dont 33 milliards pour la pharmacie. Le directeur de la CNAMTS, M. Frédéric VAN ROEKENGEM a précisé trois axes d'action prioritaires: la prévention de l'aggravation des pathologies chroniques, l'organisation du recours au système de soins en fonction des besoins des assurés et l'accroissement de l'efficacité du système de soins pour lequel est mentionné la mise en place concrète des délégations de compétence, notamment pour les pharmaciens.

Enfin, afin de favoriser l'automédication des patients et d'améliorer la concurrence sur les médicaments à prix libres, certains d'entre eux sont devenus en accès libre et doivent donc être placés devant les comptoirs (décret du 1^{er} juillet 2008) [22].

Voyons maintenant les principales causes qui pourraient conduire à la faillite de notre système de santé.

II-2 Les grandes problématiques à résoudre pour permettre la pérennité du système de protection sociale en France

II-2.1 La pénurie annoncée de médecins généralistes

Le renouvellement des médecins spécialistes et généralistes est l'une des préoccupations liées au système de santé les plus médiatisées.

Le vieillissement du corps médical est déjà constaté car l'âge moyen actuel est de 51 ans pour les hommes et 46 ans pour les femmes. La densité moyenne est évaluée à 151 médecins pour 100 000 habitants [23].

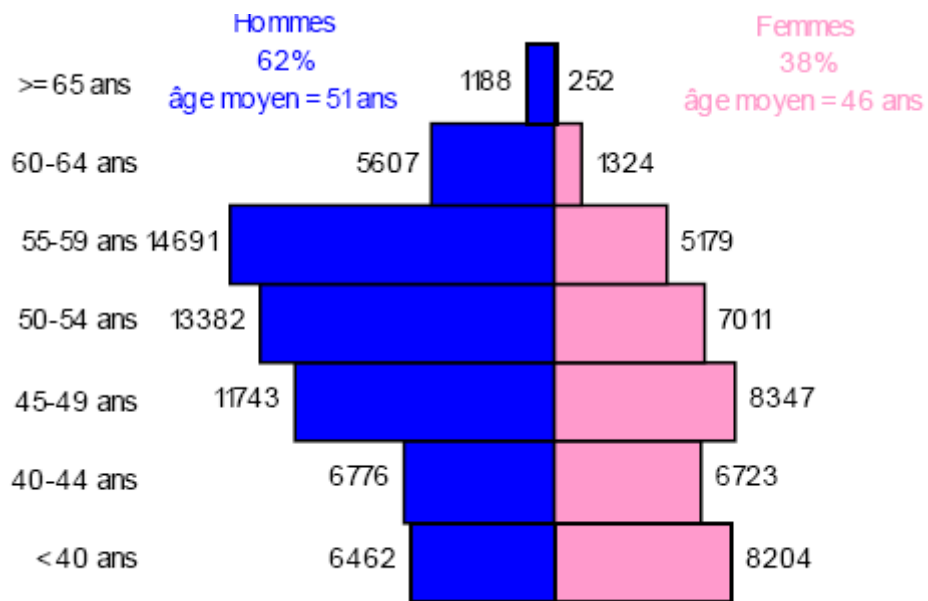


Figure 10 : Pyramide démographique des médecins en France en janvier 2007 [23]

Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2007, Conseil National de l'Ordre des médecins

L'une des causes principales qui ressort est l'allongement des études : il apparaît nettement que l'âge de soutenance de la thèse de Doctorat augmente, se situant actuellement entre 28 et 32 ans, retardant d'autant l'installation.

De plus en plus de diplômes universitaires et inter-universitaires sont proposés pour les jeunes étudiants désireux de se spécialiser, qui s'ajoutent aux années d'internat devenu obligatoire pour tous (la médecine générale est devenue une spécialité).

De plus, l'augmentation du *numerus clausus*, mise en place dans le but d'endiguer ce manque de médecins, a également fait relativement diminuer le niveau des étudiants engendrant ainsi

un nombre de redoublement plus élevé, ce qui provoque un retard d'entrée dans la vie professionnelle :

6 % en PCEM2

6 % en DCEM1

9 % en DCEM2

11 % en DCEM3

22 % en DCEM4*

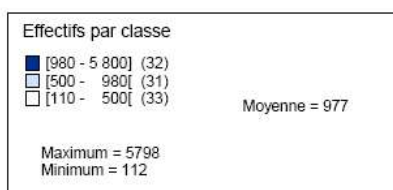
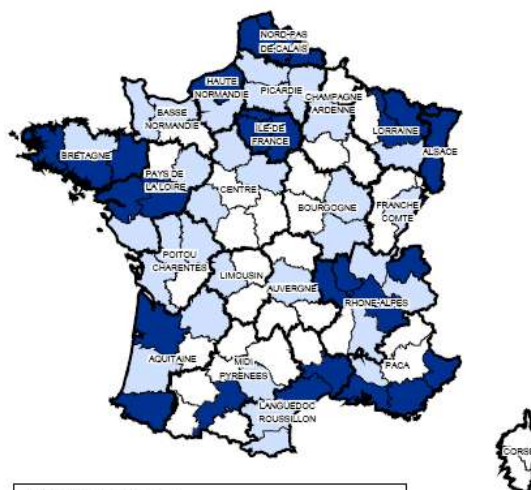
*Pourcentages de redoublement par année, moyenne nationale 2002

Le taux de fuite des études médicales est fixé au niveau national à 5 % sur l'ensemble du cursus des premier et second cycles [23]. Par ailleurs, le domaine de la médecine générale dite de premier recours est délaissé au profit de l'apprentissage d'activités particulières telles que la nutrition, l'homéopathie ou encore l'acupuncture... qui constituent l'engouement pour un exercice original

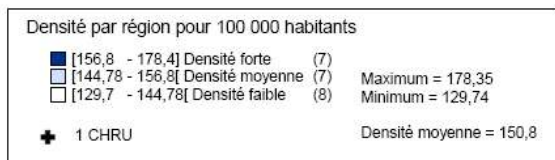
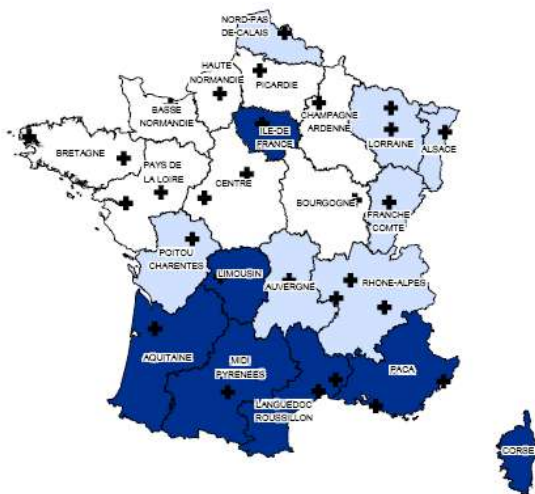
Au niveau de la démographie médicale, de grandes disparités apparaissent. La notion de « médecin de campagne » prêt à aller à toute heure du jour ou de la nuit au chevet de son patient est de moins en moins présente et n'attire pas les jeunes médecins qui préfèrent un cadre de vie plus agréable (régions PACA et Sud-Ouest) et une qualité de vie permettant de concilier vie professionnelle avec vie familiale et loisirs.

Certaines régions ont une densité de médecins faible voire très faible (Centre et Ouest essentiellement) et ne trouvent pas de médecins malgré des offres d'installation alléchantes [23].

Répartition des médecins généralistes par département



Densité des médecins généralistes par région



Evolution des effectifs en médecine générale par région

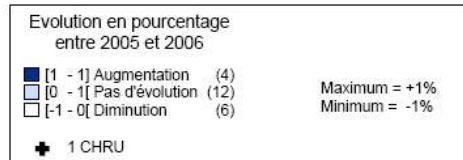
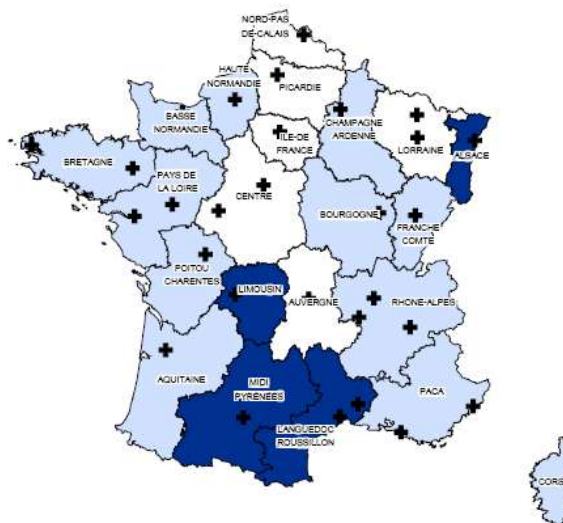


Figure 11 : Répartition géographique des médecins généralistes, en 2007 [24]

Source : Conseil National de l'Ordre des médecins

La féminisation de la profession médicale est moins médiatisée mais tout aussi problématique car on constate que les femmes sont aujourd'hui majoritaires dans le cursus universitaire médical [23].

Des études conduisent à constater que sur les dix années à venir le taux de féminisation des nouveaux diplômés passera de 51 à 60 % pour la médecine générale, de 50 à 55 % pour les spécialités médicales, de 26 à 32 % pour les spécialités chirurgicales, de 54 à 55 % pour la biologie et de 53 à 58 % pour la psychiatrie.

Ces résultats, en terme d'organisation de la profession, posent des questions au moins aussi importantes que la valeur absolue du nombre de médecins formés chaque année [23].

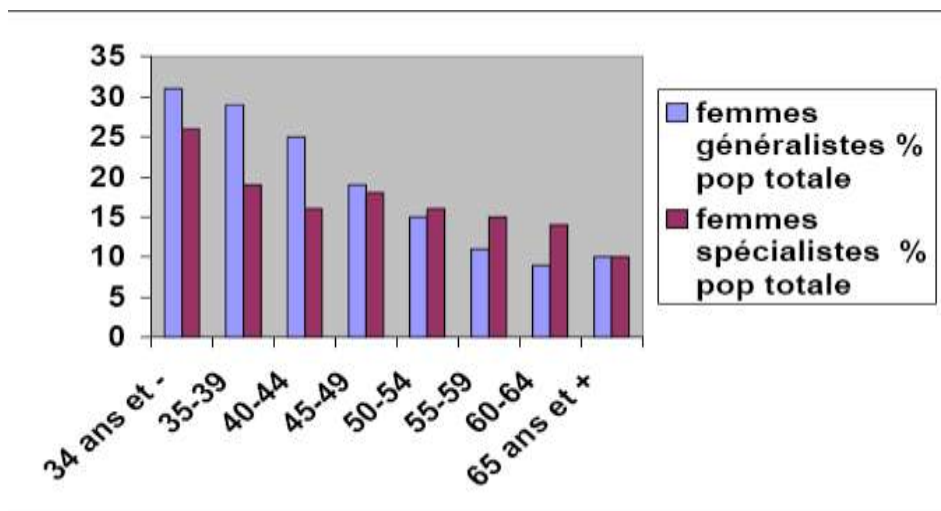


Figure 12 : Répartition des femmes généralistes et spécialistes dans la population médicale totale, en 2002 [23]

Les femmes représentent aujourd'hui 37 % des médecins actifs, avec des taux quasi équivalents entre les omnipraticiens (35,8 %) et les spécialistes (37 %). Il faut remarquer que les femmes sont majoritaires chez les moins de 34 ans (31 % chez les généralistes et 25 % chez les spécialistes) et à parité chez les moins de 40 ans [23].

Contrairement aux années 1980, les femmes ont tendance à se tourner vers la médecine générale. Les projections faites pour l'année 2020 montrent que, pour l'activité libérale, les femmes devraient représenter 45 % de la population médicale.

Enfin il est important de prendre en compte le fait que l'activité moyenne féminine est égale à 70 % de celle de leurs homologues masculins, ceci s'explique par le fait que les femmes travaillent pour 25 % d'entre-elles à temps partiel, soit 28 h en moyenne hebdomadaires et que, lorsqu'elles travaillent à temps plein, elles le font avec une moyenne de dix heures de moins que pour les hommes.

Finalement, il est annoncé d'ici 2020 une baisse de la densité médicale de 20 %, une moyenne d'âge de plus de 55 ans pour 40 % des médecins et donc une féminisation importante de la profession allant encore davantage dans le sens de la pénurie de médecins [23].

II-2.2 Le vieillissement de la population et l'évolution de ses besoins

La population française est aujourd'hui d'environ 63,7 millions d'habitants (63,4 au 1^{er} janvier 2007 pour l'INSEE chiffres 2006 qui viennent d'être publiés). Elle connaît une progression démographique de l'ordre de 0,5 % par an, ce qui place la France dans le peloton de tête des pays européens [26].

Les études prospectives réalisées sur la population française estiment à 64,5 millions le nombre d'habitants à l'aube de 2040, malgré tout une décroissance s'amorcera dès 2036 car les décès dépasseront les naissances.

Cette forte augmentation s'explique par plusieurs facteurs :

- un taux de natalité parmi les plus élevé d'Europe : + 4.7 % en 2000.
- un taux de fécondité de 1.89 enfants par femme ce qui reste inférieur au taux de

remplacement de la population (2 enfants par femme en 2006 source INSEE publiée en janvier 2008).

- un taux de nuptialité qui augmente de 6,6 % par an.

- une espérance de vie qui est passée pour les hommes de 70,2 an en 1980 à 75,2 ans en 2000 et pour les femmes de 78,4 ans en 1980 à 82,7 ans en 2000 ; et qui atteignait en 2007, 77,6 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes.

On peut ainsi, par projection, dire que la génération née en 1993 a une espérance de vie à la naissance de 90,4 ans. Cette élévation de l'espérance de vie est directement dépendante du progrès médical et des améliorations de l'environnement de vie de la population.

Il en découle un constat indéniable : la population sera vieillissante.

En effet, la part de la population des plus de 60 ans sera de 33,5 % en 2040 contre 20,6 % en 2000. La population des 20-59 ans a commencé à diminuer en 2007 et celle des 20-64 ans diminuera en 2012 [26].

La population très âgée, appelée « 4^{ème} âge », passera de 1,2 millions de personnes de plus de 85 ans aujourd'hui à 2,1 millions en 2030 soit 74 % d'augmentation.

La part des personnes de plus de 60 ans se répartira de façon hétérogène sur l'ensemble du territoire : elle sera multipliée par deux en Ile de France, Isère, Haute Savoie et Nord où elle atteindra 20 % de la population, soit le taux national actuel, alors qu'elle atteindra 40 % et plus dans des départements tels la Creuse, la Corrèze, le Lot, le Gers, L'Aveyron, la Nièvre ou l'Indre [26].

Cette situation conduit à une estimation d'évolution de dépenses de santé :

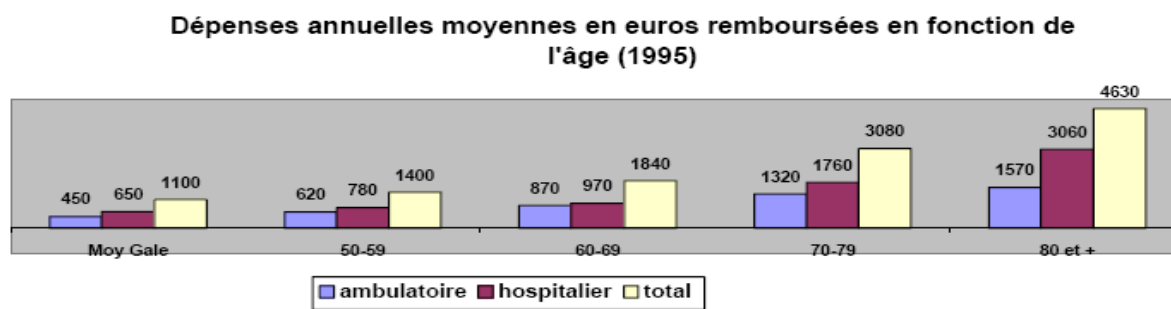


Figure 13 : Dépenses annuelles moyennes, en euros, remboursées en fonction de l'âge (1995) [26]

Source : Caisse Nationale d'Assurance maladie

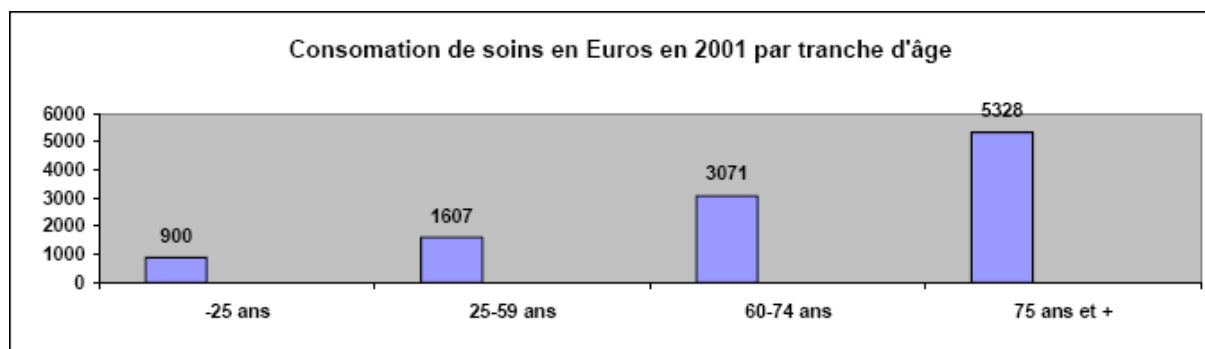


Figure 14 : Consommation de soins, en euros, en 2001 par tranche d'âge [26]

On remarque nettement sur les figures précédentes que les personnes âgées et très âgées génèrent une augmentation relativement importante des dépenses de soins, notamment en termes d'hospitalisation (2 fois plus élevées que la tranche des 60-69 ans).

L'évolution de la population risque donc d'accroître le déficit de la sécurité sociale, étant donné que le prorata du nombre d'actifs vis-à-vis du nombre de retraités sera négatif dans les années à venir (départ en retraite des « baby-boomers »).

Voyons quelques chiffres sur l'évolution économique de la France dans les années à venir :

- le développement de la population exerçant en secteur tertiaire se poursuivra avec stabilisation des effectifs de la population ouvrière,
- la croissance de la richesse sera de 1 % par an par tête,
- la richesse créée par l'emploi continuera de s'accroître de 1,5% par an.

Les disparités de salaires vont continuer à augmenter.

Ainsi cette situation complexe agira directement sur la consommation de soins par le biais de la demande, par deux mécanismes :

- l'enrichissement relatif des populations aisées renforce l'augmentation de la demande des soins.
- les inégalités des revenus, qui sont un facteur explicatif de l'inégalité des états de santé. Prenons quelques chiffres pour illustrer ce constat: pour les pathologies cancéreuses et secondaires à des conduites addictives des disparités régionales apparaissent correspondant à des régions où le taux de chômage est plus élevé : si l'on se base sur un indice 100 de mortalité pour la population française, on retrouve un indice 90 en Midi Pyrénées et 129 dans le Nord pour les hommes, et un indice 92 en Ile de France et 118 dans le Nord pour les femmes [27].

Les pathologies cancéreuses et secondaires à des conditions addictives poursuivront leurs progressions pour représenter les deux principales causes de surmortalité dans l'horizon des années 2010-2030.

De ces différents éléments ressortent les grandes lignes des priorités en matière de politique médico - sociale à développer pour les 40 prochaines années :

- la natalité, car l'amélioration des conditions de prise en charge de la grossesse et de la naissance doivent permettre de mettre la France en situation de mortinatalité minimale,

permettant ainsi à un maximum de grossesses d'être conduites à leur terme, dans des conditions satisfaisantes avec amélioration des dépistages précoces des pathologies.

- les femmes, car l'amélioration de leurs conditions de santé et la réduction des facteurs de risques spécifiques est une condition nécessaire au maintien d'un taux de nuptialité et d'un taux de natalité forts.

- les populations actives et vieillissantes, car la prévention des facteurs de risques favorisant l'apparition d'affections de longue durée et la réduction des risques pathologiques (professionnels par exemple) est un facteur indispensable à une réduction du poids de la pathologie dans le grand âge, de la consommation médicale et socio- médicale.

- les personnes âgées, car leur nombre grandissant est l'élément essentiel déterminant du risque de carence de l'environnement médical. Cette population représente également avec les personnes handicapées l'élément majeur de la dépendance et de sa prise en charge.

- les enfants, puisque à un fort taux de natalité correspond une population de moins de 15 ans importante dont l'éducation à la santé (prévention de l'obésité notamment) et la prise en charge sera essentielle [27].

Un certain nombre de mesures sont déjà prises par les pouvoirs publics afin d'anticiper cette évolution de la population :

- en matière de prévention : cancers, pathologies professionnelles et accidents de travail, handicaps, conduites addictives, pathologies liées à la dépendance, pathologies d'involution cérébrale notamment et la diminution des morts violentes.

- une organisation de soins modifiée: maintien et hospitalisation à domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, accompagnement des pathologies

lourdes, réduction des durées de séjour hospitalier (essentiellement en chirurgie et obstétrique) et développement de politique de réseaux.

- évaluation et information sur les risques pathogènes : SIDA, prions, SRAS, accroissement des allergies respiratoires, cutanées ou encore alimentaires ... pathologies liées aux nouvelles technologies, à l'environnement ... [28]

II-2.3 Diminution des marges, médicaments en libre accès, ouverture possible des capitaux... les diverses difficultés des officines

La Commission européenne a engagé en mars 2007 une procédure d'infraction contre la France concernant la propriété des pharmacies. Cette "*lettre de mise en demeure*" est une première étape pouvant aboutir à une saisie de la Cour européenne de Justice.

Dans ce document, Bruxelles s'attaque aux contraintes d'actionnariat imposées par l'Etat français aux professionnels souhaitant ouvrir une pharmacie. La France interdit notamment qu'un même titulaire puisse posséder plus d'une pharmacie et exige que le propriétaire d'une officine soit un pharmacien. Deux conditions qui empêchent la détention de pharmacies par de grands groupes de distribution. Pour le moment, chaque officine française doit être financée par un ou plusieurs pharmaciens.

Il n'en reste pas moins que la demande est forte de la part des investisseurs pour entrer dans le capital des officines: les grossistes répartiteurs en première ligne, suivis par les fonds de pension ou encore les laboratoires pharmaceutiques et les assurances privées [27].

Un certain nombre de pharmacies ont actuellement des difficultés à trouver un repreneur. Ceci s'explique à la fois par l'augmentation de l'âge moyen des titulaires ainsi que par le prix de vente relativement élevé des officines (entre 90 et 100 % du chiffre d'affaires). Malheureusement, ces données jouent en faveur de l'ouverture du capital des officines. Le

pharmacien aurait alors une toute autre place: il se verrait attribuer un statut de salarié ou gérant et donc, comme dans toute entreprise, le souci de rentabilité n'en sera que plus grand.

Or, l'officine n'est pas une entreprise comme les autres. L'interrogation qui demeure est de savoir ce que deviendront alors les conditions de qualité de conseils, de délivrance et de sécurité. Les objectifs ne deviendront-ils pas uniquement la vente, le chiffre d'affaires et le bénéfice ?

Le monopole pharmaceutique risque également d'évoluer à plus ou moins long terme. En effet, deux grands changements ont bouleversé le monde de l'officine : le premier est l'offensive de M. Leclerc qui, par l'intermédiaire de tous les moyens de communication actuels (télévision, presse écrite, internet et radio), a lancé une campagne nationale afin d'obtenir certaines classes de médicaments au sein de ses parapharmacies.

Cette démarche est dans la continuité des plaintes émanant de l'Europe, reçues par la France pour le non respect du Traité de Rome et pourrait engendrer à terme une brèche dans le monopole, entraînant ainsi l'arrivée de certains principes actifs dans la grande distribution.

Un second changement important, survenu en juillet dernier, vient appuyer cette crainte, à savoir le passage en libre accès de certains médicaments délivrés dans le cadre de l'automédication. Théoriquement mis en place pour favoriser l'automédication et la concurrence des prix, cette réforme ne peut-elle pas également engendrer des comportements addictifs à certains médicaments (par exemple l'obtention d'un effet de sédation avec le FERVEX®) ou des interactions médicamenteuses et entraîner des arrêts de travail ou des hospitalisations ? [27]

Par ailleurs, le service de proximité apporté par le maillage territorial est, lui aussi, revu. Les regroupements ou les fusions d'officines vont être favorisés et les créations fortement limitées. Il est estimé qu'actuellement sur le réseau français, il y aurait 500 officines surnuméraires avec une prédominance en ville. On estime en moyenne qu'un français peut

trouver une pharmacie dans les 6 km autour du lieu de son domicile. La question qui se pose est qu'avec un éventuel regroupement d'officines, la distance à parcourir pour accéder à une pharmacie ne risque-t-elle pas d'augmenter? [22]

Enfin, les réformes successives de déremboursement de certaines classes de médicaments et de diminution des marges arrières, l'obligation de délivrance des génériques dont les remises financières sont moins importantes, la diminution du nombre de prescriptions ou encore le durcissement des conditions de vente appliquées par les laboratoires provoquent une diminution globale des marges officinales estimée à 2,8 % en 2006. Ces changements apparus dans l'économie interne des pharmacies provoquent la mise en difficulté de certaines d'entre-elles et pourraient à court ou moyen terme engendrer leur fermeture, notamment dans des zones déjà touchées par le désert médical.

Malgré les difficultés qu'il peut rencontrer le pharmacien est un acteur important de la chaîne de soins et, à ce titre, a différents rôles à jouer qui font appel à l'ensemble de ses compétences [28].

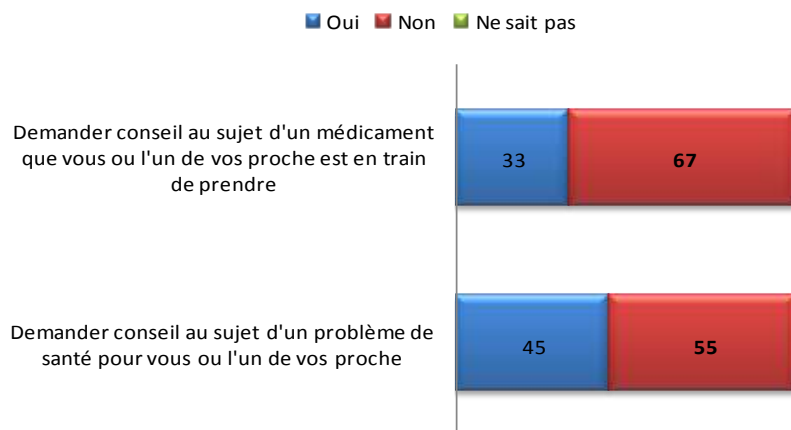
II-3 Des connaissances théoriques aux applications pratiques, quels sont les différents rôles du pharmacien qui en découlent ?

II-3.1 Impressions du patient vis-à-vis du pharmacien

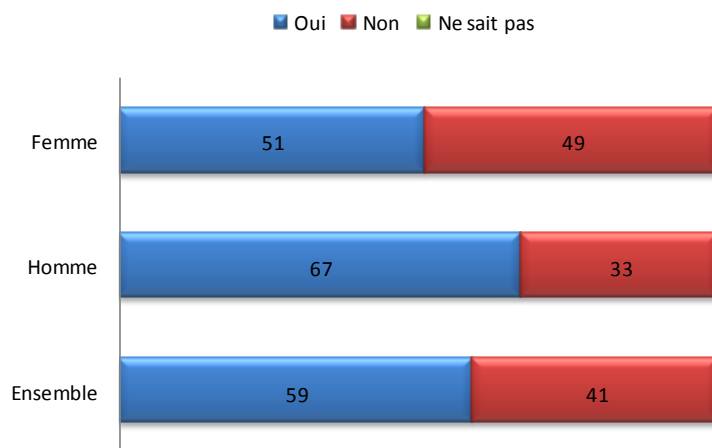
La manière dont le public perçoit le pharmacien est une question importante pour la profession. En effet, à l'heure où des mesures en faveur de la réduction des dépenses de la Sécurité Sociale faisant participer financièrement le patient sont mises en place, le ressenti de la population par rapport au pharmacien est d'autant plus mis en exergue.

Voyons ensemble l'étude IPSOS réalisée en 2008 sur le thème « le français et son pharmacien » :

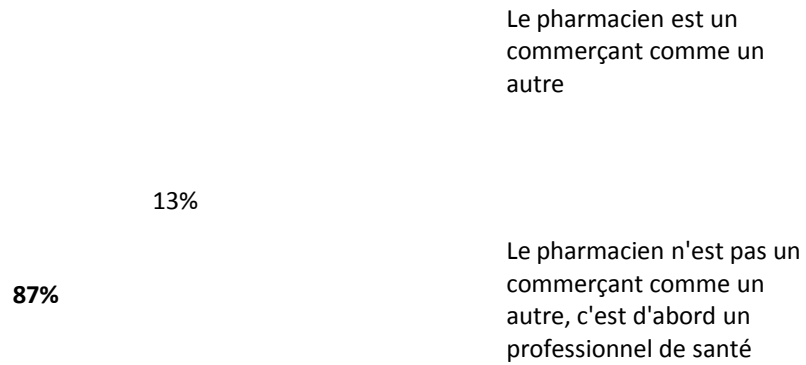
- Est-ce qu'il vous arrive de vous rendre dans une pharmacie sans vouloir acheter de médicament mais pour ... ?



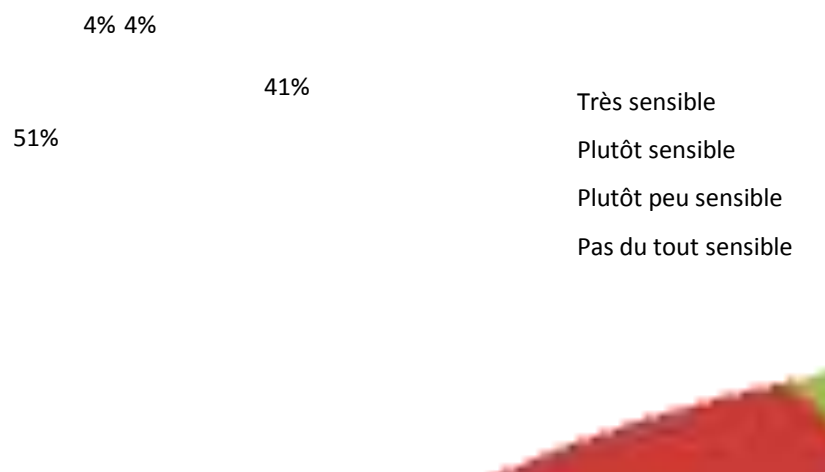
- Est-ce qu'il vous arrive de ressortir de votre pharmacie sans avoir acheté de médicament ?



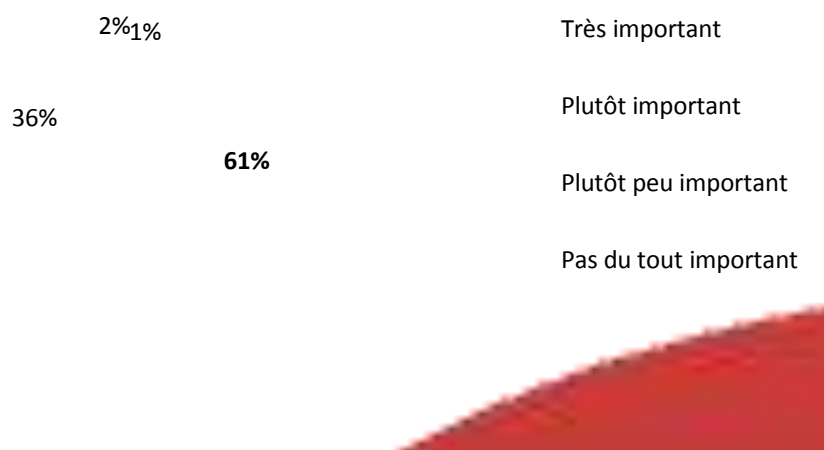
- Avec laquelle de ces deux opinions êtes vous le plus d'accord ?



- Diriez-vous que vous êtes très sensible, plutôt sensible, plutôt peu sensible ou pas du tout sensible au fait que votre pharmacien puisse vous fournir des conseils quand il vous délivre des médicaments ?



- Est-ce pour vous très important, plutôt important, plutôt peu important ou pas important du tout d'avoir une pharmacie près de chez vous ?



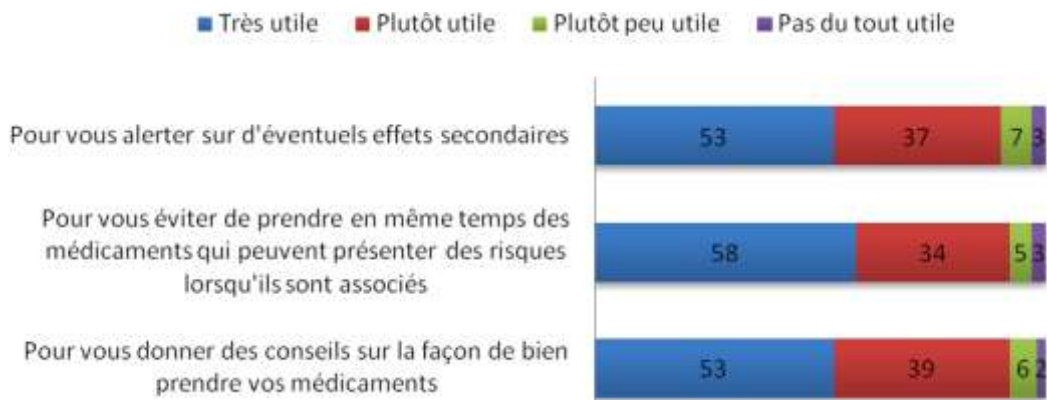
- Aujourd'hui, les médicaments ne peuvent être vendus que dans les pharmacies. Si demain, on autorisait leur vente dans les grandes surfaces, à prix équivalent, préféreriez-vous acheter vos médicaments dans une pharmacie ou dans une grande surface ?



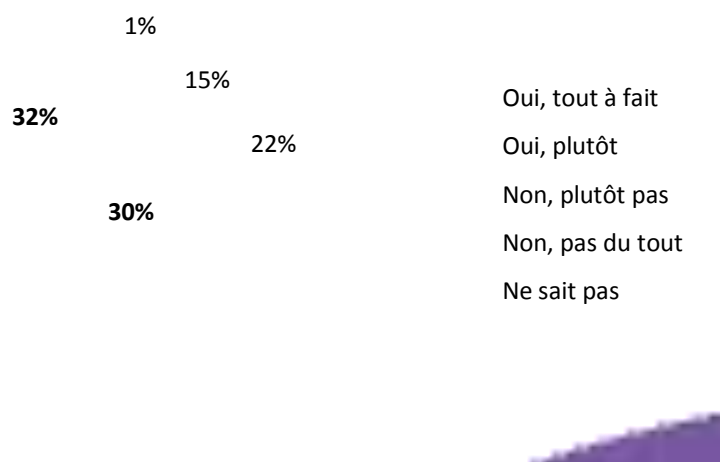
- Etes-vous d'accord ou pas d'accord avec les opinions suivantes concernant des médicaments ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le conseil du pharmacien est toujours préférable pour éviter les risques liés au médicament			78	19 21
Même s'il s'agit de médicaments vendus sans ordonnance, il est essentiel de connaître les précautions d'usage			83	15 11
Les médicaments, sont des produits actifs qui présentent certains risques			77	20 21

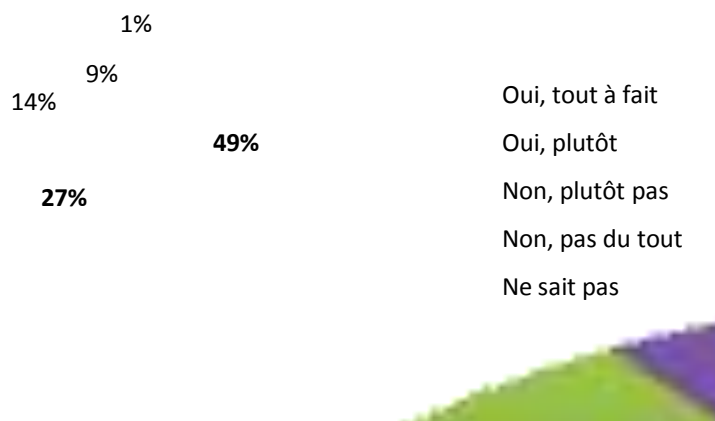
- Dans chacun des domaines suivants, diriez-vous que votre pharmacien a pour vous un rôle très utile, plutôt utile, plutôt peu utile ou pas du tout utile ?



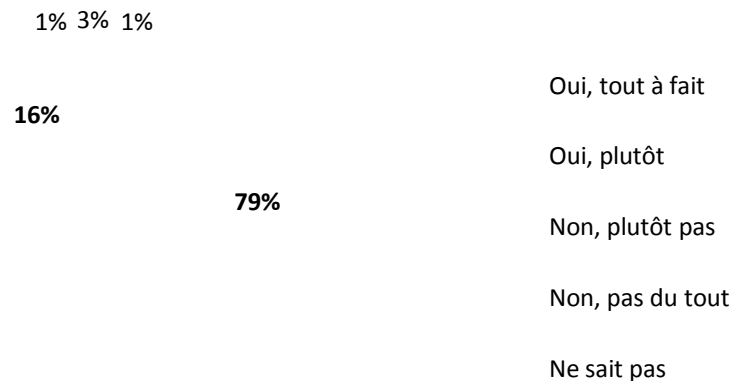
- Etes-vous favorable au fait de pouvoir acheter certains médicaments « en libre accès » dans la pharmacie, sans avoir à les demander à un pharmacien ?



- Selon vous, est-ce que le fait d'acheter certains médicaments ailleurs que dans les pharmacies en libre service (grande distribution...), ferait peser plus de risques sur votre santé, par rapport à la situation actuelle où c'est le pharmacien qui délivre les médicaments ?



- D'après vous, est ce que les pharmaciens sont une meilleure garantie de la lutte contre les faux médicaments (contrefaçons), par rapport à d'autres formes de commerce (Internet ou la grande distribution) ?



Il ressort de cette étude que le pharmacien est avant tout perçu comme un personnel de santé avec, au centre de ses activités, son rôle de conseil sur les pathologies ou sur les médicaments, pouvant même provoquer chez le patient une demande de renseignements médicaux sans nécessairement un achat postérieur.

Cette demande médicale, mais également sociale, est d'autant plus forte dans les classes de population ayant un bas revenu ou un faible niveau d'instruction.

Les patients se sentent rassurés par les conseils ou précautions d'emploi préconisés lors de la délivrance de médicaments.

La proximité des officines est également un facteur important pour le patient, que ce soit en milieu urbain ou rural ; le maillage officinal représente donc un point fort pour la profession.

Finalement, les éléments forts de la relation entre le patient et son pharmacien sont la compétence du pharmacien à conseiller, la sécurité vis-à-vis des interactions médicamenteuses, des contre-indications ou encore de la contrefaçon, et enfin la proximité des officines et leur amplitude horaire importante qui les rendent plus accessibles.

En ce qui concerne la notion de « pharmacien prescripteur », une étude réalisée par des étudiants du master marketing de la santé de Paris VI en janvier 2008, montre que si d'un côté 8 pharmaciens sur 10 se voient déjà prescripteurs dans un avenir proche, 64,3 % des patients sont opposés à la prescription des pharmaciens pour les médicaments listés mais 59,3 % accordent leur confiance pour les médicaments non listés. Par ailleurs, ils sont majoritairement favorables au fait que les pharmaciens puissent suivre leur dossier pharmaceutique.

Nous allons donc voir plus en détails chacun des rôles joué par le pharmacien.

II-3.2 Historiquement, la fonction principale du pharmacien est la délivrance de médicaments, qu'en est-il aujourd'hui ?

Le mot « pharmacien » vient du grec « Pharmakon », signifiant à la fois remède et poison, celui qui connaît et détient des substances actives dont le pouvoir thérapeutique peut se doubler d'une toxicité non négligeable.

A cette époque et jusqu'au développement de l'industrie pharmaceutique, le pharmacien préparait et délivrait l'ensemble des médicaments selon la formule précisée par le médecin.

Actuellement, le rôle du pharmacien s'est recentré sur la dispensation par le fait de l'accroissement de l'industrialisation et des difficultés rencontrées lors de la réalisation des préparations : laboratoire répondant aux normes, stock important de matières premières et nécessité de formation approfondie du personnel.

Comme le précise le code de la déontologie des pharmaciens (article R4235-48 du code de la santé publique), la dispensation ne se limite pas à la simple délivrance : « Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance [30] :

1°) une analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale, si elle existe.

2°) la préparation éventuelle des doses à administrer.

3°) la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage des médicaments ».

Ce rôle de l'officinal est au cœur des préoccupations actuelles puisque la Haute Autorité de Santé estime entre 10 et 15 % le coût humain et économique de la non-qualité (les infections nosocomiales, les événements indésirables, les hospitalisations inappropriées et les sous-utilisations des ressources) pour notre système de santé. De même, les chiffres concernant la iatrogénie sont éloquentes. On en distingue deux types : la iatrogénie « inévitable » directement imputable au médicament (effets indésirables inattendus et/ou imprévisibles, situation d'impasse thérapeutique) et la iatrogénie évitable (mauvaise indication, non-respect d'une contre-indication, posologie excessive, durée trop longue du traitement). Elles sont réparties à 50 % environ chacune.

En France, on estime à 128 000 le nombre annuel moyen d'hospitalisations dues à un effet indésirable médicamenteux, ces hospitalisations correspondant à 1 146 000 journées de prise en charge [17].

La profession ayant pris conscience de son rôle pour palier à ces risques liés à un mésusage du médicament et évitables, a mis en place un ensemble de démarches de qualité touchant l'ensemble de ses domaines de compétences.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit l'assurance qualité comme étant un ensemble de pratiques mises en œuvre pour gérer et améliorer l'action de telle sorte que les soins prodigués soient aussi efficaces et sûrs que possible.

C'est ainsi qu'est apparue la notion de pharmacien responsable de l'assurance qualité qui a pour objectif l'homogénéité dans la prise en charge globale d'un patient par l'équipe officinale. Tout le personnel de l'officine doit se sentir investi dans cette recherche d'amélioration des soins : de la femme de ménage aux préparateurs et pharmaciens, elle passe par l'application du référentiel des Bonnes Pratiques, ensuite réadapté à chaque profil d'officine.

Après quelques années d'exercice officinal ou du fait de l'évolution rapide de la thérapeutique, l'équipe officinale n'a pas nécessairement toujours les bons réflexes: vérification de la validité de l'ordonnance, de la concordance du traitement, des règles de dispensation ou encore de la confidentialité (est-ce ou non la personne concernée par la prescription qui vient chercher les médicaments ?) lors de la délivrance. Pour remédier à ces différents problèmes, des protocoles répondant aux critères de qualité (système QQQQCP par exemple, c'est-à-dire qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi) sont rédigés, de manière ludique (figure 15) ou sous la forme d'un organigramme (figure 16).

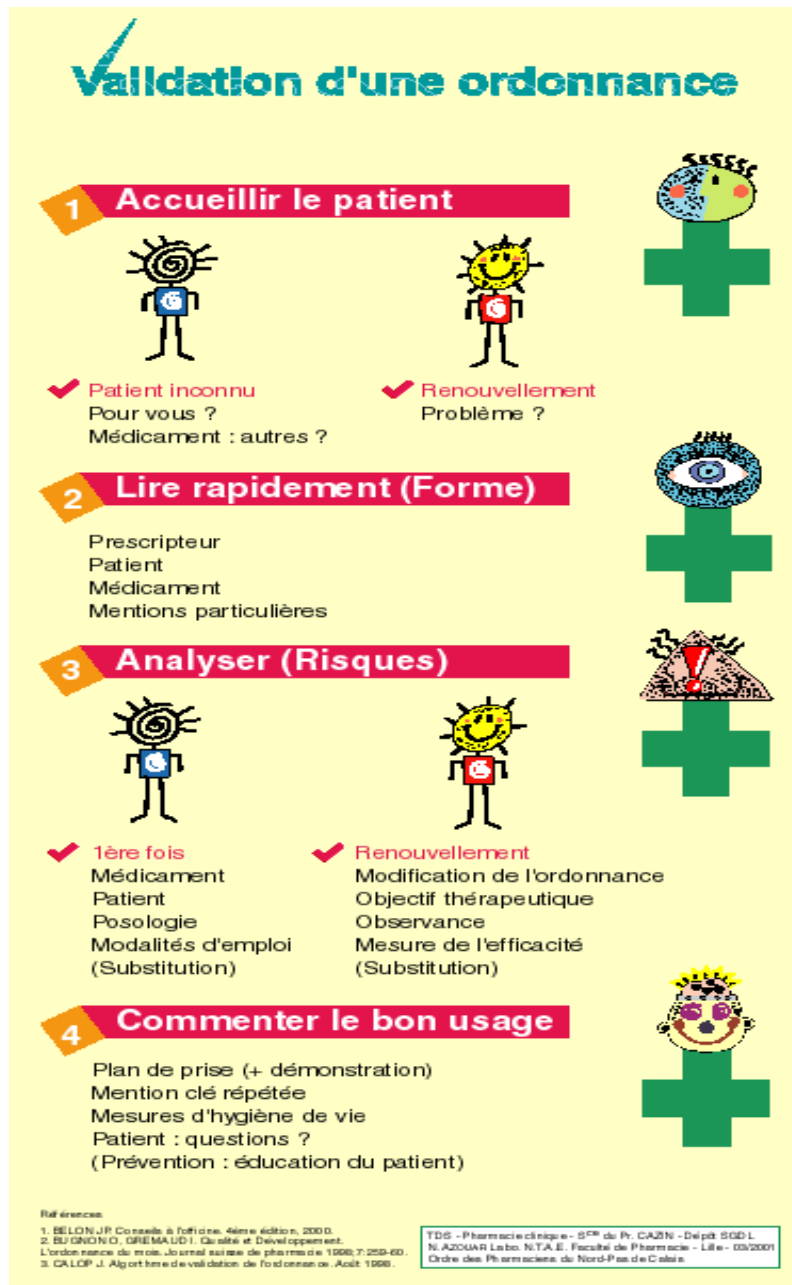


Figure 15 : Protocole de qualité « Validation d'une ordonnance » [31]

(Source : CESPARM)

Objectifs	Décrire la méthodologie standardisée à suivre pour éviter les erreurs dans la dispensation des stupéfiants
Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> . Le pharmacien titulaire ou son adjoint . Les préparateurs et les étudiants en pharmacie, à partir de la 3ème année (sous le contrôle du pharmacien)
Quoi ?	. Délivrance des médicaments antalgiques classés comme stupéfiants et ou soumis à la réglementation des stupéfiants (conformément à la nouvelle réglementation du 5 février 2007)
Où ?	. Au comptoir, après avoir pris les produits dans l'armoire des stupéfiants
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> . Sur présentation d'une ordonnance . A réception d'un fax (en garde)
Comment ?	<p><i>1) Vérifier la recevabilité de l'ordonnance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> . Ordonnance sécurisée soit avec un filigrane, une pré impression en bleu du nom du prescripteur [médecin, vétérinaire, sage femme (Chlorhydrate de morphine, amp. injectables de 10 mg, dans la limite de 2 ampoules par patiente), dentiste (nécessaire à l'exercice de l'art dentaire)], de son titre, de son adresse, de son téléphone et de son n° Adéli, numéro de lots des ordonnances, 2 carrés emboîtés à droite faits de micro lettres) + signature du médecin sous la dernière ligne. . Nom du patient + âge si enfant ou la mention « usage professionnel » . Prescription en toutes lettres . Date <ul style="list-style-type: none"> - <i>Chevauchement</i> avec une autre ordonnance (historique du patient ou registre des ordonnances anciennement appelé ordonnancier) : Absence ou Mention expresse du médecin - <i>Date de présentation</i> : maximum 3 jours <p style="text-align: center;">Si plus de 3 jours : calculer le nombre de jour restants à délivrer</p> <p><i>Si suspicion de falsification</i> (rare pour les antalgiques) : téléphoner au prescripteur pour s'en assurer (discrètement de préférence, donc attention aux téléphones sans fils), ne pas délivrer tout ou partie de l'ordonnance (ligne ajoutée par exemple) mais dépanner d'au moins une dose d'antalgique, mettre sur l'ordonnance : refus de délivrance + timbre de l'officine + date du jour, rester factuel en expliquant que l'ordonnance n'est pas correcte et qu'il faut retourner chez le médecin s'il veut une délivrance plus complète. Ajouter un commentaire dans la fiche patient. Garder une copie de cette ordonnance anotée.</p> <p><i>En garde, une ordonnance faxée peut être honorée</i> à condition qu'elle comporte le numéro imprimé du fax émetteur, les coordonnées complètes du médecin dont le numéro de téléphone de garde, le nom de la pharmacie destinataire, l'identité du patient, la date et l'heure de prescription. Elle est valable jusqu'à la fin du service de garde. En complément, un contact téléphonique entre le médecin et le pharmacien est préférable.</p> <p><i>2) Patient ou mandataire</i></p> <p>L'identité du patient, et du porteur de l'ordonnance si ce n'est pas le patient, sont notées sur l'ordonnancier avec son adresse (reporter également les références de la justification d'identité qui doit être demandée si la personne est inconnue du dispensateur). Le sachet sera ensuite fermé si le mandataire n'est pas un proche. Si c'est un enfant, envisager une dispensation à domicile et s'assurer préalablement de la légitimité du demandeur en téléphonant à son ordonnateur.</p> <p><i>3) Sortir la quantité adéquate de médicaments</i> pour la durée restante et selon la règle de durée maximale de prescription</p> <ul style="list-style-type: none"> - 28 jours soit tous sauf la péthidine et la morphine hors administration automatisée (cf. en annexe, la liste des médicaments classés stupéfiants) - avec ou sans fractionnement selon les produits (annexe) et sauf mention expresse du médecin : délivrance en une seule fois . <p><i>Déconditionner si nécessaire.</i></p>

	<p>Mentionner à l'extérieur du conditionnement incomplet gardé dans la pharmacie une croix pour repérer qu'il est incomplet et indiquer le nombre d'unités thérapeutiques restant. Si une préparation contient un stupéfiant, inscrire la sortie de matière première sur le registre des stupéfiants et inscrire la préparation sur le registre spécifique (voir la procédure préparations magistrales).</p> <p>4) Inscrire la quantité délivrée en toutes lettres sur l'original de l'ordonnance par UNITÉS DE PRISE ainsi que la date, le numéro d'ordonnancier et le timbre de l'officine et une éventuelle substitution.</p> <p>5) Sur les boîtes</p> <p>5.1 Vérifier le bon dosage par rapport à la prescription en prenant la boîte</p> <p>5.2. Mettre le tampon + le numéro de registre des ordonnances + posologie</p> <p>5.3. Barrer la vignette</p> <p>5.4. Ranger les boîtes dans un sachet opaque + dernier contrôle et le fermer.</p> <p>6) Faire une photocopie de l'ordonnance y compris vétérinaire ... qui sera archivée par l'ordre défini par la pharmacie. Cet ordre est libre depuis le 5 février 2007 mais il peut être pratique de conserver l'ancien ordre alphabétique de médecin pour garder une cohérence. Rendre l'original au malade, même lors de délivrances fractionnées (sauf demande express du patient) après avoir facturé.</p> <p>7) Facturation</p> <p>Lors de fractionnements ne facturer que ce qui est délivré. Il est acceptable de facturer toute une boîte lors d'une délivrance partielle suite à un délai de présentation supérieur à 3 jours et d'affecter les comprimés restant au stock à détruire. Le fractionnement n'est pas une opération facturée. On peut également tarifier en PMR au prorata du nombre d'unités délivrées. Dans ce cas, il convient de créer une unité de vente pour utiliser la gestion informatique via l'ordonnancier. Définir une politique unique au sein de l'officine.</p> <p>Si elle est nécessaire, une photocopie peut être facturée 0.15 centimes d'euros pièce, suivant le tarif prévu par la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.</p> <p>8) Délivrer les conseils de bon usage</p> <p>8.1 Outre les conseils comme pour tout médicament,</p> <ul style="list-style-type: none"> . Demander de rapporter les patchs usagés (expliquer comment les ranger) et les comprimés non utilisés à la fin du traitement ou en cas d'interruption (conseil de précaution et non condition nécessaire à la poursuite de la délivrance). . Proposer un calendrier avec les dates de consultation et de visites à la pharmacie pour éviter les chevauchements ou être à court lors de traitements prolongés (certaines dorsalgies ...) <p>8.2 Si le patient part en voyage à l'étranger</p> <ul style="list-style-type: none"> . Vérifier que le patient a pris les dispositions nécessaires. . Sinon, lui proposer de l'aider pour accélérer la procédure si nécessaire. <p>9) Renseigner le registre des ordonnances, s'il est manuel : après le départ du patient.</p> <p>10) Inscrire, à chaque sortie, les quantités délivrées EN UNITÉS DE PRISE sur le registre des stupéfiants (ni coté ni paraphé par le maire) + nom et adresse du malade + nom et qualification du prescripteur + nom et adresse de l'éventuel mandataire + date.</p> <p>11) Approvisionnement et balance quantitative : voir procédure « Stupéfiants : commande – gestion - stock »</p>
<p>Contrôles de qualité et traces</p>	<p>Ordonnancier ou registre des ordonnances (garder 10 ans). Si informatisé, il doit satisfaire aux exigences suivantes garanties par l'informaticien prestataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la modification des données après enregistrement ne doit pas être possible ; - une édition immédiate doit pouvoir être faite à la demande avec le nom et l'adresse de la pharmacie sur chaque page ; - il doit y avoir une duplication pour sauvegarde (10 ans) sur 2 supports distincts, l'un de travail et l'autre d'archivage, garantissant, l'intégrité et la

<p>pérennité des données ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - les données archivées doivent pouvoir être accessibles, consultées et exploitées pendant 10 ans ; - Édition des enregistrements par période maximale de 1 mois ; - Éditions pouvant être classées par patient, par médicament et par ordre chronologique. <p>Boîtes</p> <p>Copies des ordonnances (3 ans), l'original est remis au patient.</p> <p>Calendrier de délivrance éventuel</p>

Figure 16 : Protocole de délivrance des médicaments antalgiques classés comme stupéfiants [32]

(Source : Faculté de pharmacie de Lille)

Le développement de l'opinion pharmaceutique écrite, adressée au médecin prescripteur visant à éviter un effet iatrogène (posologie inadaptée, interactions médicamenteuses, contre-indications, effets indésirables...) va également dans le sens de l'optimisation des soins et la sécurité du patient.

Finalement, comme il est écrit dans l'ouvrage OMS/FIP sur le thème de la thérapeutique médicamenteuse : « sur les quarante dernières années, le rôle du pharmacien est passé de fabricant et dispensateur à celui de gestionnaire de la thérapeutique du médicament ». C'est dans ce contexte que s'est beaucoup développée la notion de conseils.

II-3.3 La substitution et le conseil au cœur du métier de pharmacien

Automédication, génériques, libre accès des médicaments... sont des termes récurrents souvent associés à l'actualité pharmaceutique. Nous allons donc voir ce qu'il en est exactement.

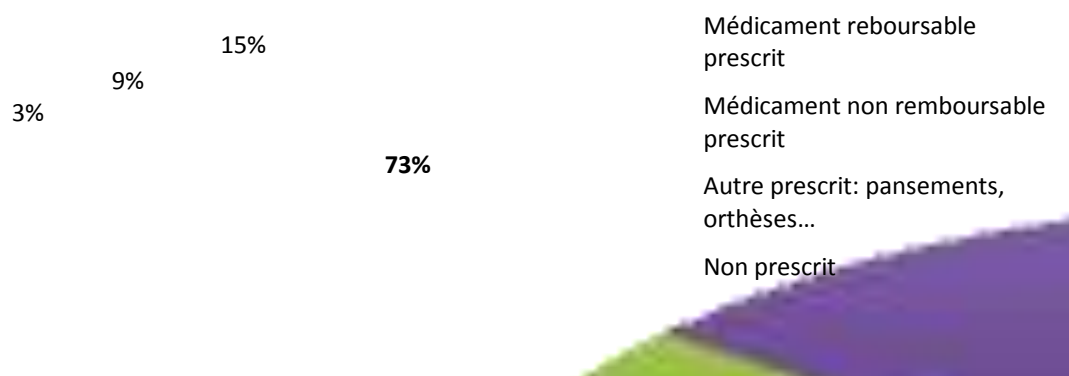


Figure 17 : Répartition des types de vente en officine, en 2006 [27]

*Source : FSPF d'après Pharmastat

Le chiffre d'affaires est réalisé à hauteur de 73 % (figure précédente) par les médicaments prescrits et remboursés pour lesquels nous venons de voir les dispositifs de qualité mis en place afin d'éviter la iatrogénie. En seconde ligne, il est important de favoriser l'observance de ces traitements, notamment par une information claire et suffisante au patient.

En effet, à l'heure où les moyens d'information sont nombreux (internet, magazines...), bon nombre de patients ne savent pas nécessairement dans quel but leur est donné leur traitement. Chez les personnes âgées notamment, il n'est pas rare d'entendre « Je prends tous mes médicaments le matin pour être sûr d'y penser et puis ainsi, je n'ai pas besoin de m'en occuper dans la journée... ». C'est alors que peuvent se poser des problèmes de pharmacocinétique ou encore d'interactions médicamenteuses. Le conseil apporté au patient sur la nécessité de la bonne observance de son traitement semble primordial afin d'obtenir son adhésion au traitement.

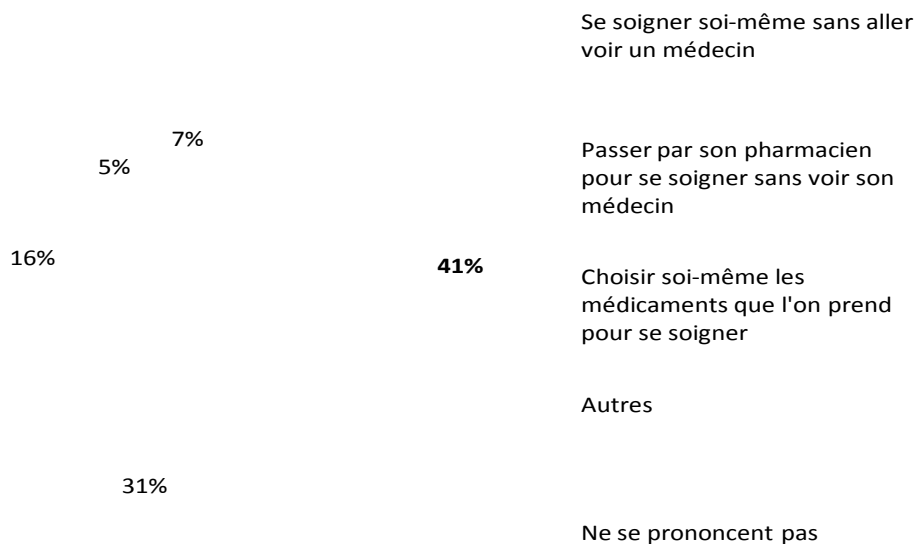
Pour presque 30 % des français, c'est la disponibilité et le conseil qui sont les principaux critères de choix d'une officine vis-à-vis d'une autre. Le pharmacien, en effet, présente des

connaissances scientifiques du médicament et représente un gage de sécurité pour le patient [32].

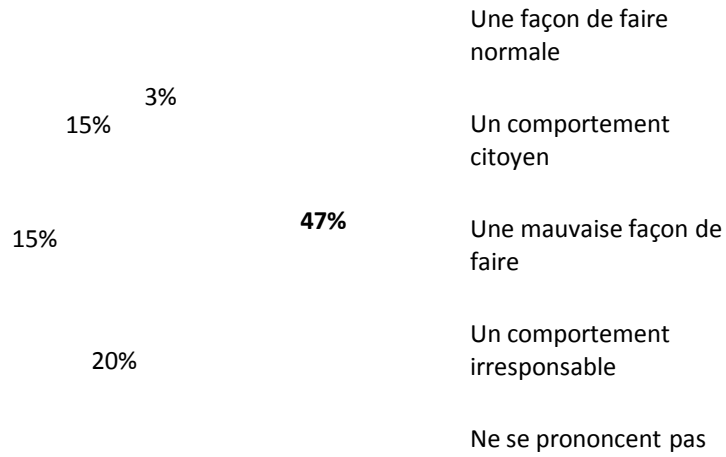
La part des médicaments non prescrits, représentés à 75 % par l'automédication tend à augmenter de manière non négligeable chaque année, +11,2 % par rapport à 2005. Elle est notamment le résultat de la volonté de réduire les dépenses de l'assurance maladie et par ailleurs, elle est une réponse au souhait d'autonomie du patient. Il est donc important de noter que l'automédication n'est pas une catégorie de médicaments mais bien un comportement d'accès aux soins [33].

Nous allons étudier les résultats d'une enquête CSA/CECOP, réalisée en 2007 sur un échantillon de 1100 personnes réparties par quotas : sexe, âge, situation géographique et professionnelle

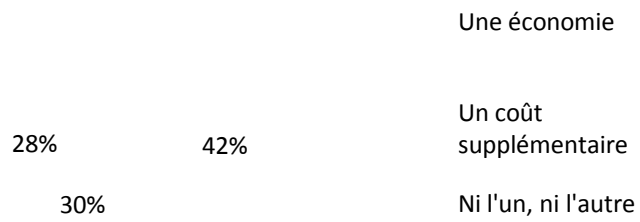
Pour vous, l'automédication signifie :



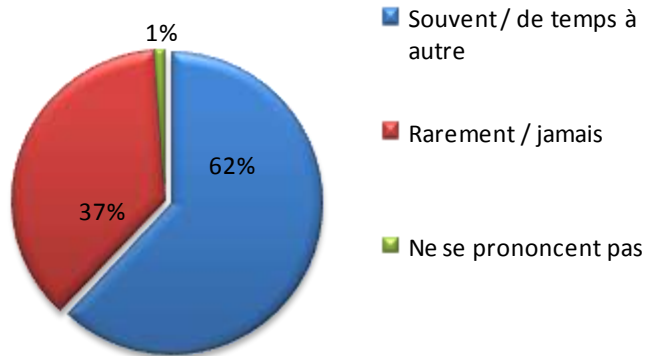
Pour vous, se soigner sans voir le médecin pour des maladies bénignes, est-ce...?



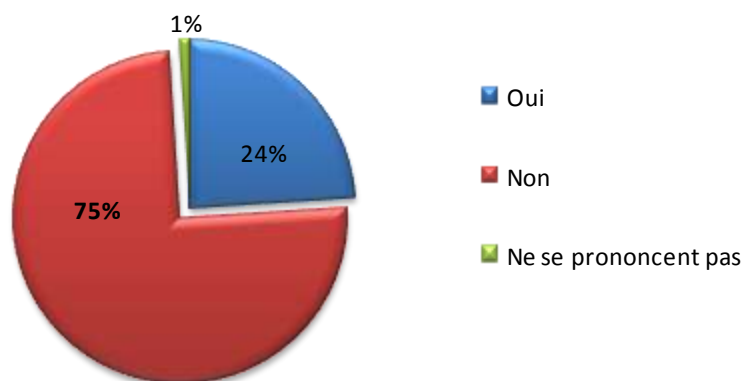
Pensez-vous que se soigner seul pour des maladies bénignes représente pour ceux qui le font... ?



Vous arrive-t-il de vous soigner (vous-même ou vos enfants) sans consulter un médecin ?



A l'avenir, seriez-vous prêt à acheter des médicaments ailleurs qu'en pharmacie... ?



Pour les Français, se soigner consiste avant tout, à aller chez le médecin. Dans ces conditions, l'automédication signifie à leurs yeux de ne pas passer par cette étape; le recours aux autres professionnels de santé apparaît comme moins important. D'un autre côté, près d'un tiers des Français (30 %) pensent que l'automédication consiste à passer par l'intermédiaire du pharmacien pour se soigner, en prenant ses conseils. Ceux qui pratiquent le moins l'automédication insistent davantage sur cet aspect. Parmi ceux qui portent le jugement le plus favorable sur l'automédication, les classes d'âges intermédiaires d'actifs (25-50 ans), les cadres et les professions intermédiaires sont sur-représentés. Les plus de 65 ans et les personnes qui disposent des revenus les plus modestes ont, en revanche, un jugement réservé, voire sévère sur une pratique qu'ils sont plus nombreux que les autres à juger "irresponsable". Au fond, l'attitude face à l'automédication met en jeu "l'auto-compétence" en matière de santé.

Le jugement économique sur la pratique de l'automédication est partagé. Il n'y a pas, de la part des français, de réelle visibilité de l'incidence financière de cette pratique. Aux yeux des catégories modestes, l'automédication présente un avantage économique de limitation des frais. Elles y voient une occasion de faire des économies, en n'ayant pas à avancer les frais de la consultation médicale [33]. Quant aux catégories plus aisées, elles sont partagées entre le fait que cette pratique représente à la fois une économie et un coût supplémentaire, par risque de maladie grave plus tardivement décelée et de baisse de la prévention. Une nette majorité des français déclare pratiquer l'automédication (62 %). Néanmoins, cette pratique est marquée par un écart important entre catégories aisées et modestes.

D'un côté, les personnes avantagées socialement (cadres, professions intermédiaires) et les moins fragiles médicalement (les moins de 50 ans), pratiquent régulièrement l'automédication.

De l'autre, les catégories fragiles comme les personnes âgées (plus de 65 ans) ou les catégories modestes (employés et ouvriers) y ont moins souvent recours.

L'automédication est une pratique désormais étendue et perçue comme normale par les Français.

Aujourd'hui, alors que les médicaments ne sont distribués qu'en pharmacie, 75 % des personnes interrogées ne se disent pas prêtes à les acheter en dehors des officines. Ceci veut dire, a contrario qu'un quart des français y est actuellement favorable et ce chiffre montre même à 35 % pour les personnes qui ont recours "souvent" à l'automédication. Les pharmaciens restent les interlocuteurs qui rassureraient le plus ceux qui sont réticents à l'égard de cette pratique [33].

Les médicaments les plus souvent demandés en automédication sont, par ordre décroissant :

- les antalgiques	40 %
- les anti-rhume, anti-grippaux	21 %
- les antimigraineux	17 %
- les antitussifs	16 %
- les anti-inflammatoires	15 %
- les médicaments pour la gorge	14 %
- les antipyrétiques	11 %

(source DGS/CSA-TMO santé- oct.02)

De plus, en juillet 2008, un décret est paru au journal officiel afin de permettre l'accès libre de certains médicaments devant les comptoirs des officines. Cette réforme a pour objectif d'améliorer l'accès des patients à une information adaptée et de qualité sur les médicaments qu'ils utilisent sans consultation médicale, de leur offrir un choix éclairé et accompagné de conseils individualisés, pouvant prendre en compte l'ensemble de leur parcours de soins

(suivi du dossier pharmaceutique), de maintenir toutes les garanties d'accessibilité, de disponibilité et de sécurité sanitaire qu'apportent les officines de pharmacie en France : proximité, service de permanence, équipe professionnelle compétente et responsable, obligation de refus de vente et d'orientation vers le médecin en cas de doute... et enfin d'offrir des prix publics concurrentiels et améliorer le pouvoir d'achat des citoyens.

Le conseil du pharmacien et l'interrogatoire qu'il doit mener afin de récolter le maximum d'informations dans le but de dispenser le traitement le plus adéquat sont le parfait complément de la délivrance des médicaments et deviennent le cœur du métier de pharmacien.

Ces notions ont été également très développées avec l'arrivée dans l'arsenal thérapeutique des génériques, pour lesquels le droit de substitution a été accordé aux pharmaciens. Les dénominations communes internationales souvent complexes ont nécessité une information plus complète aux patients afin d'éviter les confusions dans les traitements mais également pour les convaincre de leur bioéquivalence et de leur efficacité, souvent mise en doute.

Le pharmacien est donc l'acteur principal du développement de l'automédication qui va tendre à augmenter au fil des réformes de la Sécurité sociale, mais il est également important qu'il communique davantage auprès du grand public afin de valoriser les services qu'il peut leur apporter [27].

II-3.4 La prévention et le dépistage, nouveaux domaines de compétence du pharmacien

De plus en plus, dans les officines, on voit apparaître des campagnes nationales de dépistage : contre les méfaits du soleil, le tabagisme... ou des journées de dépistage : mesure de la

glycémie pour le diabète, analyse d'urine pour l'insuffisance rénale, prise de tension pour l'hypertension artérielle.

Lorsque la question concernant l'augmentation de la demande d'informations des patients est posée aux pharmaciens, environ 90 % d'entre eux sont en accord, essentiellement sur des sujets de santé publique tels que l'alcool, le tabac, l'alimentation, la santé..., sur le bien-être et la santé (nutrition, environnement...) ou encore sur les pathologies lourdes et chroniques (diabète, asthme, cancers...). Ce sentiment est relayé par le grand public qui estime pour 70 % d'entre eux qu'il s'agit bien là du rôle du pharmacien [27].

Les éléments décrivant actuellement le pharmacien comme acteur de santé le plus propice à jouer ce rôle sont entre-autres la confiance de ses patients (accord de 90 % des pharmaciens interrogés), ses compétences professionnelles (85 %), la connaissance de ses patients et de leur historique pathologique et thérapeutique (56 %), la confidentialité au sein de l'officine (74 %) et sa disponibilité (78 %). L'attitude des patients face à cette nouvelle forme d'éducation de santé est favorable; ils en sont demandeurs et sont attentifs aux informations délivrées.

Dans la continuité de cette démarche, la question a été posée aux patients de savoir s'ils étaient prêts à voir les prérogatives des pharmaciens augmentées : les $\frac{3}{4}$ d'entre eux sont favorables à la prescription par ces derniers de médicaments pour des pathologies à petits risques mais ne le sont pas pour la rédaction d'une ordonnance après un diagnostic initial du médecin ou pour la modification ou l'adaptation du traitement en fonction de l'évolution de la maladie [27].

Des supports de communication permettant de mieux transmettre les informations ont même été développés par le CESPARM (comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française) : brochures, fiches techniques, panneaux pour les vitrines...

D'autre part, les officinaux eux-mêmes, ayant pris conscience de la nécessité d'informer et d'éduquer afin de maintenir un bon état général de la population, sont à l'initiative de vitrines sur le thème de la prévention ou de brochures internes.

Cinquante pour cent des médecins généralistes reconnaissent une légitimité du pharmacien d'officine pour exercer un rôle complémentaire pour améliorer la prise en charge des patients. Ce soutien est loin d'être négligeable car la mise en place de dépistage massif (à l'échelle nationale) ne peut se faire sans l'implication de tous les acteurs de santé. (*étude Louis HARRIS*).

Pour citer un exemple de l'impact que peut avoir l'éducation de santé sur les patients, l'étude menée auprès des pharmaciens d'officine et biologistes en 2003 afin d'évaluer la prescription et la surveillance du traitement par des antivitamines K en France a montré la nécessité de réaliser à nouveau une campagne sur le bon usage des médicaments. En effet, 80% des patients se déclarent informés des risques du traitement, mais plus de la moitié ne connaissent toujours pas les signes annonciateurs de surdosage; plus de 40% des patients ignorent qu'ils doivent signaler leur traitement anticoagulant au pharmacien et plus de la moitié ne sait pas que l'association du traitement AVK avec les anti-inflammatoires non-stéroïdiens est déconseillée. Cette facette de la profession du pharmacien avait certes été quelque peu mise de côté mais constitue un enjeu de plus en plus [27].

En complément de ces différents rôles, la place de l'écoute du patient est de plus en plus grande. En effet, que ce soit dans des zones difficiles (cités, quartiers défavorisés...) ou isolées (en campagne ou en ville), le contexte socio-économique rend les gens plus moroses, parfois socialement isolés (famille installée loin, peu de relations sociales...) ou en détresse financière (retraite faible...). Le pharmacien, apprécié pour son service de proximité et sa disponibilité, est l'un des relais choisi pour discuter, demander conseil sur sa santé ou sur ses

difficultés psychologiques ou sociales. Ce rôle de la profession sera davantage mis en exergue dans les années à venir.

III- Quelles sont les évolutions possibles du métier de pharmacien

III-1 L'élaboration d'un maillage de l'offre de soins ?

III-1.1 Quelques exemples de réseaux de soins fonctionnant actuellement

Comme nous l'avons vu précédemment, les évolutions de la profession sont dictées par les contraintes économiques et sociales de notre société : coût de la santé et déficit de la sécurité sociale, une demande croissante du public pour une thérapeutique adaptée et une pénurie de médecins et d'infirmières.

Ces différentes problématiques ont déjà conduit à la mise en place de réseaux pour une prise en charge plus globale de certaines pathologies, comme le montre le réseau OncoPL.

Voyons plus en détails en quoi consiste ce service de soins à domicile en cancérologie qui suit principalement quatre grands principes :

- la proximité : afin de permettre au patient de maintenir au mieux la qualité de vie qu'il avait avant la mise en place du traitement, notamment en diminuant le nombre de déplacements vers les grands centres hospitaliers et en lui prodiguant le maximum de soins chroniques à domicile.

- la liberté de choix : la thérapeutique à domicile ou hospitalière lui sont proposées et lui seul décide de celle qui lui convient.

- la sécurité : les soins qui lui sont prodigués dans les deux cas, le sont dans le même cadre de sécurité.

- l'équité : le tarif de la prise en charge est le même quel que soit l'éloignement kilométrique.

Le bon fonctionnement d'un tel réseau nécessite une coopération entre les établissements de soins et l'ensemble des acteurs libéraux impliqués. C'est pour atteindre cet objectif qu'ont été créées des cellules de coordination, assurant ainsi l'interface entre les différents protagonistes.

Les acteurs de ce réseau sont des médecins généralistes, des infirmières, des pharmaciens d'officine, des prestataires de service, des établissements prescripteurs ou encore des établissements en charge de la reconstitution des chimiothérapies. Toutes ces catégories de professionnels de santé sont soumises à des chartres de qualité et de sécurité qui leur sont propres [34].

Voyons quelles sont les missions affectées à chacun :

Infirmière	Médecin généraliste	Pharmacien d'officine
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de mise en place: s'assurer de la faisabilité du soin (critères de sécurité et d'hygiène), de prendre contact avec le patient et son entourage. • Evaluer éventuellement des besoins complémentaires notamment en soins de support. <p>• Rémunération : 40 €.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forfait de prise en charge initiale pour l'ensemble des reconductions de chimiothérapies à domicile en alternance avec l'oncologue. • Forfait de prise en charge initiale du patient : valorisation d'une visite de coordination conjointe avec l'IDEL, évaluation des besoins en matériel et réassurance des patients. <p>• Rémunération : 40 €.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forfait par séance de chimiothérapie pour la mise à disposition du matériel nécessaire, au prix LPP et du matériel non remboursé fourni à titre gracieux : blouse, conteneur de déchets. • Visite de mise en place dans les cas particuliers <p>• Rémunération : 20 €.</p>

Se pose la question de la formation : la chimiothérapie requiert un ensemble de précautions particulières aussi bien au niveau de la préparation et de l'acheminement que pour la délivrance et l'injection. Comment les différents acteurs de ce réseau se forment-ils ? [34]

Il a été établi que les formations des infirmiers seraient proposées en continu et sans surcoût par les réseaux territoriaux. Pour les pharmaciens, la formation est également proposée par les réseaux territoriaux à raison de deux séances par an. Il n'en est pas de même pour les médecins, qui, pour le moment, ne bénéficient pas de formations spécifiques à la chimiothérapie. Ils auront bientôt à leur disposition un livret de synthèse détaillant le rôle des

médecins généralistes, les protocoles réalisés à domicile, validés par les experts ainsi que les effets secondaires et les conduites à tenir.

Le processus de prise en charge des patients par le réseau est très règlementé et organisé : un certain nombre de documents écrits suivent en permanence la chimiothérapie afin d'assurer une qualité maximale des soins. Les règles établies, notamment celles concernant le transport des chimiothérapies et leur délai de livraison, sont très strictes : elles doivent être enlevées par le transporteur prestataire le matin J1 à 10 heures et acheminées avant 14 heures au sein de l'officine choisie par le patient, toujours en respectant les contraintes de température.

Ce processus « Workflow » permet un maximum de traçabilité afin d'assurer la qualité optimale et le service le plus adéquat au patient [34].

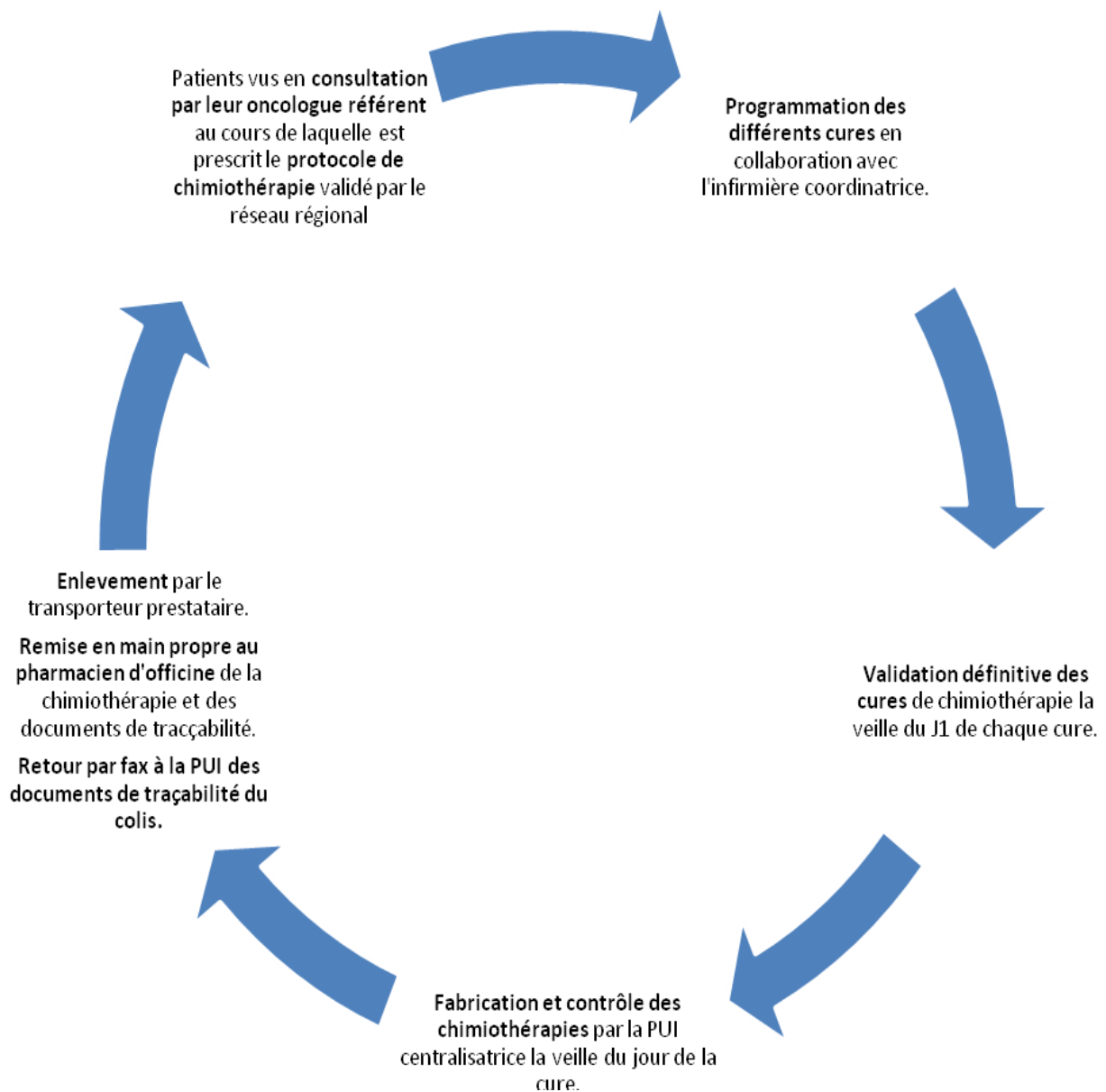


Figure 18 : Processus « Workflow » [34]

Les perspectives à développer pour ce réseau tendent à suivre trois grands axes :

- le déploiement géographique : l'extension à l'ensemble des réseaux territoriaux des Pays de la Loire est en projet. Chaque réseau territorial doit établir sa propre stratégie de déploiement global afin d'optimiser les services rendus.
- le déploiement thématique : l'objectif est de couvrir l'ensemble des thématiques relatives aux soins à domicile, en adéquation avec les besoins du patient. Le projet initial était centré sur la chimiothérapie intra veineuse à domicile ; mais à terme, l'enjeu majeur est la concrétisation d'une véritable coordination entre l'établissement et le domicile.
- le partenariat entre les réseaux territoriaux et l'hospitalisation à domicile / les établissements de soins de suite et de réadaptation : il correspond à un lien complémentaire et synergique dans le but d'offrir une meilleure qualité de vie au patient.

Des limites sont malgré tout apparues :

- au niveau des établissements prescripteurs : actuellement rémunérés à l'acte, la chimiothérapie à domicile représente pour eux une perte d'activité. Ces réseaux pouvant à terme représenter une économie non négligeable pour la Sécurité Sociale, il revient donc aux financeurs et aux autorités de tutelle de promouvoir ce genre d'alternatives à l'hospitalisation [34].
- au niveau du financement du réseau dans sa globalité : il doit être plus clairement défini. Actuellement, le mode de financement de la centralisation des reconstitutions des chimiothérapies n'est pas viable car il est trop aléatoire. Il pourrait être étudié un financement à l'activité englobant les coûts de transport, de colisage et de coordination pharmaceutique.

- le « dossier communiquant de cancérologie » doit lui aussi évoluer. Toutes les informations relatives à un patient devraient être intégrées dans un même dossier et accessibles à chacun des acteurs. La mise en place du dossier médical partagé ainsi que du dossier pharmaceutique permettront peut être d'apporter une évolution dans ce sens.

Il est néanmoins dommage que cette notion de réseaux permettant une prise en charge pluridisciplinaire n'apparaisse pas dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Il s'agit là d'une idée innovante ayant pour objectif un meilleur confort de vie et une meilleure prise en charge pour le patient ainsi qu'une réduction du coût d'une chimiothérapie comparativement à celles réalisées en milieu hospitalier, pour le système de sécurité sociale.

D'autres réseaux se sont tout de même bien développés, notamment en ce qui concerne la prise en charge des patients diabétiques, asthmatiques ou encore toxicomanes. La création et la mise en place de ce type de structures montrent bien la place du pharmacien dans le système de soins mais également les changements que la profession va devoir faire afin d'assurer au mieux ses nouvelles fonctions tout en conservant celles qu'elle avait déjà [34].

III-1.2 Maintien et hospitalisation à domicile : Un nouvel enjeu pour l'Officine ?

Du fait du vieillissement de la population, le maintien à domicile (MAD) est en pleine croissance. Actuellement, environ 85 % des personnes dépendantes vivent chez elles.

Nous avons vu précédemment que les trois valeurs les plus recherchées par les patients lorsqu'ils vont dans leur pharmacie sont les conseils, la proximité et la sécurité de la

délivrance. Alors pourquoi le pharmacien, en tant que spécialiste du médicament et soignant de proximité, ne serait-il pas un atout dans le MAD ou l'HAD ?

Les réseaux d'oncologie en sont un bon exemple mais cette démarche représente un nouveau défi pour l'officine. En effet, Les pharmaciens officinaux ne sont actuellement que très peu au courant des prises en charge des médicaments sortis de la réserve hospitalière ou encore des protocoles de chimiothérapie ; dans la plupart des cas, c'est uniquement lorsque le patient se présente à l'officine qu'est lancée une recherche sur les conseils à lui délivrer ou sur les modalités de conservation par exemple.

La mise en place d'un véritable réseau de soin permettant un maintien ou une hospitalisation à domicile obligera donc à une formation continue plus approfondie dans ces domaines, aussi bien sur le traitement que sur la pathologie en elle-même.

La coordination entre les différents professionnels de santé, ville-ville et ville-hôpital, n'est pas très développée pour le moment en France. Quelles pourraient être les solutions qui permettraient de mieux centrer l'accès aux soins sur le patient ? Le nouveau projet de loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) essaie d'y répondre en axant essentiellement ses actions sur trois points : l'organisation des soins de premier recours, l'éducation thérapeutique et la formation continue [28].

- L'organisation des soins en différents niveaux :

Le projet prévoit une organisation du système de santé basée non plus sur l'offre mais sur les besoins de santé de la population. Il introduit ainsi différents stades : les notions de premier et second recours.

Les soins de premier recours, dont l'accès sera organisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité, comprendraient :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et affections chroniques.

- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux.

- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.

- l'éducation pour la santé.

Les soins de second recours devront répondre à des besoins spécialisés complémentaires à ceux de premier recours, sans nécessiter d'hospitalisation.

Ces mesures concernent aussi bien les hôpitaux publics que privés. Une véritable culture du résultat devra être développée dans ces établissements ainsi que la mise en place d'indicateurs de qualité, le but étant à terme d'offrir à chaque personne la même qualité de soins sur l'ensemble du territoire [28].

Pour les personnes habitant dans des zones touchées par des problèmes de démographie médicale, cette garantie d'accès aux soins pour tous sera mise en place prioritairement par le développement de maisons médicales pluri-professionnelles ainsi que la prise en charge de l'hospitalisation à domicile au même titre que la prise en charge hospitalière.

L'association d'hôpitaux publics localisés dans un même territoire de santé sera possible sous la forme de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) afin d'accroître leurs compétences et leur qualité de soins.

On pourrait synthétiser en disant qu'à la graduation des besoins et des soins (du rhume à la transplantation cardiaque) doit correspondre la graduation des structures d'accueil. C'est ainsi que la complémentarité des établissements permettra une meilleure utilisation des moyens médicaux (équipes soignantes et matériels) ainsi qu'une meilleure fluidité entre les différentes structures (moins de temps d'attente pour la prise en charge du patient et meilleure communication entre les hôpitaux pour faciliter un meilleur suivi du patient).

De même entre les établissements publics et privés, la mise en commun de matériels et la collaboration sera facilitée par la création de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).

Une des priorités de ce projet de loi est également le développement des maisons de santé, regroupant un médecin généraliste, un dentiste, une infirmière et un masseur-kinésithérapeute, l'objectif étant toujours d'avoir une meilleure organisation de la chaîne de soins.

Dans cette réorganisation et cette modernisation du système de soins, il est primordial que le pharmacien trouve sa place. En tant que professionnel de santé spécialiste du médicament et disponible sans rendez-vous, pourquoi ne pas envisager qu'il soit associé aux maisons médicales, complétant ainsi par son apport médicamenteux la structure déjà présente ? [28]

La pharmacie d'officine offrait depuis longtemps un maillage territorial permettant à l'ensemble de la population d'avoir un accès facilité à un professionnel de santé, à l'heure où le Ministère de la Santé favorise ce même déploiement pour les médecins et autres professions paramédicales, peut être est-ce le moment pour les pharmaciens de ne plus faire cavalier seul dans leurs officines mais également de se regrouper pour permettre une meilleure offre de soins.

- L'éducation thérapeutique des patients

Le projet prévoit « l'exercice de compétences d'éducateur de santé dans les domaines respectifs de l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique ». Il s'agit de qualifications professionnelles qui pourraient être acquises par des acteurs divers, dont les pharmaciens.

Une Education Thérapeutique du Patient (ETP) fera partie intégrante de la prise en charge de certains patients et de leur parcours de soins.

Toutes les pathologies ne donneront pas lieu à des programmes d'ETP, leur liste sera fixée par arrêté du Ministre de la santé. Ces programmes devront se conformer à un cahier des charges national. Il reviendra aux ARS de choisir les programmes qui feront l'objet d'une convention (comportant un financement) entre elles-mêmes et le promoteur.

L'ARS devra également s'assurer « du maillage territorial de l'offre en éducation thérapeutique du patient tant en ville qu'à l'hôpital » [28].

Le projet prévoit enfin des « actions d'accompagnement des patients » pour apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Leurs modalités seront fixées par décret. Bien qu'aucune précision ne soit apportée dans le projet de loi, ces actions pourraient visiblement être mise en œuvre et financées par l'industrie des produits de santé.

- La formation continue obligatoire

La qualité des soins passe nécessairement par une formation continue des professionnels de santé. Le principe d'obligation est confirmé mais les modalités d'encadrement et de financement vont être adaptés compte tenu des difficultés de mise en œuvre du dispositif prévu actuellement par la loi du 4 mars 2002.

Le projet de loi redéfinit les objectifs de la formation continue : le perfectionnement des connaissances, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avec prise en compte des priorités de santé publique.

Chaque profession (médicale, odontologique, pharmaceutique, maïeutique) aura un conseil national de la profession continue unique. Dans le domaine de la pharmacie, ce dernier devrait comprendre des représentants de l'Ordre des Pharmaciens, de la HAS, de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie), des enseignants, des syndicats d'employeurs et de salariés entre autres. Les conseils régionaux n'existeront plus [27]. Néanmoins, le reste de ce dispositif reste très imprécis ; il semble que cette partie du projet semble appelée à évoluer. Du fait de la volonté d'une prise en charge plus globale du patient, le MAD ou l'HAD pourraient tout à fait être un secteur dans lequel le pharmacien d'officine jouerait un rôle à différents niveaux :

- la délivrance de la thérapeutique et le suivi (effets indésirables éventuels),
- l'amélioration du confort de vie du patient (nutrition entérale, matériel médical, lits anti-escarres ...),
- l'écoute et l'éducation thérapeutique (règles hygiéno-diététiques, bonne évaluation de ses maux, liés directement ou indirectement à son traitement ou sa pathologie),
- le soutien psychologique au patient ou à ses proches.

Il est clair qu'il s'agit d'un véritable enjeu pour la pharmacie d'officine [27]. Des démarches allant dans ce sens sont d'ores et déjà mises en place par le Conseil National de l'Ordre : il s'agit du Dossier Pharmaceutique.

III-1.3 Le dossier pharmaceutique ou l'avant-garde des échanges interprofessionnels

Le Dossier Pharmaceutique (DP) avait été expérimenté dans 8 départements (Doubs, Nièvre, Meurthe-et-Moselle, Pas-de-Calais, Rhône, Seine-Maritime, Yvelines et Hauts-de-Seine) et a donc continué à se généraliser cet été (avec l'autorisation d'extension de l'expérimentation de la CNIL) pour atteindre le million de dossiers créés.

En moyenne, 92,3 % des patients auxquels le dossier pharmaceutique est proposé l'acceptent. Voyons ensemble en quoi il consiste et en quoi est-ce une véritable avancée vers une coordination des soins [25].

Tout d'abord, le DP est un outil professionnel des pharmaciens officinaux, qui ne peut fonctionner qu'en présence de la carte vitale. Il a pour but de sécuriser la dispensation des médicaments au bénéfice de la santé des patients.

Il est propre à chacun, c'est-à-dire que malgré le fait que sur une même carte vitale, soit inscrit le bénéficiaire et un ou plusieurs de ses ayant-droits, le DP sera créé indépendamment pour chacun d'entre eux ; il peut ainsi être accepté pour certains et refusé pour d'autres.

Figuretront sur ce DP les délivrances des Spécialités de Prescription Obligatoire (SPO) mais également les Spécialités de Prescription Facultative (SPF ou médication officinale) des quatre derniers mois quelle que soit l'officine où elles lui ont été dispensées ; en effet, il ne sera indiqué que l'identification du médicament, la quantité délivrée et la date mais en aucun cas le prescripteur, le prix et le lieu de délivrance.

Avant d'ouvrir le DP, le patient est dûment informé et a cinq possibilités qui s'offrent à lui :

- accepter,
- refuser la création (au bout de trois refus, le patient n'est plus sollicité),
- refuser sa consultation. Il a juste à le préciser au pharmacien lors de la lecture de la carte vitale,
- refuser l'enregistrement d'un médicament lors de la dispensation d'une prescription ou d'un médicament non-prescrit,
- demander la clôture du DP [25].

Des avantages pratiques sont ainsi offerts au patient : lorsqu'il se présente à une pharmacie de garde, souvent dans l'urgence, le pharmacien peut alors évaluer la gravité de la situation selon le traitement habituel ou les délivrances précédemment effectuées.

Prenons un exemple : « Un homme de passage dans la région, se présente à la pharmacie, en disant qu'il a oublié son médicament pour le cœur chez lui, ne se souvient plus exactement du nom et du dosage et ne retourne pas chez lui avant une semaine. »

Il n'a pas de DP : ne pouvant pas joindre son médecin traitant, il y a alors un risque d'erreur médicamenteuse par manque d'information.

Si son DP a été créé, on peut donc le consulter et lui délivrer, en toute sécurité, le médicament qu'il a l'habitude de prendre [25].

Le DP répond réellement à des enjeux de santé publique à plusieurs niveaux :

- il permet de sécuriser la délivrance, de lutter contre la iatrogénie et la redondance des traitements afin d'éviter les surdosages.
- il a également comme objectif d'orienter davantage l'acte pharmaceutique vers le patient et d'offrir ainsi un véritable suivi thérapeutique.

Exemple rencontré lors de la phase d'expérimentation : une patiente demande spontanément une boîte de médicament contre les brûlures d'estomac. En lisant son DP, le pharmacien s'aperçoit qu'elle prend déjà un médicament pour des problèmes de thyroïde. Il explique alors à la patiente qu'en prenant ces deux médicaments en même temps, cela entraîne un risque de diminution de l'absorption digestive du médicament pour la thyroïde et par conséquent, un déséquilibre de ce traitement hormonal. Il faut donc prendre ces médicaments à deux heures d'intervalle pour éviter le problème. Cette précaution d'emploi permet au patient de se sentir plus rassuré et au pharmacien de mieux sécuriser sa délivrance.

Les évolutions du DP vont réellement en faire un support de la coordination des différents professionnels de santé. A court terme (courant 2009), le DP va être développé à la pharmacie hospitalière ; ce qui présentera l'avantage pour les officinaux de mieux lutter contre les interactions médicamenteuses ou effets indésirables entre les thérapeutiques délivrées en ville par le médecin traitant et le spécialiste hospitalier (traitement VIH, chimiothérapie...) ainsi que les risques de ces divers traitements avec la prise éventuelle de médicament d'automédication [25].

En effet, à terme il permettra d'améliorer l'information des patients en cas d'alerte sanitaire. Les autorités de santé ainsi que le Ministère de la santé pourront envoyer simultanément des communiqués (retrait du marché de médicaments, alertes en cas de pandémie de grippe

aviaire, plan canicule...) à toutes les officines qui pourront alors relayer dans un délai très court l'information aux patients.

Par ailleurs, il alimentera le volet médicamenteux du Dossier Médical Personnel (DMP) qui permettra alors un suivi global du patient puisque chaque acteur de santé y mettra ses informations [25].

Le pharmacien d'officine peut se voir offrir une place intéressante au sein du maillage de l'offre de soins. La profession semble avoir pris la direction non pas du « pharmacien commerçant et simple dispensateur de médicaments » mais bien du pharmacien acteur de santé publique et professionnel de santé compétent au service des ses patients.

III-2 Quelle place pour les consultations pharmaceutiques ?

III-2.1 Les objectifs et la mise en place de ce nouveau service

L'automédication est actuellement définie comme un comportement du patient, plus qu'une catégorie de produits, qui fait que ce dernier a recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin. Cette nouvelle façon de se soigner se développe de plus en plus en officine, accélérée par les épisodes de déremboursement de certaines spécialités, en particulier un grand nombre des spécialités utilisés dans le traitement des pathologies de la sphère ORL ou encore les veinotoniques. Selon une étude Afipa-Sofres réalisée en 2001, 80 % des personnes interrogées déclaraient avoir recours à l'automédication, plus ou moins fréquemment pour des pathologies bénignes de type rhume, maux de tête, constipation, arrêt du tabac...

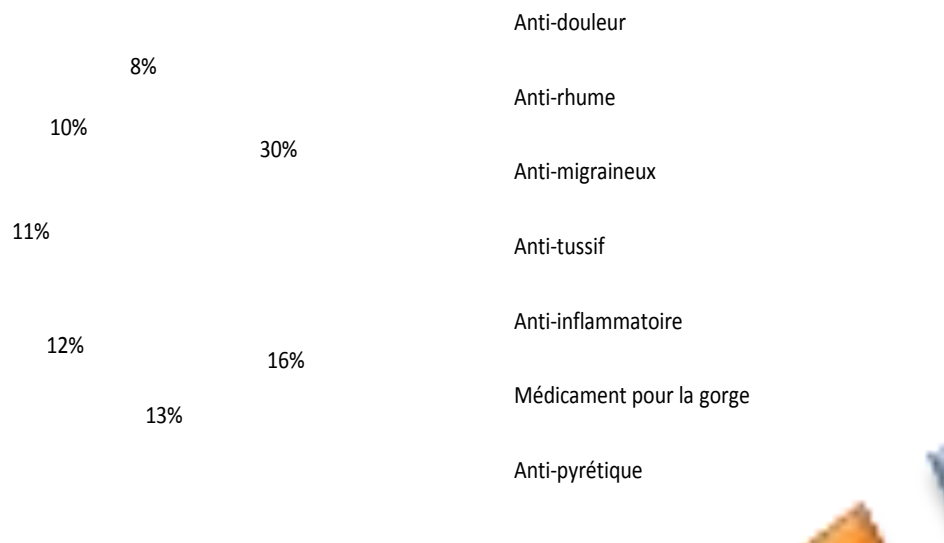


Figure 19 : Etude sur les types de médicaments sont concernés par l'automédication [33]

Source : DGS/CSA-TMO santé – octobre 2002.

Ce phénomène, encore peu développé en France vis-à-vis de nos voisins européens, a tout de même reçu l'appui d'un nouveau décret, émis en juillet 2008, favorisant l'accès libre à certains médicaments. Le but premier de cette mesure est de garantir une meilleure concurrence des prix pratiqués sur la médication familiale, qui n'est soumise à aucune règle mise à part celle du marché. De plus, il est précisé dans les prérogatives de ce décret que l'un de ces objectifs est de « maintenir toutes les garanties d'accessibilité, de disponibilité et de sécurité sanitaire qu'apportent les officines de pharmacie en France : proximité, service de permanence, équipe professionnelle dédiée et responsable soumise au contrôle de l'inspection de la pharmacie et de l'Ordre des pharmaciens, absence de contrefaçons, obligation de refus de vente et orientation vers le médecin en cas de doute. »

Le rôle de diagnostic et de conseil du pharmacien devient plus officiel. Jusqu'à présent, il était souvent réalisé au comptoir mais n'avait pas été évalué quantitativement et qualitativement. Il apparaît plus nettement désormais que le pharmacien devient le

professionnel de santé le plus facilement accessible pour les gens (sans rendez-vous, services de garde) et apparaît à la fois comme le premier et le dernier maillon de la chaîne de soins :

- premier maillon : du fait de la répartition géographique des officines et de sa disponibilité.
- dernier maillon : dans son rôle de spécialiste du médicament, il s'assure qu'il n'y ait pas de contre-indications ou d'interactions médicamenteuses et prodigue les conseils adéquats aux patients [27].

A partir de cet état des lieux, l'apparition de la notion de consultation pharmaceutique ou d'entretien pharmaceutique ne paraît pas si incongrue.

Ces termes ont déjà été évoqués lors de l'obtention par les pharmaciens du droit de prise en charge des substituts nicotiques, puisque la prise en charge du patient fumeur doit être globale et nécessite donc une entrevue et un suivi.

C'est sur ce constat qu'est née l'idée d'une consultation pharmaceutique rémunérée, perspective qu'ébauche l'accord conclu sur le thème de la prévention entre l'UNPF, l'USPO (deux principaux syndicats de pharmaciens) et la mutuelle MTRL et les Assurances du Crédit Mutuel.

Rémunérée à hauteur d'une consultation de médecin généraliste (21euros) d'une durée d'environ 10 minutes, non conditionnée à une vente de produits, réglée au moyen de la carte de paiement CB Avance Santé du Crédit Mutuel, la consultation, qui s'intéressera tant aux questions de prévention que de médication ou de conseils, doit aboutir à un bilan personnalisé remis à l'adhérent mutualiste sous forme de synthèse argumentée. Un questionnaire complet et personnalisé « Réflexe, Prévention, Santé » est à la disposition pour mener à bien l'entretien et permettre ainsi de laisser au patient une trace écrite lorsqu'il quitte l'officine [34].

En pratique, la consultation pharmaceutique n'étant pas encore entrée dans les mentalités, très peu de patients l'utilisent. De plus, cet accord a suscité un grand nombre de réactions du côté des médecins : sur le terme « Consultation » d'une part, qu'ils jugeaient réservé aux médecins et considéraient comme un exercice illégal de la médecine. Cet argument a été rapidement mis à mal par deux explications : la consultation en elle-même n'est pas réservée au seul corps médical puisque les experts comptables ou encore les avocats utilisent également ce même mot ; enfin, dans la mesure où il n'y a pas de délivrance d'ordonnance, il ne peut s'agir d'un exercice illégal de la médecine [27].

Par ailleurs, une étude a été menée à Lyon sur près de 400 personnes. En s'inspirant de la méthode québécoise des « soins pharmaceutiques », les étudiants de 6^{ème} année de la faculté de Lyon ont mené une expérimentation visant à mettre en place un plan de soins personnalisé. En pratique, le patient avait deux entretiens : le premier au cours duquel il voyait son ordonnance ainsi que ses bilans biologiques décortiqués par l'étudiant, y était également abordé les thèmes de l'hygiène de vie, de l'adaptation du traitement et de l'observance. Le second rendez-vous, réalisé au moment d'un renouvellement par exemple, était l'occasion de refaire le point avec le patient et éventuellement de réajuster le conseil ou de réorienter vers le médecin. Le bilan de cette étude est plutôt concluant sur le fond : 50 % des patients se plaignaient de gênes occasionnées par la prise de médicaments avant l'entrevue ; ils n'étaient plus que 20 % à l'issue de la deuxième. Le point noir concerne l'échange avec le médecin qui n'a été réalisé que dans 6,85 % des cas.

Il apparaît nettement qu'une plus grande communication entre les médecins et les pharmaciens devra être mise en place avec l'objectif de développer une meilleure coordination des soins. Médecins et pharmaciens sont complémentaires et non concurrents. D'autres difficultés vont également devoir être réglées afin de voir la mise en place de consultations pharmaceutiques [36].

III-2.2 Quelles modifications vont-êre nécessaires afin d'arriver à mettre en pratique cette consultation pharmaceutique ?

Comme nous venons de le voir, la formalisation de ces entretiens doit passer un certain nombre d'obstacles :

- les locaux :

Les officines doivent actuellement posséder des espaces de confidentialité suffisants au niveau des comptoirs. Etant donné la durée possible de l'entretien, il serait préférable de prévoir un emplacement avec une chaise pour le confort du patient et/ou éventuellement un espace fermé afin de favoriser le dialogue.

- la disponibilité du personnel :

Selon la structure des officines (équipes réduites) et/ou la localisation (zones rurales ou urbaines), toutes les pharmacies ne pourront pas mettre à disposition une personne pour anticiper et réaliser la consultation. Celle-ci nécessite une certaine préparation : recherche des prescriptions antérieures, des éventuelles interactions médicamenteuses, de la pharmacocinétique des médicaments prescrits...

- la notion de rendez-vous :

Du côté des patients, l'idée n'est pas non plus entrée dans les mœurs : comme l'a démontré l'étude réalisée à Lyon, la grande majorité des patients ayant accepté sont des retraités. Pour les mamans ou les actifs, la démarche sera peut être plus difficile à mettre en place [27].

- les pharmaciens :

Certains pharmaciens ne voudront pas non plus mobiliser du temps et de l'investissement sans rémunération ou sans vente de produits.

- la structure de la consultation :

La trame de la consultation devra également être bien construite. Il est difficile de réaliser un schéma type car chaque patient est unique avec un traitement qui lui est propre. De plus, beaucoup de patients sont polymédiqués, notamment chez les personnes âgées, et/ou consultent plusieurs médecins : médecin traitant, cardiologue, ophtalmologiste, dentiste, allergologue... Il est donc nécessaire de s'adapter à chaque situation avec un interrogatoire adéquat. Se pose alors la question primordiale qui permettra ou non de mettre en place ce nouveau service, à savoir la formation [27].

- la formation :

La formation actuellement réalisée à la faculté est centrée sur le médicament et ne répond pas nécessairement aux demandes quotidiennes des patients.

Comme le montre le programme Pharmaker, réalisé en Bretagne, douze pharmaciens volontaires, financés par un fonds FAQSV (fonds d'aide à la qualité des soins de ville), ont mené une action d'information, en février 2006, sur la prévention de la *spina bifida* par l'utilisation d'acide folique, puis une seconde a rapidement suivi sur le bon usage des antivitamines K pour prévenir les risques hémorragiques, qui a même bénéficié de la mise en place de consultations pharmaceutiques (durée : 20 min) et était rémunérée sur la base d'une consultation médicale. Chacune de ces actions faisait évidemment l'objet de la construction d'un référentiel et d'une formation « *ad hoc* » [27].

L'Académie Nationale de Pharmacie, dans un rapport sur le pharmacien et la santé publique en France en octobre 2005, constatait que le pharmacien était un des acteurs essentiels de la politique de santé publique et qu'il devait amplifier son rôle et ses actions dans ce domaine, ce qui implique de développer une formation adéquate [22].

Le Comité National d'Evaluation (CNE) des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel avait établi un rapport sur « la formation des pharmaciens en France » en 1998, qui reste toujours d'actualité :

- « Dans les conditions actuelles d'exercice de la profession à l'officine, l'opinion publique peut s'interroger sur la nécessité de confier à un docteur en pharmacie, issu d'une longue formation universitaire, la responsabilité de dispenser des médicaments alors même qu'il paraît travailler à un niveau de qualification inférieure, absorbé qu'il est par de nombreuses formalités administratives afférentes à son exercice dans notre système social, et dans des activités extra-pharmaceutiques à caractère uniquement commercial ».

- « Le pharmacien ne doit pas seulement se préoccuper du médicament mais surtout du type de patient auquel il est administré. Ceci devrait impliquer une formation plus complète dans le domaine de la biologie humaine, normale et pathologique. C'est cette double préoccupation qui peut faire de lui, au stade de la délivrance du médicament, l'expert rendant les services que la société attend de lui. (...) Les officinaux ont besoin de consolider leur image et de s'ouvrir à de nouveaux services : soins à domicile, suivi de personnes âgées... L'élargissement du champ d'action de l'officine appelle une évolution de ses structures, qu'il s'agisse d'investissement en locaux ou en matériel ou de l'organisation du travail en équipe. Dans un contexte de développement d'une santé « autogérée », avec mise à disposition du grand public de dictionnaires sur les médicaments, le pharmacien est appelé à s'intégrer dans des équipes de santé plus larges, ne serait-ce que pour entretenir son éthique professionnelle : le premier devoir éthique est celui de la compétence professionnelle, qui entraîne la nécessité, l'obligation, d'une formation permanente ».

Tous les avis paraissent unanimes sur le fait que les études universitaires telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui doivent évoluer dans plusieurs directions :

- augmenter la participation des pharmaciens officinaux dans l'enseignement afin qu'ils apportent leur regard de professionnels et leurs conseils sur l'activité.

- Introduction de la notion de prescription dans la formation initiale, par l'intermédiaire d'un référentiel (recherche en cours réalisée par la direction générale de la Santé). Cette idée a déjà été relayée à la faculté de Pharmacie de Nantes et à la faculté de pharmacie de Dijon où il existe un enseignement de prescription et de dispensation, commun aux étudiants de médecine et de pharmacie.

La commission pédagogique nationale envisage l'avenir de la profession en continuant l'enseignement théorique essentiel mais en renforçant, de plus, les compétences concrètes.

Il est également envisagé de multiplier les occasions de mettre en contact les étudiants des différents secteurs de santé afin qu'ils apprennent à se connaître dès leurs études et à se faire ainsi davantage confiance lorsqu'ils seront en exercice. L'année initiale commune en serait la réalisation.

Dès 1994, le Code de déontologie des pharmaciens avait fait de la formation continue un devoir professionnel, mais depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, elle est devenue une obligation légale [27]. Afin de mettre en place cette loi, plusieurs structures devaient voir le jour afin d'encadrer cette mesure :

- le Conseil National de la Formation Pharmaceutique Continue qui se verra confier les orientations nationales de la FPC, les thèmes prioritaires, les règles de validation des organismes formateurs et qui donnera les agréments de ces derniers.
- les Conseils Régionaux ou interrégionaux de la formation pharmaceutique continue, qui délivreront tous les cinq ans, les attestations de respect de l'obligation de se former.

A l'heure actuelle, ces organismes ne sont toujours pas mis en place.

Pour l'instant, les canaux de formation et d'information sont :

- les laboratoires, leurs commerciaux et visiteurs médicaux.
- certains groupements d'achat faisant appel à des organismes de formation.

- la presse spécialisée : Le Moniteur des pharmacies, Prescrire, Pharmaciens de France, Quotidien du pharmacien ...
- les sites internet spécialisés.
- les bases de données de l'OCP : Clickadoc...

Même si les pharmaciens sont sollicités pour participer à de nombreuses formations sur des thèmes variés allant du merchandising aux médicaments sortis de la réserve hospitalière, il n'est pas évident, dans la plupart des cas, de pouvoir se libérer des obligations de l'officine. Comme l'attestent les figures suivantes, la participation à ce type de mise à niveau est encore limitée [21].

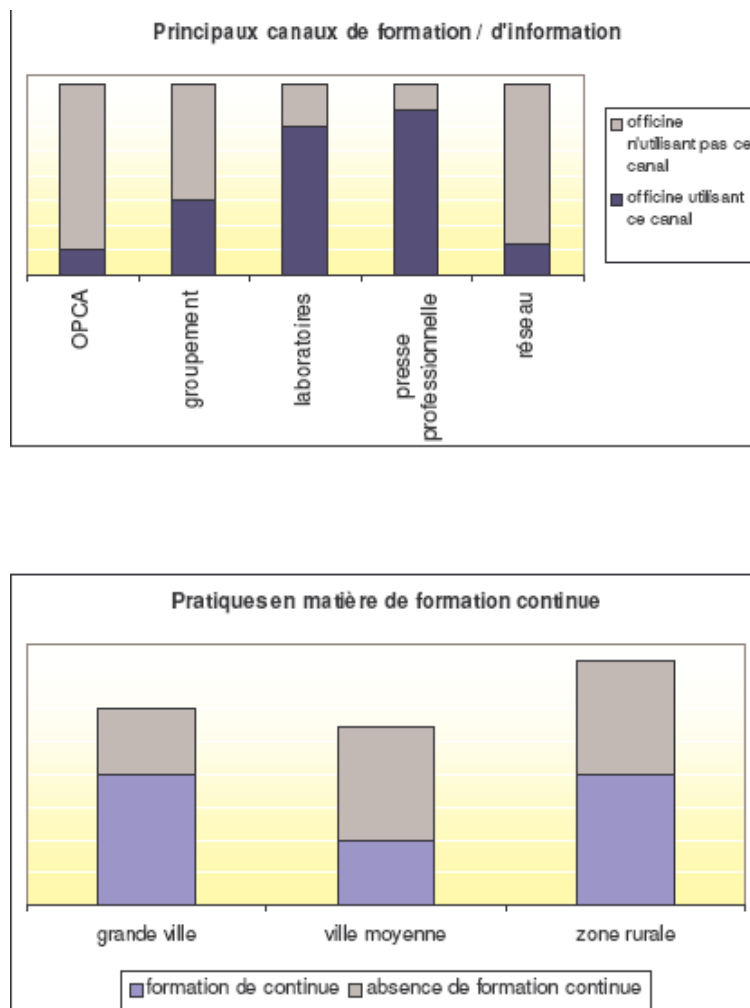


Figure 20 : Principaux canaux de formation et pratiques de formation continue [21]

III-2.3 Pourquoi la consultation pharmaceutique ne serait-elle pas un support privilégié de dépistage et de prévention ?

Une maman venant pour son petit garçon qui a des vomissements et une diarrhée, un ouvrier qui vient parce qu'il vient de se couper sur son lieu de travail, une personne âgée qui ne se sent pas bien depuis le lever et vient donc faire vérifier sa tension... Voici quelques exemples des différentes facettes que peut présenter le métier de pharmacien. Il est souvent aux avant-postes pour voir l'évolution des grandes épidémies hivernales... Alors pourquoi ne pas envisager qu'il devienne un « Pharmacien sentinelle » et permette ainsi d'avoir une meilleure vision de l'étendue de l'épidémie au sein de la population, car un nombre non négligeable de personnes ne vont pas chez leur médecin traitant lorsqu'elles souffrent d'une gastro-entérite par exemple.

De plus, le dépistage et la prévention deviennent une priorité dans le domaine de la santé : campagnes nationales de prévention contre la grippe ou le diabète, le dépistage du cancer du sein ou colo-rectal ... [27]

Prise de tension artérielle, du taux de glycémie... autant de surveillances déjà réalisées à l'officine. Le tabac et ses conséquences (maladies cardio-vasculaires, cancers du poumon ou de la gorge ...), la diététique, le suivi du patient cancéreux, la surveillance des patients polymédiqués... sont des thèmes que les pharmaciens abordent quotidiennement au comptoir avec le patient.

Lors d'un sondage réalisé par UDF/Opinionway, à la question « Comment voyez-vous l'avenir du pharmacien dans le système de soins ? », 95 % ont répondu que « le pharmacien aura des missions de prévention et d'éducation pour la santé » et 97 % que le pharmacien « doit être un vecteur de mise en œuvre de politique de prévention et d'éducation pour la santé ».

Depuis longtemps déjà, il existe des campagnes de prévention organisées au niveau régional : la région Bourgogne, par exemple, les a mises en place en 2000 et 2002 et a réitéré l'opération en 2005 en lien avec l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie. Pour pouvoir y participer, les pharmaciens ont dû se soumettre à des formations, mettre à disposition du patient des outils de dépistage ainsi qu'un certain nombre d'informations. De manière informelle, il s'agissait de réaliser des entretiens pharmaceutiques afin d'informer le patient de cette campagne, de faire ensuite le bilan des thérapeutiques qu'il utilise, son observance et enfin faire le dépistage proprement dit [22].

Dans d'autres domaines, le rôle de prévention du pharmacien d'officine est également souligné : c'est ce qu'expliquait le Pr Maraninchi, président de l'Institut national du cancer, lors de la journée annuelle de l'Ordre en novembre 2006, lorsqu'il insistait sur le fait que « le pharmacien de ville est d'ores et déjà fortement impliqué en matière de prévention des cancers. Les actions sur les facteurs de risque des cancers font partie intégrante de sa pratique. En particulier, la lutte contre le tabac (depuis le délistage des substituts nicotiques, les pharmaciens ont pris une place importante dans la prise en charge de la désaccoutumance au tabac), la mise en garde contre l'exposition au soleil, l'information sur la détection précoce du mélanome, la lutte contre l'alcool ou encore l'information et les conseils sur la nutrition. Dans les dépistages également : le conseil, l'information, l'incitation à participer aux dépistages organisés (cancers colo-rectal ou du sein). »

Le Cespharm contribue au développement de la prévention en éditant un certain nombre de feuillets ayant deux objectifs principaux : un rappel sur la pathologie et le traitement pour le pharmacien et un carnet à délivrer au patient pour le suivi de sa thérapeutique : carnets pour le suivi des antivitamines K, des patients diabétiques... (figure 21). Certains médecins invitent même leurs patients, lors de l'instauration d'un traitement d'hypertension, une modification

de dosage ou une prise de tension un peu élevée, par exemple, à venir surveiller leur tension dans leur pharmacie habituelle afin d'effectuer un meilleur suivi entre les consultations [27].



FICHE TECHNIQUE
janvier 2006

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Par le docteur Nicolas Postel-Vinay
et le docteur Guillaume Bobrie

Unité d'hypertension artérielle,
Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris

Introduction

Les pathologies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité en France avec 170 000 à 180 000 décès par an. L'hypertension artérielle en est l'un des facteurs de risque majeur. Environ 7 millions de patients sont traités en France pour une hypertension artérielle et on estime à plusieurs millions le nombre d'hypertendus non pris en charge. Or, chez 2 patients traités sur 3, l'hypertension n'est pas suffisamment contrôlée et ce chiffre est encore plus élevé pour les patients à haut risque cardiovasculaire : 85 % des diabétiques et 95 % des insuffisants rénaux. Dans ce contexte, une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle semble nécessaire. Le pharmacien a toute sa place dans l'éducation du patient hypertendu, notamment en ce qui concerne le bon usage et l'observance des traitements, les mesures hygiéno-diététiques et l'automesure tensionnelle.

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Définition

La relation entre le niveau de pression artérielle et le risque de survenue d'accidents cardiovasculaires est continue et sans seuil. L'hypertension artérielle (HTA) est donc un facteur de risque dont la définition est arbitraire. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois grades d'HTA (voir ci-contre).

La pression artérielle (PA) s'exprime en millimètre de mercure (mmHg), mais le langage courant utilise le centimètre de mercure. Par exemple, une pression à 144-82 mmHg est souvent oralement exprimée par « 14-8 ». Il faut perdre l'habitude de cette simplifi-

cation et qualifier précisément les niveaux de PA systolique (PAS) et de PA diastolique (PAD) en millimètres ; c'est l'unité qu'affichent les écrans des tensiomètres électroniques qui sont de plus en plus utilisés.

La PA varie en fonction des activités de la vie quotidienne. Elle est étonnamment variable, parfois d'une minute à l'autre : elle s'élève lors d'un effort, d'une activité physique ou intellectuelle, d'un sport, d'un rapport sexuel ou sous l'effet d'une émotion. A contrario, elle baisse pendant le repos et plus encore durant le sommeil. Ces variations physiologiques ne sont pas synonymes de risque augmenté ou d'état pathologique : une élévation

transitoire de la PA ne correspond pas à une HTA. On ne retient le diagnostic d'HTA que si l'élévation est permanente.

Les trois grades d'hypertension selon l'OMS

HTA légère	HTA modérée	HTA sévère
PAS 140-159 ou PAD 90-99	PAS 160-179 ou PAD 100-109	PAS > 180 ou PAD > 110

PAS : pression artérielle systolique,
PAD : pression artérielle diastolique,
exprimées en mm Hg.

Figure 21 : Extrait d'une fiche technique CESP Pharm sur l'hypertension artérielle [31]

De plus, un sondage, réalisé auprès des médecins traitants par Louis Harris, révèle que la moitié d'entre eux reconnaît une légitimité possible au pharmacien d'officine pour exercer un rôle complémentaire pour améliorer la prise en charge des patients. 79 % des médecins généralistes s'accordent à dire que la prévention n'est pas suffisamment développée et 77 % que le dépistage de certaines pathologies ou facteurs de risque est insuffisant. De ce fait, 41 % des généralistes verraient bien le pharmacien plus impliqué dans ce dépistage.

Avec une formation plus approfondie sur les pathologies et leurs prises en charge, on peut tout à fait imaginer le pharmacien comme étant un relais privilégié de la prévention et du dépistage. Il faut tout de même prendre en compte le fait que jusqu'à présent, ce rôle était quelque peu délaissé par les pharmaciens car il n'était pas ou peu rémunérateur. Il faudrait donc envisager une évolution des mentalités : mettre les services de Santé publique du pharmacien en avant et non un service purement commercial [27].

Il se pose malgré tout le problème de la confidentialité : pourquoi ne pas envisager que ces mesures de suivi et de prévention puissent se faire au cours d'une consultation pharmaceutique, ce qui faciliterait le dialogue avec le patient et permettrait d'avoir des informations plus complètes que ce que nous pouvons recueillir actuellement au comptoir, au détour d'entretiens lors de la délivrance des traitements sur la bonne observance de ces derniers, qui pourrait aboutir, dans l'avenir, sur une prescription pharmaceutique ?

III-3 La prescription : une nouvelle étape pour le pharmacien ?

III-3.1 Qu'en est-il de ce transfert de compétences à l'étranger ?

Afin de mieux envisager cette nouvelle mission, voyons comment ce transfert se passe Outre-manche.

En Angleterre, depuis 2003, les pharmaciens étaient déjà autorisés à prescrire certaines spécialités dans un cadre défini. Ce droit a été élargi depuis à l'ensemble des produits de santé (mis à part les stupéfiants).

Reconnus sous le nom de « prescripteurs indépendants », les pharmaciens ainsi que les infirmières se voient offrir le droit de rédiger une ordonnance, ceci ayant deux objectifs principaux pour le gouvernement britannique : pallier à la pénurie de médecins généralistes et assurer une prise en charge plus rapide pour les pathologies courantes (diminuer le délai d'attente).

La première étape a été de mettre en place un partenariat avec un médecin ou un dentiste, avec l'accord du patient, permettant au pharmacien d'intervenir dans le suivi clinique et thérapeutique du patient (« clinical management plan ») sur des pathologies définies comme l'hypertension artérielle, le diabète... et de devenir des prescripteurs supplémentaires (supplementary prescribers). Le rôle efficace des pharmaciens a été confirmé à l'issue de cette première étape.

Toutefois, cette nouvelle mission n'a été possible qu'après avoir participé à une formation spécifique (environ 40 jours). Actuellement, la majorité d'entre eux interviennent au sein de structures de soins primaires ou de premiers recours (cabinets de généralistes, hôpitaux locaux...) [37].

En pratique, une distinction est faite en fonction des offres proposées au patient. C'est ainsi qu'ont été mis en place trois niveaux de services :

* Les services essentiels obligatoires comprenant :

- la dispensation des médicaments listés,
- la récupération des médicaments non utilisés par les patients,
- l'orientation dans l'offre de soins et la pharmacovigilance,
- le renouvellement des ordonnances pendant 6 à 12 mois.

* Les services avancés optionnels, dont le plus important est la consultation de suivi d'observance « Medicine use review », rémunérée 33,60 €, qui nécessite une accréditation du pharmacien (évaluation des compétences) et des critères spécifiques concernant l'officine (espace de confidentialité...). Il s'agit de discussions systématiques avec le patient dans le but d'analyser l'observance, les problèmes survenus lors de la prise du traitement, l'inadaptation de la thérapeutique ou encore les éventuels gaspillages... Un compte-rendu est ensuite envoyé au médecin généraliste et au patient.

* Les services supérieurs optionnels qui correspondent à un investissement rémunéré pour l'aide au sevrage tabagique ou l'accompagnement des toxicomanes, mais surtout la prise en charge avec prescription et délivrance des pathologies légères : toux, gorge enflammée, infections des voies ORL supérieures, rhume, maux de tête/oreilles, diarrhée, constipation, rhume des foins, poux, indigestion, cystite, eczéma, gale, verrues, suppression des bouchons de cérumen dans les oreilles, hémorroïdes, coliques (bébé) ... (liste définie par la nouvelle convention signée entre les pharmaciens et la NHS).

A l'issue du test réalisé à Sheffield, tous les cabinets médicaux de la ville ont demandé la pérennisation de l'expérience car cette dernière a permis de désengorger les cabinets médicaux en période épidémique. Cette démarche met également en exergue la nécessité d'une formation continue et plus approfondie [38].

Au Québec, le modèle de pharmacien prescripteur va encore plus loin, puisque depuis 2002, le pharmacien intervient dans le suivi des thérapies médicamenteuses, l'initiation et l'ajustement de posologies, certaines analyses de laboratoire, la pratique de soins pharmaceutiques, l'analyse des problèmes associés à la thérapie et la prescription de contraceptifs oraux.

Il s'agit davantage d'un état d'esprit, aussi appelé Pharmacie Clinique : les soins sont recentrés sur le patient et non plus sur la thérapeutique. Ce transfert de tâches satisfait l'ensemble des acteurs : l'acte du pharmacien est valorisé, le médecin est déchargé, les compétences de chacun sont mieux utilisées et le financement du système de santé est plus performant [39].

Cette démarche, axée sur le patient, comprend six étapes :

- développer et maintenir une relation de confiance avec le patient ; il s'agit d'un moment déterminant permettant ou non d'atteindre les résultats thérapeutiques recherchés.
- obtenir l'information pertinente dans le but d'identifier les problèmes existants et prévenir ainsi ceux susceptibles de survenir.

Pour cela, il est essentiel d'avoir recours au dossier-patient composé avec le patient et comportant différentes parties :

- ✓ Informations concernant le patient : sexe, âge, poids, taille, allergie ou intolérance, attitude du patient face à sa maladie, tabagisme, habitudes alimentaires, consommation d'alcool, comportements addictifs, état obstétrical, handicaps, état des fonctions rénales et hépatiques, résultats d'analyse du laboratoire, situation économique et attentes du patient.
- ✓ Pharmacothérapie du patient : médication actuelle (automédication ou nouveaux traitements...), médications antérieures, efficacité ou toxicité des médicaments, voies et techniques d'administration des médicaments.
- ✓ Conditions justifiant une médication : gravité de la pathologie en cours, chronique ou ponctuelle.
- ✓ Membres de l'équipe de soins : médecin traitant, médecin(s) spécialiste(s), pharmacien(s) antérieur(s), entourage familial.

Ce dossier, bien fourni, permet au pharmacien d'avoir une vue plus globale de la santé du patient et de lui délivrer ainsi des recommandations plus adéquates.

- évaluer l'information, c'est-à-dire lister les événements indésirables liés aux médicaments et les classer.
- convenir avec le patient du plan de soins : si le patient est en accord avec le schéma mis en place et comprend bien les raisons justifiant les moments de prise et les posologies, l'observance du traitement n'en sera que meilleure.
- appliquer le plan de soins.
- assurer le suivi : le patient reviendra lors d'un second rendez-vous afin d'évaluer la pertinence du plan de prise mis en place, les éventuels désagréments qu'il aura pu subir... [39].

La pharmacie clinique ou « Pharmaceutical care » au Québec est très développée et les compétences du pharmacien y sont valorisées, certains pharmaciens français l'imaginent comme étant le modèle de la pharmacie française dans 20 à 30 ans, reste à savoir si les patients et les pharmaciens français sont prêts à un tel changement.

III-3.2 Les différents acteurs de santé français sont-ils prêts à une telle évolution dans le parcours de soin ?

Remettre un médicament réservé à la prescription sans présentation de l'ordonnance n'est pas un cas totalement inconnu aujourd'hui. En effet, il y a des situations où une telle décision doit être prise, le pharmacien en assume alors la responsabilité puisque le statut juridique n'est pas forcément très clair dans ce type de situation. Depuis le 7 février 2008, les pharmaciens sont autorisés à renouveler des traitements chroniques dans la limite d'une boîte après expiration de l'ordonnance en cours ; ils avaient déjà obtenu le droit de substitution par des médicaments

génériques en 1999 et ont le droit de prescription pour la contraception d'urgence (2002) ainsi que les substituts nicotiques [22].

Par conséquent, il est de plus en plus question d'officialiser le rôle du pharmacien dans la prescription, dans un cadre défini bien sûr : suivi des maladies chroniques stabilisées, problèmes liés au traitement et ajustement des dosages dans certaines maladies, délivrance des contraceptifs oraux, besoins liés à la prévention tels que certains vaccins (grippe..).

Il faut noter que, depuis peu en France, d'autres professionnels de santé ont obtenu le droit de prescrire dans un cadre défini : les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les sages-femmes et les dentistes. Depuis cet arrêté, les opticiens ont obtenu le droit de renouveler et d'adapter les verres prescrits depuis moins de trois ans. Toutes ces mesures ont pour but de répondre à la raréfaction progressive de la population médicale dans certains territoires [27].

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, les problèmes de financement du système de santé français vont engendrer une modification profonde de son fonctionnement. C'est donc le moment pour les pharmaciens de développer de nouvelles missions et d'avoir de nouvelles perspectives, comme l'explique Isabelle ADENOT, lors de son intervention à Pharmagora 2007, « Quel peut être le rôle du pharmacien face à l'augmentation du nombre de cancers ? au vieillissement de la population ? Quelle participation pouvons-nous apporter au nécessaire développement de la prévention et de l'éducation à la santé ? Quelle place pouvons-nous prendre dans les prochains services à la personne, au maintien à domicile ? Comment participer à la continuité des soins, à l'amélioration du suivi thérapeutique ? Quel droit de prescription ? A l'heure de la télémédecine, quelle utilisation les pharmaciens informatisés peuvent-ils faire des réseaux numériques au bénéfice de la santé ? » [27].

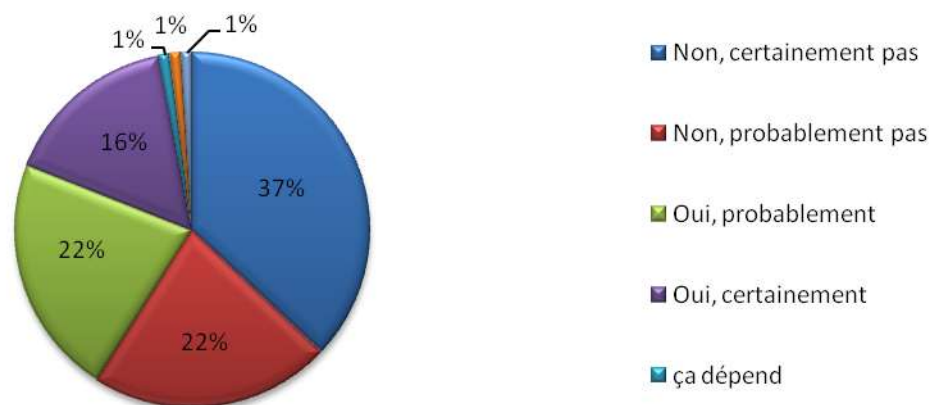
Du point de vue officinal, l'observatoire de pharmacie indiquait en 2005 que 9 pharmaciens sur 10 étaient favorables à la prise en charge du petit risque à l'officine et 7 sur 10 au

renouvellement de médicament chez un patient chronique entre deux visites de contrôle chez le médecin.

Du point de vue des médecins, les avis sont plus partagés puisque 60% d'entre eux se montrent sceptiques, voire s'opposent à une éventuelle implication dans le dépistage des pathologies et des facteurs de risque, à la possibilité de renouveler des traitements même pour des pathologies chroniques et de prescrire en autonomie dans le cadre du « petit risque ». Certains perçoivent même les pharmaciens comme des concurrents [22].

Regardons les résultats de l'étude Harris, réalisée en 2004, sur la prescription pharmaceutique auprès de 250 médecins généralistes [40].

Pourrait-on envisager dans l'avenir que le pharmacien, dans un cadre limité, prescrive des médicaments pour le petit risque en France ?



A votre avis, pourrait-on envisager que le pharmacien joue un rôle de prescription en France ?



Du point de vue du patient, 73 % d'entre-eux sont favorables à une prescription du pharmacien pour des pathologies à petit risque (Enquête Pharmaora-Ipsos, 04/06). Le pharmacien de part sa proximité géographique et sa disponibilité représente l'un des acteurs de santé les plus accessibles.

Malgré tout, même si ce concept de pharmacien prescripteur paraît n'être qu'une évolution et non une révolution, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de problèmes doivent être résolus avant d'officialiser cette nouvelle fonction ; sommes-nous prêts à ces changements ? Qu'avons-nous comme solutions pour les résoudre ? [41]

III-3.3 Quelles évolutions vont être nécessaires afin de mettre en place cette nouvelle mission ?

Tout d'abord, les rapports avec les médecins et les structures hospitalières doivent évoluer. En effet, comme le montre l'enquête citée précédemment, les médecins n'étaient pas majoritairement favorables en 2004. Il est important de bien communiquer entre les différents corps de métier car le cœur du problème semble là ; il s'agit d'un partenariat plutôt qu'un réel transfert de compétences comme l'ont démontré nos voisins anglo-saxons : chacun met ses connaissances au service des autres partenaires de santé pour le bien du patient: le médecin diagnostique et le pharmacien, spécialiste du médicament aide le médecin dans l'acte thérapeutique : il évalue, entre autres, les éventuelles interactions médicamenteuses et/ou effets indésirables.

Le contact avec les structures hospitalières est quasi-inexistant, la mise en place des chimiothérapies à domicile n'a pas permis de résoudre ce problème; on peut espérer que l'arrivée du dossier pharmaceutique, avec un partage ville-hôpital contribue à y remédier. Il semble vraiment primordial que les échanges soient facilités entre les spécialistes/l'hôpital/les médecins traitants et les pharmaciens afin de mieux suivre le patient. Jusqu'à présent, chacun étant cloisonné dans son domaine, le changement prendra inévitablement un certain temps mais la création de réseaux de soins sur des thèmes spécifiques ou encore le suivi d'études ou de formations communes permettront, espérons-le, l'évolution des mentalités [42].

De plus, les informations dont dispose actuellement le pharmacien, ne sont pas assez complètes. Il serait important de pouvoir avoir une vue plus globale du dossier du patient, le dossier pharmaceutique représente certes une avancée, mais il ne concerne que la partie médicamenteuse. Le projet de dossier médical personnel permettrait au pharmacien d'avoir à disposition les bilans biologiques par exemple... Ce qui pourrait éventuellement faciliter

l'explication de certains effets indésirables ou de mieux suivre les traitements anticoagulants ou les traitements des patients diabétiques entre autres.

Par ailleurs, la législation devra également être modifiée puisqu'elle ne permettrait pas, en l'état actuel, de répondre à certaines situations : si le pharmacien devient prescripteur, il devra alors préalablement poser un diagnostic, ce qui lui est interdit jusqu'à présent. Une liste bien définie du champ de prescription du pharmacien devra être réalisée. Le colloque parlementaire du 9 mars 2006 envisageait différents contextes :

- le renouvellement intermédiaire de traitement pour les patients atteints de maladies chroniques,
- le traitement des affections bénignes, des affections courantes et symptomatiques,
- La prévention et le dépistage,
- les prescriptions facilitant une meilleure coordination à l'intérieur des réseaux de soins, dans le cadre du maintien à domicile,
- la traumatologie : soins et tri,
- l'addiction : accompagnement et suivi des patients dans le cadre d'un réseau de soins,
- les vaccinations.

Par définition, une « prescription » n'est pas nécessairement sanctionnée par une ordonnance.

Par conséquent, lors d'un conseil au comptoir, le pharmacien réalise déjà une prescription.

A l'avenir, il est évoqué la formalisation écrite de ces conseils, faisant suite à un interrogatoire détaillé et individualisé, et pouvant ouvrir droit à un remboursement. Jusqu'à présent, les posologies, indications ou moments de prises étaient indiqués sur le boitage des médicaments, mais certains groupements de pharmaciens ont, depuis peu, réalisé des fiches conseils, sur lesquelles ils notent les informations orales délivrées au patient et qu'ils leur remettent [27].

Les locaux des officines devront également évoluer. Un espace de confidentialité permettant de faire un interrogatoire plus détaillé devra être créé. En découlent les problèmes de disponibilité du pharmacien et des équipes officinales qui peuvent être en sous-nombre. Les pharmaciens titulaires se plaignent régulièrement du temps qu'ils passent pour gérer la partie administrative de leurs officines : rendez-vous commerciaux, comptabilité... Suivant l'exemple du Québec, l'ouverture du capital des pharmacies, évoqué depuis un certain temps, permettrait-il de recentrer le pharmacien sur son rôle médico-social en laissant la partie commerciale à des gestionnaires ?

Par ailleurs, le droit de prescrire pour les officinaux ne doit pas engendrer de dérives au niveau des dépenses médicamenteuses. Prescripteur et dispensateur... la tentation peut être grande de prescrire plus que nécessaire. La consommation de médicaments en France est élevée et à tendance à augmenter, il ne faudrait pas que ce nouveau rôle du pharmacien l'intensifie. Or, si l'un des objectifs de cette mission est de contribuer à diminuer le déficit de la Sécurité sociale : il serait préjudiciable pour la profession qu'elle provoque l'effet inverse.

Enfin, le problème posé par la formation reste l'un des points les plus importants à régler. Nous l'avons déjà dit, la formation universitaire telle qu'elle est actuellement, ne permet pas de répondre à ces nouvelles modalités d'exercice de la pharmacie. Or, la mise en place de la prescription pharmaceutique pourrait passer par l'obtention d'une accréditation correspondant à une validation d'acquis. Il faut donc que les futurs pharmaciens soient préparés à prescrire : pourquoi ne pas imaginer que ces modules soient réalisés avec des étudiants en médecine ? On pourrait attendre de la formation universitaire une réelle préparation au métier qui les attend : qu'ils sachent mener un interrogatoire, qu'ils aient une vue d'ensemble de la symptomatologie des pathologies aux traitements. Il pourrait être envisagé d'intégrer des cours de sémiologie dès la deuxième année ainsi que la mise en place de stages pratiques hospitaliers plus tôt dans le cursus afin d'avoir une meilleure vision de la prise en charge du

patient, d'avoir des réponses à lui fournir, à l'officine, sur les examens qu'il peut subir à l'hôpital... L'écoute, la disponibilité et le conseil sont importants pour le patient, un enseignement sur la prise en charge psychologique d'un patient algique, cancéreux ou encore dépressif pourrait être réellement bénéfique [27].

Pour les pharmaciens en exercice, la formation continue n'est pas toujours facile à mettre en place par manque de temps ou de moyen, mais elle semble néanmoins nécessaire : les thérapeutiques évoluent vite, des médicaments d'automédication apparaissent régulièrement... Des moyens sont déjà mis à disposition pour faciliter l'accès à l'information : journaux (Moniteurs de pharmacie, impact pharmacien...), magazines, les nouvelles du Conseil de l'ordre, des bases de données... Malgré tout, il serait important de développer davantage de structures annexes telles info diabète, Medqual ... permettant de répondre à des questions précises posées au comptoir par le patient et pour lesquelles nous restons sans réponse ou manquons de temps pour effectuer une recherche bibliographique.

Cette remise à niveau de la formation nécessitera des efforts, mais le jeu n'en vaut-il pas la chandelle ? Un enseignement conjoint médecins-pharmaciens, sur une partie du cursus semble être l'une des meilleures solutions pour faciliter les collaborations futures entre les différents professionnels de santé et surtout, pour optimiser au maximum la dispensation des soins au patient : du diagnostic à la prise en charge médicamenteuse [41].

Conclusion

Du fait du contexte socio-économique difficile actuel, il apparaît clairement que la profession de pharmacien d'officine, telle qu'on la connaissait jusqu'à présent va considérablement évoluer.

En effet, le monopole pharmaceutique est attaqué par les magasins spécialisés (phytothérapie, aromathérapie...) ainsi que par les parapharmacies des supermarchés. Le libre accès de certains médicaments, mis en place initialement dans le but de diminuer le prix d'achat pour les patients, y crée également une brèche. De plus, l'annonce de l'ouverture du capital des pharmacies à des non-pharmaciens risque de modifier le maillage territorial actuel ainsi que le fonctionnement officinal (pharmacien gérant, gestion des commandes, politique de prix).

Toutefois, les patients sont de plus en plus demandeurs d'informations sur leur santé : les effets à long terme de leur traitement chronique ou les éventuels désagréments qui y sont liés ; le déroulement d'un examen qu'ils doivent réaliser, l'interprétation de leur prise de sang... mais également sur des produits de santé vus sur internet ou dans des magazines. Le pharmacien est ainsi de plus en plus sollicité dans un rôle de professionnel de santé compétent et disponible mais également comme un garde-fou.

De plus, du fait de notre société relativement individualiste, le patient retrouve en venant voir son pharmacien, de l'écoute et de l'attention : la délivrance de l'ordonnance peut donner lieu à des échanges sur des difficultés de communication avec des parents, des problèmes dans un couple stérile, des moments de doute pour un patient cancéreux... Finalement, malgré les changements fondamentaux que vont probablement subir les officines françaises, les pharmaciens vont retrouver l'essence de leur métier : la prise en charge thérapeutique globale du patient.

Bibliographie

- [1] www.musee-assurance-maladie.com. Consulté le 07 juillet 2008
- [2] Guillaume M. La Sécurité Sociale, son histoire à travers les textes ; Tome I 1780-1870 ; Ed. CHSS 1980 ; 726 pages
- [3] Gueslin A. L'Etat, l'économie et la société française, XIX-XXème siècle ; Paris ; Ed. Hachette ; 1992 ; 249 pages
- [4] Rosanvallon P. L'Etat en France de 1789 à nos jours ; 2^{ème} édition ; Paris ; Ed. Seuil ; 1993 ; 354 pages
- [5] Kohler P, Zacher H. Un siècle de Sécurité Sociale (1881-1981) ; l'évolution en Allemagne, France, Grande-Bretagne, Autriche et Suisse ; en collaboration avec Hesse P.J, Université de Nantes ; 1982 ; 644 pages
- [6] Braudel F, Labrousse E. Histoire économique et sociale de la France ; Tome IV, vol. 2 et 3 (depuis 1914) ; 2^{ème} édition ; Paris, Ed. PUF ; 1993 ; 589-1847 pages
- [7] Valat B. Histoire de la Sécurité Sociale (1945-1967) ; Ed. Economica, 2001 ; 514 pages
- [8] Guillaume P. Histoire sociale de la France au XXème siècle ; Paris ; Ed. Masson ; 1992 ; 248 pages
- [9] Mouriaux R. Les syndicats dans la société française ; Paris ; Presses de la FNSP ; 1983 ; 271 pages
- [10] Catrice-Lorey A. L'Etat social en France ; genèse et évolution d'un modèle institutionnel (1920-1996), in Un siècle de Protection sociale en Europe ; Paris ; Ed. CHSS-AEHSS ; 2001 ; 59-91 pages
- [11] CHSS. L'esprit de réforme dans la Sécurité Sociale à travers son Histoire ; Colloque du 16 novembre 2005 ; Ed. Documentation française ; 200 pages
- [12] Bichot J. Economie de la protection sociale ; Paris ; Ed. Armand Colin ; 1992 ; 333 pages

- [13] Galant H. Histoire politique de la Sécurité sociale en France (1945-1952) ; Paris ; Ed. Armand Colin ; 1955 ; 200 pages
- [14] Mills C, Caudron J. Protection sociale : Economie et politique, débats actuels et réformes ; Lonrai ; Ed. Gualino ; 2006 ; 260 pages
- [15] www.sante-jeunesse-sport.gouv.fr. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2008 ; 50 pages. Consulté le 26 juillet 2008
- [16] www.securite-sociale.fr. Organigramme institutionnel de la sécurité sociale ; dernière modification 01/08. Consulté le 26 juillet 2008
- [17] www.sante-jeunesse-sport.gouv.fr. Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie ; présidé par Fragonard B. ; juin 2007 ; 150 pages. Consulté le 10 août 2008
- [18] Fenina A, Geffroy Y. Comptes nationaux de la santé 2006, Document de travail ; DREES ; n°114 ; Septembre 2007 ; 69 pages
- [19] Graphos, CNRS. Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé : description et analyse des dispositifs des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord ; septembre 2003 ; 148 pages
- [20] www.ordre.pharmacien.fr. La profession pharmaceutique en France ; version 2008 ; 7 pages. Consulté le 14 août 2008
- [21] Marin F, Barranos A. Le métier de pharmacien : contenu et perspectives du rôle de premier recours ; Ed. ONDPS ; janvier 2006 ; 69 pages
- [22] Académie nationale de Pharmacie. Evolution des pratiques professionnelles en pharmacie d'officine ; Ministère de la Santé et des Solidarités, octobre 2005 ; 25 pages
- [23] Conseil national de l'Ordre des médecins. Rapport de la Commission nationale permanente ; Liberté d'installation, liberté d'exercice : Quelle médecine pour quels médecins ; juin 2006 ; 46 pages

- [24] www.conseil-national.medecin.fr ; démographie médicale ; chiffres 2007. Consulté le 20 août 2008
- [25] www.sante-jeunesse-sport.gouv.fr. Rapport annuel 2006-2007 de l'Observatoire National des Professions de Santé ; 70 pages. Consulté le 15 septembre 2008
- [26] www.sante-jeunesse-sport.gouv.fr. Commission des comptes de la Sécurité Sociale : les prestations vieillesse ; Résultats 2007 – Prévisions 2008 ; 255 pages. Consulté le 26 septembre 2008
- [27] www.ordre.pharmacien.fr. La pharmacie d'officine en France : Bilan et perspectives ; Livre blanc janvier 2008 ; 94 pages. Consulté le 26 septembre 2008
- [28]. www.sante-jeunesse-sport.gouv.fr. Présentation du projet de loi : « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » ; octobre 2008 ; 40 pages. Consulté le 10 novembre 2008
- [29] IPSOS Santé. Etude : les français et leur pharmacien ; Rapport d'étude ; janvier 2008 ; 20 pages
- [30] Code de la Santé publique ; 21^{ème} édition ; 2007 ; Ed. Dalloz
- [31] www.ordre.pharmacien.fr. Fiche technique CESPARM par le docteur Postel N. et le docteur Bobrie G. ; janvier 2006 ; 8 pages. Consulté le 20 novembre 2008
- [32] Wickaert H. Exemple de procédure qualité appliquée à l'officine, Faculté de Pharmacie de Lille, 2008. Consulté le 20 novembre 2008
- [33]. www.sante-jeunesse-sport.gouv.fr. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, position des acteurs ; juillet 2006 ; 31 pages. Consulté le 01 décembre 2008
- [34] www.uspo.fr. Union des Syndicats de pharmaciens d'officine ; « Consultations pharmaceutiques rémunérées », protocole d'accord entre MTRL/ACM et l'USPO, 23 juillet 2008. Consulté le 15 décembre 2008

- [34] www.onco-paysdelaloire.asso.fr. Soins à domicile en cancérologie ; projet régional de coordination « Etablissement / Domicile » à partir des actions réalisées par les réseaux territoriaux de Saint Nazaire et de Nantes ; juin 2007 ; 19 pages. Consulté le 15 décembre 2008
- [35] www.ordre.pharmacien.fr. Le Dossier Pharmaceutique ; Dossier de Presse ; 24 juin 2008 ; 24 pages. Consulté le 03 janvier 2009
- [36] Simon L. Patients, c'est l'heure du bilan ; Le pharmacien de France ; 2008 ; 1204 : 12
- [37] Vers des pharmaciens britanniques prescripteurs à part entière. Les nouvelles pharmaceutiques ; 2005 ; 310 ; 12-13
- [38] Silvan F. Prescription pharmaceutique ; Le moniteur des Pharmaciens ; 2005 ; 2586 ; cahier 1 : 20-29
- [39] Ordre des pharmaciens au Québec. Soins pharmaceutiques : Formation individualisée en contexte de mise à jour pour le pharmacien ; 2007 ; 48 pages. Consulté le 12 janvier 2009
- [40] Enquête Harris. La prescription pharmaceutique, vu par les médecins ; décembre 2004
- [41] Colloque parlementaire. Le pharmacien de demain : acteur central de la chaîne de soins ; 9 mars 2006
- [42] Mercier A.L. Prescription : un nouveau pouvoir pour le pharmacien ; Les nouvelles pharmaceutiques; 2006 ; 71-73

NOM-PRENOM : CORMERAIS Anne Cécile

Titre de la thèse : PHARMACIEN, UN METIER AU CŒUR DU PAYSAGE SOCIAL : ETAT DES LIEUX ET EVOLUTION

Résumé de la thèse :

L'ouverture du capital des officines, les offensives de certains supermarchés pour la mise à disposition de médicaments dans leurs parapharmacies... autant d'informations qui ont fait l'actualité pharmaceutique en 2008. Le but de cette étude est de faire un état des lieux de la pharmacie française actuelle et de voir ses perspectives d'avenir.

L'officine étant étroitement liée à la protection sociale, nous verrons la manière dont a été mise en place la sécurité sociale en France, ainsi que son organisation actuelle.

Nous poursuivrons en faisant un bilan du paysage social actuel, afin d'y découvrir les grandes problématiques de notre système de santé et la place du pharmacien dans ce contexte.

Pour conclure, nous verrons quelles directions peut prendre la profession de pharmacien d'officine afin d'assurer sa pérennité.

MOTS CLES

PHARMACIEN D'OFFICINE, EVOLUTION, PROTECTION SOCIALE, ETAT DES LIEUX, CONSULTATION PHARMACEUTIQUE, PHARMACIEN PRESCRIPTEUR.
