La permanence de soins à l'officine, aspects juridiques et pratiques

Camille Lecerf

▶ **To cite this version:**

Camille Lecerf. La permanence de soins à l'officine, aspects juridiques et pratiques. Sciences pharmaceutiques. 2010. dumas-00593147

HAL Id: dumas-00593147

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593147

Submitted on 13 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2010 N°

LA PERMANENCE DE SOINS A L'OFFICINE, ASPECTS JURIDIQUES ET PRATIQUES

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLOME D'ETAT

LECERF Camille

Née le 19 avril 1986 à Annecy (74)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le : 17 décembre 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury :

Membres :

Mme DELETRAZ DELPORTE Martine

M. DANEL Vincent

M. GRABIT Bernard

M. BRUNET Jean-Marc

UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE

UNIVERSITE
JOSEPH FOURIER
SCIENCES.TECHNOLOGIE.SANTÉ.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice –Doyen et Directeur des Etudes : Mme **Edwige NICOLLE**

Année 2009-2010

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE (N=17)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (LR)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wilhelm	Physique (U.V.H.C.I)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (GREPI – TIMC)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2 / PU-PH)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	Renée	Parasitologie - Mycologie Médicale (Directeur UFR / LAPM, PU-PH)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (Therex, TIMC)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biochimie - Biotechnologie (IAB, PU-PH)
RIBUOT	Christophe	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie Nutrition (L.B.F.A)
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

Mise à jour le 03/09/2009

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE - TELEPHONE +33 (0)4 76 63 71 00 - FAX +33 (0)4 76 63 71 70

UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE

UNIVERSITE
JOSEPH FOURIER
SCIENCES.TECHNOLOGIE.SANTÉ.

PROFESSEUR EMERITE (N=1)

FAVIER	Alain

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (N=2)

RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché - CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier - CHU)

PROFESSEUR AGREGE (PRAG) (N=1)

GAUCHARD	Pierre Alexis	Chimie (D.P.M.)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot
LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 03/09/2009

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE - TELEPHONE +33 (0)4 76 63 71 00 - FAX +33 (0)4 76 63 71 70

UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE

UNIVERSITE
JOSEPH FOURIER
SCIENCES.TECHNOLOGIE.SANTÉ.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice –Doyen et Directeur des Etudes : Mme **Edwige NICOLLE**

Année 2009-2010

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE (n = 32)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie - Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (ThEMAS TIMC-IMAG / MCU-PH)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B - LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (U.V.H.C.I)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A.)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S.)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M.)
GERMI	Raphaële	Microbiologie (U.V.H.C.I. / MCU-PH)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M.)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie –Pharmacologie (HP2)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
MELO DE LIMA	Christelle	Probabilités Biostatistiques (LE.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique (D.P.M.)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M)
PINEL	Claudine	Parasitologie - Mycologie Médicale (CIB / MCU-PH)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M.)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M.)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie organique (D.P.M.)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (VP Form Adjoint UJF, D.P.M.)

Mise à jour du 03/09/2009

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE - TELEPHONE +33 (0)4 76 63 71 00 - FAX +33 (0)4 76 63 71 70

ENSEIGNANTS ANGLAIS (N = 3)

COLLE Pierre Emmanuel	Maître de Conférence
FITE Andrée	Professeur Certifié
GOUBIER Laurence	Professeur Certifié

ATER (N = 5)

ATER	**ELAZZOUZI** Samira	Pharmacie Galénique
ATER	**SHEIKH HASSAN** Amhed	Pharmacie Galénique
ATER	**MAS** Marie	Anglais Master ISM
ATER	**ROSSI** Caroline	Anglais Master ISM
ATER	**SAPIN** Emilie	Physiologie Pharmacologie

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE - TELEPHONE +33 (0)4 76 63 71 00 - FAX +33 (0)4 76 63 71 70

LA PERMANENCE DE SOINS A L'OFFICINE, ASPECTS JURIDIQUES ET PRATIQUES

REMERCIEMENTS

A **Mme Martine DELETRAZ-DELPORTE**, pour avoir accepté de diriger ma thèse et de présider mon jury. Merci pour tout le temps que vous m'avez consacré, pour la confiance que vous m'avez accordée et pour toute l'aide que vous m'avez apportée pour la réalisation de ma thèse.

A **M. Vincent DANEL** et **M. Jean Marc BRUNET**, pour l'intérêt porté à mon travail et pour avoir accepté de prendre part à mon jury.

A **M. Bernard GRABIT**, pour m'avoir guidée et entourée pendant mes 6 mois de stage officinal, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A **mes parents**, merci de m'avoir soutenue tout au long de mes études, de m'avoir fait confiance, et de m'avoir épaulée pour cette thèse.

A **mes amis**, qui ont toujours été là pour moi et m'ont aidé à la finalisation de cette thèse, un merci particulier à Charlotte, Emy et Laure.

A **Claude COCHEREL**, pour avoir pris le temps de me faire parvenir les documents dont j'avais besoin et pour avoir répondu à mes questions.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS **12**

LISTE DES FIGURES **14**

INTRODUCTION **16**

PARTIE I : CADRE JURIDIQUE **18**

1. DEFINITION DE L'URGENCE 19

2. METIER DE PHARMACIEN 20

2.1. Conditions d'exercice du pharmacien 20

2.2. La dispensation pharmaceutique 21

2.3. La formation continue 24

2.4. Dispositions pénales 25

3. DESCRIPTION D'UNE PERMANENCE DE SOINS A l'OFFICINE 26

3.1. Lieu/Agencement 26

3.2. Matériel/Stock 26

3.3. Personnel 32

3.4. Horaires 33

3.5. Rémunération 33

4. PRESCRIPTEURS HABILITES 38

4.1. Médecin 38

4.2. Sage-femme 38

4.3. Chirurgien dentiste 39

4.4. Vétérinaire 39

4.5. Infirmier 39

4.6. Masseur kinésitherapeute 40

4.7. Pédicure podologue 40

5. POPULATION CIBLE : 41

PARTIE 2 : DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PERMANENCE DES SOINS PHARMACEUTIQUES 42

1. DESERTIFICATION MEDICALE 43

2. IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE DE GARDE 46

Affichage sur la pharmacie, répondeur de la pharmacie 46

Numéro de téléphone 46

Internet 46

Presse Locale et gendarmerie 47

3. CAS PARTICULIERS DE PRESCRIPTION 48

3.1. Ordonnance expirée : 48

3.2. Stupéfiants et assimilés : 50

4. SECURITE 52

5. GESTION DU STOCK 56

5.1. Que faire si la spécialité prescrite n'est pas tenue en stock? 56

5.2. Grossistes-répartiteurs : 57

5.3. Tableaux d'équivalence thérapeutique : 59

PARTIE 3 : SOLUTIONS, PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES 61

1. MEDICAMENTS D'URGENCE A AVOIR EN STOCK 62

1.1. Classes de médicaments les plus prescrites 63

1.2. Molécules les plus prescrites 65

1.3. Médicaments a avoir en stock pendant les périodes de gardes hivernales 67

2. MAISONS MEDICALES DE GARDE 76

1. La Permanence de soins actuelle 76

2. Les Maisons médicales de garde 77

3. Meilleure organisation des tours de garde 78

3. PRESCRIPTIONS TELEPHONIQUES DANS LE CADRE DE LA REGULATION MEDICALE 79

3.1. Espace temps : 79

3.2. Professionnels ciblés : 79

3.3. Difficultés posées et à prendre en compte dans le cas de la prescription téléphonique : 79

3.4. Champ d'application de la prescription téléphonique 80

3.5. Modalités de prescription téléphonique 81

3.6. Le pharmacien à l'officine 82

3.7. Sécurité et confidentialité 83

PARTIE 4 : DISCUSSION 84

1. POPULATION ET ORDONNANCES EN GARDE 85

Contexte des chiffres de la CPAM d'Annecy : 85

Analyse : 86

2. LES PHARMACIENS DANS LES MAISONS MEDICALES DE GARDE 91

3. LES PRESCRIPTIONS TELEPHONIQUES HORS CADRE DE LA REGULATION MEDICALE 94

4. LES MEDECINS ET LES GARDES 97

4.1. Le principe de sectorisation 97

4.2. Le principe du volontariat 98

CONCLUSION 100

ANNEXES 104

BIBLIOGRAPHIE 121

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMU : Aide Médicale d'Urgence

ARS : Agence Régionale de Santé

ATC : Anatomical Therapeutic Chemical

CDM : Code de Déontologie Médicale

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNHIM : Centre National Hospitalier d'Information sur les Médicaments

CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins et des transports sanitaires

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

DDASS : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

DCI : Dénomination Commune Internationale

DP : Dossier Pharmaceutique

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EphMRA : European Pharmaceutical Market Research Association

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

JO : Journal Officiel

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Mission Régionale de Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PDS : Permanence Des Soins

PIH : Prescription Initiale Hospitalière

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RH : Réserve Hospitalière

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SNCF : Société Nationale des Chemins de Fer

TR : Territoire de Répartition

LISTE DES FIGURES

Figure 1 (p.48) : Graphique représentant le nombre d'agressions déclarées chaque année au Conseil Central A

Figure 2 (p.53) : Table d'équivalence des corticoïdes

Figure 3 (p.54) : Table d'équivalence des morphiniques – Version 4 – Octobre 2008 – Fédération des Soins Palliatifs et soins de support du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Grenoble

Figure 4 (p.58) : Tableau donnant le pourcentage de médicaments délivrés par classe EphMRA dimanches et nuits confondus

Figure 5 (p.60) : Tableau donnant le pourcentage de médicaments délivrés par classe ATC, dimanches et nuits confondus

Figure 6 (p.80) : Diagramme représentant les délivrances d'ordonnances en fonction de la date à laquelle elles ont été réalisées par le médecin, en moyenne sur les 6 dimanches étudiés.

Figure 7 (p.80) : Diagramme représentant les délivrances d'ordonnances en fonction de la date à laquelle elles ont été réalisées par le médecin, en moyenne sur les 9 nuits étudiées.

Figure 8 (p.82) : Histogramme représentant le nombre de patients étant venus en moyenne le jour ou la nuit pendant les périodes étudiées avec une ordonnance, toutes pharmacies confondues.

Figure 9 (p.82) : Histogramme représentant le nombre de boîtes délivrées sur ordonnance en moyenne la nuit ou le jour pendant les périodes étudiées, toutes pharmacies confondues.

Figure 10 (p.83) : Graphique représentant l'âge des personnes venues avec une ordonnance, toutes pharmacies confondues, pendant les périodes étudiées.

INTRODUCTION

La permanence de soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient.

Rapport Descours 2003

« *Un service de garde est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des jours d'ouverture généralement pratiqués par les officines dans une zone déterminée. Un service d'urgence est organisé pour répondre aux demandes urgentes en dehors des heures d'ouverture généralement pratiquées par ces officines.* »

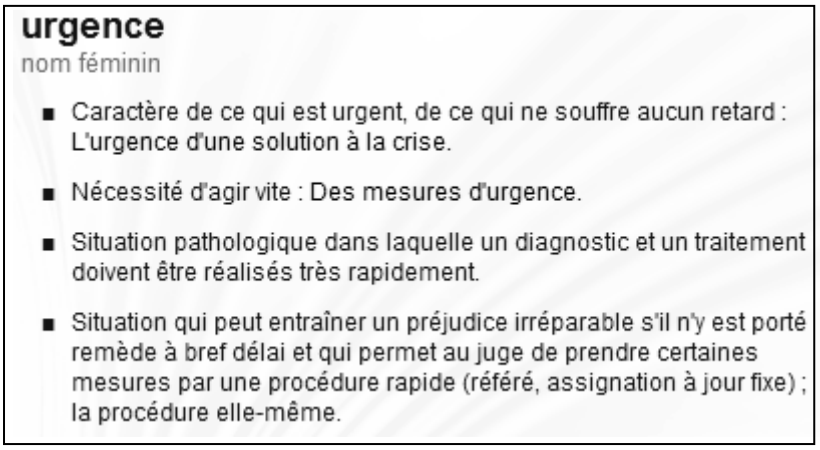
Article L-5125-22 du CSP, Chapitre V, Titre II, Livre Ier, Cinquième partie

La permanence des soins pharmaceutique est obligatoire, toutes les officines participent à cet effort pour accueillir le public à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit, tous les jours de l'année. Cela n'est pas sans difficultés. Les officinaux sont directement confrontés à la prise rapide de décisions face à des patients qu'ils ne connaissent pas, et parfois sans aide possible du médecin prescripteur. Il faut rapidement évaluer la balance bénéfice/risque pour le patient, tout en respectant la loi.

Cette thèse a pour objectif de faciliter la mise en place d'une permanence de soins au sein d'une officine, tant par la mise en lumière du cadre juridique dans une première partie, que par le soulèvement de questions et de propositions dans une seconde partie auxquelles nous essaierons de répondre du mieux que nous le pourrons tout au long de la thèse.

PARTIE I : CADRE JURIDIQUE

1. DEFINITION DE L'URGENCE



urgence

nom féminin

- Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard : L'urgence d'une solution à la crise.
- Nécessité d'agir vite : Des mesures d'urgence.
- Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.
- Situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai et qui permet au juge de prendre certaines mesures par une procédure rapide (référé, assignation à jour fixe) ; la procédure elle-même.

Larousse – www.larousse.fr – consulté le 10/04/10

Les articles 223-6 et 223-7 du code Pénal condamnent la non-assistance à personne en danger ainsi que l'entrave à l'assistance à cette personne.

La difficulté est donc d'agir, rapidement, et de prendre la bonne décision pour la personne en danger, dans la limite des moyens disponibles. Il faut aussi prendre en compte la gravité de l'urgence, le SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) définit 4 niveaux d'urgence (R1 à R4), de l'urgence vitale pour laquelle la personne risque de perdre la vie ou d'avoir de graves séquelles irréversibles, à l'urgence modérée, pour laquelle un simple conseil médical ou la prise d'un médicament suffit.

En urgence, le pharmacien doit peser le pour et le contre. Il doit évaluer le risque : vaut-il mieux donner un médicament ou pas, quelles sont les conséquences de la « non-délivrance », ou de la délivrance. Enfin, il faut aussi savoir orienter le patient vers la structure de soins appropriée.

Comme pour une délivrance normale, le patient doit ressortir de la pharmacie avec une réponse, avec le bon conseil, le bon médicament et toutes les informations nécessaires à la bonne observance de son traitement.

2. METIER DE PHARMACIEN

La profession de pharmacien est une profession libérale à part, soumise entre autres au code de la santé publique (et donc au code de déontologie), mais aussi au code de la consommation. Le code de la sécurité sociale régit la prise en charge des prestations et produits de santé par des organismes de protection sociale.

2.1. CONDITIONS D'EXERCICE DU PHARMACIEN

3 conditions sont préalables à l'exercice de la pharmacie :

« Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit les conditions suivantes :

1° Être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre définis aux articles L. 4221-2 à L. 4221-8 ;

2° Être de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou ressortissant d'un pays dans lequel les Français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays ;

3° Être inscrit à l'ordre des pharmaciens. »

Article L4221-1 du CSP, Chapitre Ier, Titre II, Livre II, Quatrième partie

Les pharmaciens peuvent se faire assister de préparateurs en pharmacie dans l'exercice de leurs fonctions :

« Les préparateurs en pharmacie sont seuls autorisés à seconder le titulaire de l'officine et les pharmaciens qui l'assistent dans la préparation et la délivrance au public des médicaments destinés à la médecine humaine et à la médecine vétérinaire.

Ils assument leurs tâches sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien. Leur responsabilité pénale demeure engagée. »

Article L4241-1 du CSP, Chapitre Ier, Titre IV, Livre II, Quatrième partie

Les préparateurs restent sous la responsabilité du pharmacien et ne peuvent en aucun cas le remplacer, le texte parle bien de « seconder » le pharmacien. En cas de litige relevant d'un acte accompli par un préparateur, la responsabilité civile engagée est celle du pharmacien titulaire.

2.2. LA DISPENSATION PHARMACEUTIQUE

Un objectif de qualité est fixé par le code de déontologie et par la sécurité sociale, les pharmaciens se sont engagés à y répondre.

L'article 48 du code de déontologie précise l'acte de dispensation :

« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1° L'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 du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »

Art. R.4235-48 du CSP, Sous-Section I, Section 3, Chapitre V, Titre III, Livre II, Quatrième partie

Le secret professionnel doit être garanti lors de la dispensation des médicaments, comme le précise l'article 55 du code de déontologie.

La sécurité sociale confirme et complète ces exigences par le présent article de la convention signée entre les pharmaciens et l'assurance maladie :

« *Les partenaires conventionnels confirment leur volonté de poursuivre la recherche permanente de la qualité de la dispensation pharmaceutique des produits de santé. Ils soulignent les principaux éléments concourant à cette qualité :*

– favoriser l'observance des traitements ;

– prévenir les incidents ou accidents iatrogènes ;

– prodiguer des conseils de prévention ;

– développer l'éducation thérapeutique du patient ;

– exercer si nécessaire en coordination avec les autres professionnels de santé ;

– soutenir les campagnes de santé publique et participer, le cas échéant, à leur élaboration. »

Article 17, Sous Titre II, Titre II de l'Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

Ainsi, par tous les moyens mis à leur disposition (y compris la concertation avec les autres professionnels de santé), les pharmaciens doivent s'assurer de la bonne compréhension, pour la bonne utilisation par le patient, du dispositif médical ou du médicament. Ils doivent effectuer un suivi de leur utilisation par les patients.

Articles 17 à 23, Sous Titre II, Titre II de l'Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

« Les partenaires conviennent que la transmission aux patients de ces informations est particulièrement nécessaire dans plusieurs situations, notamment :

– dispensation de traitements à des enfants en bas âge ;

– initialisation ou modification d'un traitement chronique ;

– affection de longue durée ;

– dispensation de traitements à des personnes âgées ;

– suivi des patients sous traitement particulier ;

– dispensation de médicaments à conditions de prescription et de délivrance particulières.

Les informations et préconisations suivantes sont alors fournies aux patients :

– la posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques par exemple) ;

– la durée de traitement ;

– les précautions d'emploi ;

– les informations nécessaires au bon usage du médicament délivré, et en particulier en cas de dispensation de médicaments génériques ;

– les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient. »

Article 19, Sous Titre II, Titre II de l'Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

Durant la permanence des soins, quelques dispositions particulières sont rendues obligatoires par la convention signée entre les pharmaciens et la sécurité sociale. Les pharmaciens doivent informer le consommateur de la majoration induite lors d'une délivrance pharmaceutique en dehors des ouvertures de la pharmacie. Le texte précise que l'information doit être affichée lisiblement pour le consommateur.

Article 31.3, Sous Titre V, Titre II de l'Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

Toutes ces exigences sont maintenues lors de la dispensation à domicile.

2.3. LA FORMATION CONTINUE

L'avancée de la médecine et de la technologie rend la formation continue incontournable, elle est obligatoire pour tout professionnel de santé.

Article 22, Sous Titre V, Titre II de l'Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

2.4. DISPOSITIONS PENALES

Le fait d'exercer un acte réservé au pharmacien, appartenant au monopole pharmaceutique, sans y être autorisé relève de l'exercice illégal de la pharmacie (différent de l'usurpation de titre). Le CSP (Code de la Santé Publique) définit ainsi les sanctions appliquées aux personnes usurpant les fonctions de pharmacien ou de préparateur :

« Le fait de se livrer à des opérations réservées aux pharmaciens, sans réunir les conditions exigées par le présent livre, constitue l'exercice illégal de la profession de pharmacien. Cet exercice illégal est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. »

Article L4223-1 du CSP, Chapitre III, Titre II, Livre II, Quatrième partie

« L'exercice illégal de la profession de préparateur en pharmacie et de préparateur en pharmacie hospitalière est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Article L4243-1 du CSP, Chapitre III, Titre IV, Livre II, Quatrième partie

3. DESCRIPTION D'UNE PERMANENCE DE SOINS A L'OFFICINE

3.1. LIEU/AGENCEMENT

La dispensation des médicaments lors d'une garde se fait obligatoirement au sein d'une **officine**, seul lieu agréé pour la dispensation des médicaments.

Le CSP la définit ainsi :

« On entend par officine l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales. »

Article L5125-1 du CSP, Chapitre V, Titre II, Livre Ier, Cinquième partie

La délivrance en garde peut se faire :

- A guichet ouvert : officine ouverte, les patients peuvent entrer dans la pharmacie.
- A guichet fermé : le patient ne peut pas entrer dans la pharmacie.

3.2. MATERIEL/STOCK

Les différents produits que l'on peut vendre en officine (listés en annexe 1) sont soumis à différentes législations. L'objet de cette partie n'est pas d'étudier les différents types de délivrance des produits mais de soulever les problèmes que peuvent poser ces délivrances particulières et de faciliter leur délivrance, particulièrement lors d'une garde.

PRODUITS EN VENTE LIBRE

Comme tous les biens de consommation, même à caractéristiques spécifiques, leur vente est liée à un contrat, ainsi que le définit le code de la consommation.

« Tout professionnel vendeur de biens ou prestataire de services doit, avant la conclusion du contrat, mettre le consommateur en mesure de connaître les caractéristiques essentielles du bien ou du service. En cas de litige, il appartient au vendeur de prouver qu'il a exécuté cette obligation. »

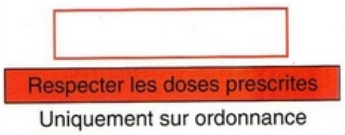
Article L. 111-1 du Code de la Consommation, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre 1er

Tous les produits vendus dans une officine sont soumis au code de la consommation.

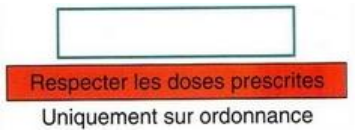
SUBSTANCES VENENEUSES

Les médicaments peuvent faire partie de la liste I ou de la liste II, ou encore des stupéfiants. Ces médicaments ne peuvent être en accès direct au public.

- *Liste I* : La délivrance des produits de la liste I n'est pas renouvelable sauf mention contraire du prescripteur. Le conditionnement extérieur du médicament porte ces mentions :



- *Liste II* : La délivrance des produits de liste II est renouvelable, sauf mention contraire du prescripteur, dans la limite d'un an. Le renouvellement n'est remboursé que s'il est mentionné par le prescripteur. Les produits de la liste II comportent les mêmes mentions sur le conditionnement extérieur que les produits de la liste I mais assorties d'un rectangle vert.



- *Stupéfiants* : Ils sont soumis à une délivrance particulière, avec inscription sur un ordonnancier spécifique et peuvent être délivrés à l'unité près. L'ordonnancier informatique est aujourd'hui possible. Les stupéfiants sont conservés dans un coffre fermé à clef, la durée maximale de dispensation des stupéfiants est de 28 jours, mais pour certains stupéfiants la durée maximale est plus faible (Cf Annexe 2). La délivrance des stupéfiants se fait de manière fractionnée, sauf si l'ordonnance porte la mention « à délivrer en une seule fois ». La totalité de l'ordonnance ne peut être délivrée que si elle date de moins de 3 jours. Sinon on ne peut donner que le traitement pour le nombre de jours restants.

  La gestion de ce type d'ordonnance est traitée dans la seconde partie.

LES MEDICAMENTS D'EXCEPTION

Ces médicaments sont remboursés ou pris en charge uniquement si leur prescription est rédigée sur une « ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception» conforme, laquelle comporte 4 volets :

- le premier exemplaire est pour l'assuré (volet 1) ;

- les deuxième et troisième volets sont à joindre à la feuille de soins en vue du remboursement dont un est destiné au contrôle médical (volet 2 et 3) ;

- le dernier volet est à conserver par le pharmacien (volet 4).

Sont apposés par le pharmacien sur l'ordonnance :

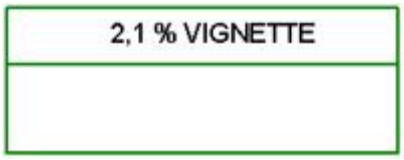
- la date de délivrance ;

- le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier ;

- les quantités délivrées ;

- le timbre de la pharmacie sur les 4 volets.

Un cadre vert est porté sur le conditionnement extérieur :



Les médicaments d'exception sont souvent des médicaments onéreux non détenus en stock par la pharmacie, on peut réorienter le patient vers la Pharmacie à Usage Intérieur de l'hôpital en cas de défaut de stock.

Êtant donné leur statut d'exceptionnel, et la qualité nécessaire des prescripteurs, il parait difficile de délivrer ce médicament sans avis médical et sans historique, en cas de défaut d'ordonnance. Une réorientation des patients vers une structure médicalisée semble la plus opportune.

LES MEDICAMENTS A PRESCRIPTION INITIALE HOSPITALIERE

Ces médicaments nécessitent que la première prescription soit faite par un praticien hospitalier. Lors d'un renouvellement réalisé par un médecin de ville, le patient devra apporter la première ordonnance signée du praticien hospitalier.

LES MEDICAMENTS A PRESCRIPTION HOSPITALIERE

Sont classés dans cette catégorie uniquement les médicaments dont les restrictions apportées à la prescription sont justifiées par la nécessité d'effectuer dans des établissements disposant de moyens adaptés, le diagnostic et le suivi des maladies pour le traitement desquelles le médicament est habituellement utilisé ou par ses caractéristiques pharmacologiques, son degré d'innovation, ou un autre motif de santé publique.

Peuvent prescrire ces médicaments :

- Praticiens hospitaliers d'établissements privés ou publics.
- Chirurgiens esthétiques (sur autorisation) dans le cadre strict de leur activité.

LES MEDICAMENTS ASSIMILES AUX STUPEFIANTS

Ce sont des médicaments qui peuvent entraîner une forte dépendance pharmacologique et dont l'usage peut être détourné.

Il s'agit de : Buprénorphine (Temgesic®et Subutex®), Flunitrazépam (Rohypnol®), Méthylphénidate (Ritaline® et Concerta®) et Clorazépate (Tranxène 20®).

Ces médicaments ont une législation particulière, leur renouvellement est interdit bien qu'ils soient en liste I, la durée de prescription maximale est de 28 jours, et pour

certains, le remboursement est effectué uniquement si le nom du pharmacien se trouve sur l'ordonnance.

Annexe 2

Cette catégorie de médicaments est celle qui pose le plus de problèmes pendant les gardes, nous en parlerons dans la seconde partie de la thèse.

« LA PILULE DU LENDEMAIN »

Les contraceptifs d'urgence, connus sous la dénomination de Norlevo® dont la DCI (Dénomination Commune Internationale) est Levonorgestrel, sont délivrés à titre gratuit aux mineurs qui justifient leur âge par simple déclaration orale. Le pharmacien établit ensuite une feuille de soin anonyme qu'il enverra à la sécurité sociale pour se faire rembourser.

La délivrance de la pilule du lendemain doit s'accompagner de conseils et de la vérification que sa prise est justifiée.

Une nouvelle pilule de contraception d'urgence vient d'être mise sur le marché. Il s'agit d'Ellaone®. Elle permet une contraception d'urgence dans les 120h suivant le rapport. Elle est soumise à prescription médicale (liste I), réservée aux plus de 18 ans, et est remboursable depuis peu.

LES DISPOSITIFS MEDICAUX

Le dispositif médical est très clairement défini par le CSP :

« On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné

par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs. »

Art . L.5211-1 du CSP, Chapitre Ier, Titre Ier, Livre II, Cinquième partie

Le pharmacien a obligation comme pour tout produit d'informer du prix et du mode d'utilisation. Il doit aussi vérifier que le patient va pouvoir utiliser le matériel à domicile. Il doit donner au patient le numéro du fournisseur qui se charge lui-même, en cas de problème, de la réparation et du remplacement si besoin. Enfin le pharmacien est responsable de la stérilité du matériel.

Mise à jour du 26.10.2009 - LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES prévue à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale.

3.3. PERSONNEL

Les personnes autorisées à délivrer les médicaments sont les suivantes :

- Pharmacien
- Préparateur en pharmacie
- Etudiant en pharmacie inscrits en 3ème année du cursus de pharmacie.

La présence du pharmacien est obligatoire pendant toute la durée d'ouverture de la pharmacie, il peut se faire assister de préparateurs et/ou d'étudiants.

3.4. HORAIRES

Les horaires d'ouverture sont établis de manière à couvrir les 24h de la journée.

- Le service d'urgence : Il est réalisé en dehors des **horaires** d'ouverture de la pharmacie, de 20h à 8h.
- Le service de garde : Il est réalisé en dehors des **jours** d'ouverture de la pharmacie, dimanche et jours fériés.

Si les pharmacies d'un secteur ne couvrent pas, par leurs créneaux d'ouverture, la totalité de la journée, à savoir 8h-20h, une permanence peut être mise en place par le préfet par exemple à partir de 19h. En général, c'est la pharmacie qui est de permanence pour la nuit qui adapte ses heures d'ouverture en commençant la garde dès son heure habituelle de fermeture et ceci jusqu'à son heure habituelle d'ouverture. De ce fait tous les créneaux sont couverts.

De même, si aucune pharmacie d'un secteur n'est ouverte entre 12h et 14h, il est possible de mettre en place la permanence des soins pendant cette plage horaire.

3.5. REMUNERATION

La permanence de soins donne lieu à des rémunérations supplémentaires : une rémunération de l'astreinte c'est-à-dire une rémunération donnée pour toute ouverture en dehors des heures d'ouverture habituelles liée à la permanence de soins, et une rémunération à l'acte donné pour chaque ordonnance honorée. Les employés perçoivent eux aussi une majoration de salaire.

Rémunération de l'astreinte :

« Le financement conventionnel de la permanence pharmaceutique est assuré sur la base d'une indemnité d'astreinte dont le montant est fixé à 75 euros, révisable par avenant, pour chacune des périodes suivantes :

– la nuit ;

– la journée du dimanche ;

– le jour férié.

Ce financement s'applique au 15 avril 2006, sous réserve de l'entrée en vigueur de la présente convention.

[…]

32.2. Modalités de versement

Chaque pharmacien ayant effectué une ou plusieurs permanences durant une période d'un mois adresse une attestation d'astreinte, conforme au modèle figurant à l'annexe II.1, à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il est installé, au plus tard le 15 du mois suivant celui au cours duquel ces permanences ont été accomplies.

La caisse primaire verse au pharmacien dans les 15 jours à compter de la réception du tableau validé des astreintes et de l'attestation le montant dû au titre des gardes. […] »

Article 32 de la convention nationale du 11 juillet 2006
L'annexe II-1 se trouve en Annexe 3

De plus, une rémunération est attribuée par ordonnance délivrée :

- Jours fériés et dimanche : 4 euros par ordonnance effectuée entre 7h et 21h.
- Nuit : 6 euros par ordonnance effectuée entre 21h et 7h.

- Journée en dehors des heures d'ouverture normales : 2 euros par ordonnance effectuée entre 7h et 21h.

Arrêté du 1er septembre 2006 publié au JO du 9 septembre 2006 relatif aux honoraires perçus par les pharmaciens assurant les services de garde

Une pharmacie habituellement fermée entre 12h et 14h par exemple, et qui est de garde un jour non férié peut recevoir 2€ par ordonnance pendant la période habituellement fermée.

« Une pharmacie habituellement ouverte la nuit ou les dimanches et jours fériés et non inscrite sur la liste des pharmacies de garde établie par les syndicats ne peut percevoir ni l'indemnité d'astreinte ni les honoraires de garde et d'urgence. »

Article 31 de la convention nationale du 11 juillet 2006

Rémunération des employés à volets ouverts (pharmacie ouverte au public) :

Dans tous les cas, un employé doit avoir un jour de repos de 11h minimum dans la semaine.

La permanence de soins effectuée est rémunérée sur la base de 100% du temps passé.

- Dimanche et jours fériés :

  « Les heures de permanence effectuées pendant un service de garde ou d'urgence à volets ouverts, un dimanche ou un jour férié autre que le 1er Mai, donnent droit pour le salarié au versement d'une indemnité de sujétion dont le montant brut est égal à une fois et demie la valeur du point conventionnel de salaire par heure de présence. En outre, ces heures de permanence ouvrent droit au bénéfice d'un repos compensateur d'égale durée ».

- 1er mai :

  « Les heures de permanence effectuées pendant un service de garde ou d'urgence à volets ouverts le 1er Mai donnent droit pour le salarié, en plus du salaire correspondant au travail effectué et de l'indemnité égale au montant de ce salaire[…], à un repos compensateur d'égale durée. »

- Heures de nuit :

Rémunération des employés à volets fermés (pharmacie fermée au public) :

« Elles sont indemnisées forfaitairement sur la base de 25 % du temps passé pour les seuls salariés occupés à temps plein […].

Les salariés à temps partiel […] sont rémunérés sur la base de 100 % du temps passé. »

- Dimanche et jours fériés :

« *Les heures de permanence […] donnent droit pour le salarié au versement d'une indemnité de sujétion dont le montant brut est égal à une fois et demie la valeur du point conventionnel de salaire par heure de présence. En outre, ces heures de permanence ouvrent droit au bénéfice du repos compensateur d'égale durée […] sans qu'il soit fait, pour le calcul de la durée de ce repos, application du régime d'heures d'équivalence* »

- 1er mai :

« En plus du salaire correspondant au travail effectué, au versement d'une indemnité égale au montant de ce salaire […]. Cette indemnité est calculée selon le régime d'heures d'équivalence défini par le présent article. Le salarié bénéficie, en outre, d'un repos

compensateur d'une durée égale à celle de la garde, sans qu'il soit fait application du régime d'heures d'équivalence pour le calcul de cette durée ».

Les employés toucheront également les honoraires perçus par ordonnance (de 2 à 6 euros par ordonnance), quel que soit le jour de garde effectué.

Avenant du 9 avril 2008 portant révision de l'article 4 de l'accord du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail – Texte attaché à la Convention Nationale de la Pharmacie d'Officine du 3 décembre 1997

4. PRESCRIPTEURS HABILITES

4.1. MEDECIN

Un médecin n'a pas de limite de prescription à part le cadre de l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). En effet, il ne peut prescrire un médicament que s'il est indiqué dans la pathologie diagnostiquée. Il est toutefois possible de prescrire « hors AMM » si le médecin peut justifier scientifiquement sa prescription.

"Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose."

Article R4127-70 du CSP, Sous-section 4, Section 1, Chapitre VII, Titre II, Livre Ier, Quatrième partie

4.2. SAGE-FEMME

Pour les professions para-médicales, la prescription est limitée à l'exercice de leur art.

« Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé."

Article L4151-4 du CSP, Titre V, Livre Ier, Quatrième partie

Liste Annexe 4

4.3. CHIRURGIEN DENTISTE

Les chirurgiens dentistes ne sont pas autorisés à prescrire tous les médicaments, cependant, aucune liste ne définit catégoriquement les produits dont ils peuvent faire la prescription.

« Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire. »

Article L4141-2 du CSP, Chapitre Ier, Titre IV, Livre Ier, Quatrième partie

4.4. VETERINAIRE

Ils doivent prescrire en priorité le médicament vétérinaire ayant pour indication la maladie diagnostiquée pour l'espèce en question. A défaut, il pourra prescrire « *un médicament vétérinaire autorisé pour des animaux d'une autre espèce dans une indication thérapeutique différente* ». Enfin à défaut des 2 solutions précédentes il pourra puiser dans les médicaments à usage humain ou proposer une préparation magistrale.

Article L5143-5 du CSP, Chapitre III, Titre IV, Livre Ier, Cinquième partie

Les médicaments vétérinaires nécessitent pour la plupart une ordonnance, ils sont définis dans l'article L.5143-5 du CSP.

4.5. INFIRMIER

Les infirmiers ne sont pas autorisés à prescrire des médicaments, mais une liste précise les dispositifs médicaux dont ils peuvent faire la prescription sous certaines conditions.

Liste en Annexe 5

4.6. MASSEUR KINESITHERAPEUTE

Les masseurs kinésithérapeutes ne sont pas autorisés à prescrire des médicaments, cependant ils peuvent prescrire sous certaines conditions une liste de dispositifs médicaux définie par arrêté.

Liste en Annexe 6

4.7. PEDICURE PODOLOGUE

Le pédicure podologue a un champ de prescription limité aux produits suivants :

« 5° Prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;

6° Prescription, confection et application des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties externes, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied. »

Article R4322-1 du CSP, Section 1, Chapitre II, Titre II, Livre III, Quatrième Partie

Liste en annexe 7

Le pédicure podologue se limite donc aux soins de l'épiderme des pieds et des ongles. Il ne faut pas le confondre avec le podo-orthésiste qui est le professionnel de santé qui fabrique les orthèses destinées à corriger les malformations du pied, qu'elles soient innées ou acquises.

5. POPULATION CIBLE :

Lors d'une permanence de soins, les patients sont donc différents des patients habituels, ils sont rarement connus de la pharmacie, ils viennent pour des motifs différents :

- Urgences vraies
- Mauvaise organisation (nous verrons plus loin la part des ordonnances qui n'ont pas été établies le jour même)
- Personnes qui travaillent pendant les horaires d'ouverture traditionnels (personnes qui voyagent, …)
- Usagers de la drogue,….

PARTIE 2 : DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA PERMANENCE DES SOINS PHARMACEUTIQUES

1. DESERTIFICATION MEDICALE

Avant de parler de permanence des soins pharmaceutiques, il faut parler des principaux prescripteurs, à savoir les médecins. Depuis quelques années, la population médicale diminue, et les médecins libéraux s'organisent sur la base du volontariat pour effectuer les gardes. Voyons donc rapidement comment s'organise la permanence des soins chez les médecins.

Le CSP donne dans cet article les objectifs de la permanence de soins médicale :

« La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins.
La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

1º Le samedi à partir de midi ;

2º Le lundi lorsqu'il précède un jour férié ;

3º Le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Toutefois, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 peut prévoir que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues au premier alinéa du présent article. Ces modalités sont définies en fonction des besoins de la

population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département.

Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1. (…) »

Article R. 6315-1 du CSP, Chapitre V, Titre Ier, Livre III, Sixième partie

Malgré cela, l'organisation de la permanence médicale des soins ne semble pas si évidente, comme l'explique le docteur Jean -Yves Grall dans son rapport à Mme la Ministre de la Santé :

« *Des horaires variables de PDS :*

En PACA (Provence Alpes Côte d'Azur), Rhône Alpes par exemple, le FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) rémunérait les périodes entre 18h et 20h. En Haute Savoie, la PDS ambulatoire se termine à 22h et dans le Calvados à 23h.

En Oise les horaires des médecins au sein des mêmes secteurs ne sont pas toujours identiques. En Charente Maritime, cinq protocoles différents horaires selon la typologie de secteurs, pour deux secteurs un créneau horaire de 21h à 23h en semaine. »

Rapport : « MISSION DE MEDIATION ET PROPOSITIONS D'ADAPTATION DE LA PERMANENCE DES SOINS » - Remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports Par le Docteur Jean-Yves GRALL Conseiller Général des Etablissements de Santé - Août 2007

Les horaires de garde des médecins ne sont pas clairs et varient d'une région à l'autre. De même, la qualité de la permanence médicale des soins n'est pas la même que l'on soit en campagne ou en ville.

Les médecins de campagne ne peuvent assurer toutes les gardes, et SOS médecin ne couvre que les villes et leurs agglomérations.

Le SAMU et les pompiers, répondant au numéro 112 et respectivement aux numéros 15 et 18 restent dans de nombreux cas les seuls à répondre présent lors d'une urgence médicale.

La baisse de la démographie médicale est illustrée dans l'annexe 8.

Pour connaître le médecin de garde, s'il y en a un, on peut consulter internet, la presse locale ou encore la pharmacie de garde.

2. IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE DE GARDE

AFFICHAGE SUR LA PHARMACIE, REPONDEUR DE LA PHARMACIE

Une officine est tenue d'afficher le planning des pharmacies de garde comme le précise l'article R.4235-49 du CSP.

NUMERO DE TELEPHONE

Il existe plusieurs numéros : le 3237 et le 3915.

Ce numéro de téléphone permet de donner l'adresse de la pharmacie de garde, il suffit d'indiquer le code postal du lieu où l'on se trouve et le répondeur nous indique la pharmacie de garde du secteur.

Ces numéros, qui couvrent une certaine partie des départements français (Annexe 9), présentent certains inconvénients comme la connaissance du code postal. Il n'est pas évident de connaître celui de notre lieu de vacances ou de déplacement. De plus il ne nous indique pas la pharmacie la plus proche mais celle du secteur dans lequel on se trouve, occasionnant parfois des kilomètres supplémentaires.

Enfin, ces numéros sont payants, les frais sont à la charge du patient.

INTERNET

Des sites internet se proposent de renseigner le public sur le planning des pharmacies de garde : www.pharmaciesdegarde.com , www.servigardes.fr, www.3237.fr, www.ars.sante.fr (dans les actualités) ... (liste non exhaustive).

PRESSE LOCALE ET GENDARMERIE

Pour certains secteurs, il est nécessaire de passer par la police municipale ou la gendarmerie pour joindre la pharmacie de garde. Il s'agit notamment des secteurs ruraux. Cependant, ce service ne fait pas partie des missions de la gendarmerie. A Annecy, la gendarmerie effectuait ce service, elle ne le fait plus actuellement.

3. CAS PARTICULIERS DE PRESCRIPTION

3.1. ORDONNANCE EXPIREE :

Le CSP nous autorise à renouveler une ordonnance sous certaines conditions.

« Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement. […]»

Art. L5125-23-1, Chapitre V, Titre II, Livre Ier, Cinquième partie

Lors de la permanence de soins, il est rare de pouvoir joindre et informer le prescripteur. Le texte précise que l'objectif de ce dépannage est « *d'éviter toute interruption préjudiciable au patient »*, ainsi, le dépannage pourra se faire selon la classe de médicament concernée.

« Dans le cadre d'un traitement chronique, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien dispense les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement si les conditions suivantes sont remplies :

1° L'ordonnance comporte la prescription du médicament permettant, en application des dispositions de l'article R. 5123-2, une durée totale de traitement d'au moins trois mois ;

2° Ce médicament ne relève pas d'une des catégories mentionnées dans l'arrêté ministériel prévu à l'article L. 5125-23-1.

Le pharmacien délivre le conditionnement commercialisé comportant le plus petit nombre d'unités de prise. Il porte sur l'ordonnance la mention " délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire " en indiquant la ou les spécialités ayant fait l'objet de la dispensation. Il appose en outre sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance.

Il informe de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible et par tous moyens dont il dispose.

La même ordonnance ne peut donner lieu qu'à une seule dispensation en application du présent article."

Art. R.5123-2-1 du CSP, Chapitre II, Titre II, Livre Ier, Cinquième partie

Le renouvellement est possible dans le cas d'un traitement chronique (ordonnance prescrite pour une durée minimale de trois mois) à raison d'une boîte par ligne de traitement. Le renouvellement pour les stupéfiants est interdit ainsi que le renouvellement d'une spécialité dont la durée de prescription est limitée à une durée inférieure à douze mois (exemple du Lexomil® (bromazépam) dont la durée de prescription est limitée à douze semaines). Cela concerne les psychotropes ou les médicaments susceptibles d'être détournés de leur usage premier.

Arrêté du 5 février 2008 pris pour l'application de l'article L. 5125-23-1 du CSP

3.2. STUPEFIANTS ET ASSIMILES :

On a vu dans une précédente partie que leur renouvellement est interdit.

Que faire alors d'un patient toxicomane, ou d'un patient qui demande le renouvellement de ces substances sans ordonnance ou sans ordonnance valable ?

Légalement, aucune solution n'est donnée. Si ce n'est que l'on doit porter assistance à personne en danger. Une personne dépendante en manque est en danger. Si elle est laissée seule sans son traitement substitutif elle risque de se trouver en état de manque, ou d'aller chercher sa dose ailleurs avec tous les risques que cela encourt. Mais comment identifier les personnes qui profitent des jours de garde pour avoir des quantités supplémentaires de produits stupéfiants ?

L'orientation vers le médecin de garde semble être la solution la plus appropriée, la téléprescription n'étant pas possible (cf partie 5). Mais cela ne permet pas de régler le problème du soin global de la personne dépendante qui peut utiliser ce système pour augmenter sa consommation. Ceci étant, les problèmes de surconsommation ne se règlent pas en urgence, mais il est important d'être au courant qu'une personne X dépasse les doses prescrites afin de mieux la prendre en charge.

Une expérience personnelle récente m'a montré qu'un patient sous Méthadone pris en charge par un centre de soins pour toxicomanes, consultait également un médecin généraliste pour des douleurs qui lui prescrivait du Skenan® (morphine) et de l'Actiskenan® (morphine). Le patient allait dans deux pharmacies différentes. Ainsi, ni les médecins ni les pharmaciens n'étaient au courant de cette double prescription. Cependant, un croisement d'informations a eu lieu, mais il avait cette double prescription depuis plus de 6 mois.

L'utilisation du dossier pharmaceutique (DP) semble pertinente pour ces patients. Encore peu répandu, il permet de connaître l'historique médicamenteux d'un patient qui a accepté de souscrire au DP. Il serait intéressant de rendre l'adhésion au DP obligatoire pour les personnes dépendantes. Cela peut permettre d'éviter les chevauchements d'ordonnances et les multiples prescripteurs.

D'une manière générale, le DP permettrait de mieux réagir les jours de garde car l'historique médicamenteux du patient serait disponible.

4. SECURITE

La sécurité est un thème qui préoccupe les officinaux, surtout pendant les périodes de garde. Les officines doivent posséder un système permettant de garantir leur sécurité ainsi que le précise le décret suivant :

« Depuis le 22 janvier 1998 date de l'entrée en vigueur du décret n° 97-46 du 15 janvier 1997 émanant du Ministère de l'Intérieur (relatif aux obligations de surveillance ou de gardiennage incombant à certains propriétaires, exploitants ou affectataires de locaux professionnels ou commerciaux), les officines situées :

- *dans les communes dont la population municipale dépasse 25 000 habitants,*
- *dans une zone urbanisée contiguë d'une commune dont la population municipale dépasse 25 000 habitants,*
- *ou dans les grands ensembles et les quartiers mentionnés au I de l'article 1466A du code général des impôts,*

sont tenues, pendant les heures d'ouverture au public, d'en assurer la surveillance par l'un des quatre moyens énumérés à l'article 4 – II du décret :

- *« soit par un système de surveillance à distance réglementé par le décret du 26 novembre 1991 susvisé ;*
- *soit par un système de vidéosurveillance autorisé associé à un dispositif d'alerte ;*
- *soit par des rondes quotidiennes effectuées par au moins un agent d'un service interne de surveillance ou d'une entreprise prestataire de services ;*
- *soit par la présence permanente d'au moins un agent d'un service interne de surveillance ou d'une entreprise prestataire de services.* »

Le décret prévoit que le représentant de l'Etat dans le département peut faire vérifier sur place la réalité des dispositions mises en œuvre. »

PRECIS DE REGLEMENTATION APPLICABLE A L'OFFICINE - PLAQUETTE OFFICINE SIXIEME EDITION MISE A JOUR NOVEMBRE 2007

Une enquête, mise en avant dans la thèse de pharmacie d'Agnès Desbuissons en 2002, montre qu'une part importante d'agressions est due à la délivrance des stupéfiants :

« *Enquête lancée par la Croix verte et Ruban rouge avec le soutien de l'Ordre :*

Celle-ci révèle que près de 9% des pharmaciens ont été agressés physiquement en un an. Et qu'ils ont subit en moyenne 1,6 agression par an, même si la plupart (70%) indiquent n'avoir été agressés qu'une seule fois. Les agressions verbales ont quand à elles concernées 61,5% des pharmaciens en 1 an. 70% d'entre eux estiment avoir été agressés verbalement de 1 à 5 fois. Violence surtout dans les grandes agglomérations.

24,5% des agressions verbales sont le fait de toxicomanes connus à l'officine, 14% par de probables toxicomanes. 26% n'ont pas de lien avec des toxicomanes, mais dans 35% des cas le pharmacien ne sait pas si les agressions sont liées à la drogue.

Dans 73% des cas, la circonstance d'agression est liée à la délivrance de Subutex® (notamment à cause de la nouvelle obligation de fractionnement), pour 51% c'est la délivrance des Stéribox®, 43% liées à la vente de Néocodion®. »

Extrait de la thèse pour le diplôme de docteur en pharmacie. DESBUISSONS Agnès. Année 2002, Faculté de médecine et de pharmacie de ROUEN. Thèse soutenue le 22 octobre 2002. « Le service de garde en officine ».Président de jury : Monsieur P.ARNAUD, professeur.

En cas d'agression, il existe une fiche à remplir et à transmettre au conseil de l'Ordre (Annexe 10), son utilisation est vivement recommandée en cas d'agression quelle qu'elle soit, pour disposer de statistiques reflétant l'état réel de l'insécurité.

http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index2_question2.asp?id=48, site consulté le 13/11/2009

Les statistiques recueillies par le Conseil Central A, dans le rapport concernant les agressions en pharmacie en 2009, montrent un nombre décroissant de déclarations d'agression (rapport envoyé par mail par Sandrine Guillon du Conseil Central A) :

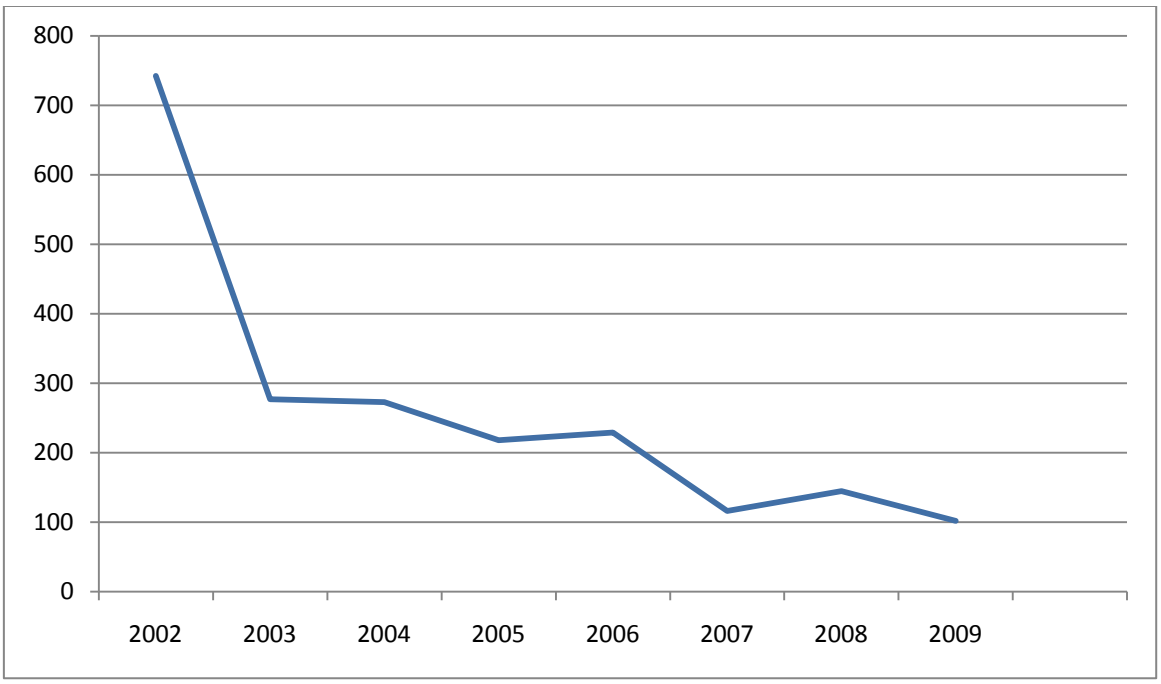


Fig.1: Graphique représentant le nombre d'agressions déclarées chaque année au Conseil Central A

Cette diminution d'agression serait plutôt dûe à une diminution des déclarations plutôt qu'à une baisse réelle des agressions. Les résultats collectés par le Conseil Central A correspondent aux déclarations volontaires faites par les pharmaciens, ils permettent d'avoir seulement une vision partielle de l'insécurité en pharmacie. En effet la plupart des agressions graves ont dues être déclarées (vol à main armée par exemple qui représente 26.5% des agressions déclarées) à l'opposé des simples agressions verbales qui ne représentent que 39.2% des agressions déclarées. 66% des agressions déclarées ont donné lieu à un dépôt de plainte.

Le motif des agressions est intéressant à étudier, en effet, 50% des agressions déclarées concernent la caisse, près de 20% concernent les stupéfiants, et 13% concernent le refus de vente pour non-conformité des droits.

Parmi les pharmaciens ayant déclaré une agression, 25.5% n'ont aucun moyen de protection, la vidéosurveillance (27.5%) et la télésurveillance reliée à une société de service (35.3%) semblent être les pratiques les plus courantes puisque choisies par 62.8% de ces pharmaciens.

Enfin, la région de l'Ile de France est celle qui a le plus fort taux d'agressions déclarées et de loin : 22,5% des agressions déclarées contre 8,8% pour la région suivante.

5. GESTION DU STOCK

Le stock n'étant pas extensible, il faut essayer de prévoir un stock adéquat aux prescriptions qui vont nous être présentées pendant la période de garde et être capable de réagir, de trouver une solution en cas de rupture de stock tout en restant dans le cadre de la loi.

« Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. »

Art. L.5125-23 du CSP, Titre II, Livre Ier, Cinquième partie

5.1. QUE FAIRE SI LA SPECIALITE PRESCRITE N'EST PAS TENUE EN STOCK?

Comme expliqué de nombreuses fois dans cette thèse, l'absence du prescripteur conduit le pharmacien à prendre des décisions importantes seul. L'appel au SAMU ou au médecin de garde reste cependant une option qui n'est pas à négliger. Quelles solutions s'offrent à nous si le produit prescrit n'est pas en stock, avec l'accord du patient ?

1. Délivrer une spécialité ayant la même dénomination commune (groupe générique ou non) même si la mention non substituable est indiquée.
2. Envoyer le patient vers une autre pharmacie de garde ou bien à la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) de l'hôpital après avoir vérifié par un appel téléphonique qu'elle possède bien en stock la spécialité en question. (Art. R.5126-102 du CSP, Chapitre VI, Titre II, Livre Ier, Cinquième partie : autorise la PUI à

délivrer des médicaments de manière exceptionnelle à des patients non hospitalisés).

3. Délivrer une spécialité de la même famille chimique et thérapeutique que la spécialité prescrite : le problème est de connaître les équivalences. Pour certaines classes comme les corticoïdes, il y a des tables d'équivalence.
4. Délivrer une spécialité ayant la même indication que celle prescrite. Cela n'est pas évident à réaliser sans historique. En changeant de classe de médicament, il faut réévaluer les contre-indications et il risque de manquer des données.
5. Ne rien donner à la place de la spécialité manquant au stock. On considère alors que le changement de molécule est plus dangereux que l'absence de traitement. Réorienter alors le patient vers une structure médicale.

La balance bénéfice/risque est très importante à prendre en compte. A aucun moment il n'est question de laisser le patient rentrer chez lui sans aucune solution.

En cas de substitution thérapeutique, il est évident qu'il faut redonner la posologie au patient ainsi que tous les conseils nécessaires à la bonne prise du médicament, il faut prévenir le prescripteur dès que possible et délivrer le plus petit conditionnement possible.

5.2. GROSSISTES-REPARTITEURS :

« On entend par Grossiste-répartiteur, l'entreprise se livrant à l'achat et au stockage de médicaments autres que des médicaments expérimentaux, en vue de leur distribution en gros et en l'état »

Article R5124-2 du CSP, Chapitre IV, Titre II, Livre Ier, Cinquième partie

Obligations de l'entreprise :

- Déclarer un territoire de répartition (TR) sur lequel chacune de ces Entreprises Pharmaceutiques exerce son activité de répartition.
- Disposer d'un assortiment de médicaments comportant au moins les 9/10e des présentations des spécialités effectivement commercialisées en France

Obligations de l'Etablissement Pharmaceutique :

- Livrer dans les 24h toute commande passée avant le samedi 14h
- Satisfaire à tout moment la consommation de sa clientèle habituelle durant au moins deux semaines
- Participer à un système d'astreinte inter-entreprise : Sur son TR, l'Entreprise Pharmaceutique est tenue de participer à un système d'astreinte régionale inter-entreprises (le samedi à partir de 14 heures, le dimanche et les jours fériés) afin de répondre :
    - Aux situations d'urgence sanitaire (préfet)
    - Aux besoins urgents en médicaments soumis à prescription (pharmacien de garde)

Le tableau des astreintes est transmis semestriellement pour le semestre suivant par les organisations représentatives à la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) et à la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Article R.5124-59 du CSP, Section 5, Chapitre IV, Titre II, Livre Ier, Cinquième partie

Les grossistes répartiteurs arrangent les pharmaciens en leur permettant de faire des grosses commandes et de retourner le surplus mais en dehors des heures classiques d'ouverture du grossiste répartiteur, il est difficile d'avoir un médicament en urgence.

5.3. TABLEAUX D'EQUIVALENCE THERAPEUTIQUE :

CORTICOIDES

	Activité anti-inflammatoire	**Activité minéralo-corticoïde**	**Equivalence de doses**	**Demi – vie (h)**
Hydrocortisone	1	1	20mg	8 - 12
Cortisone	0,8	0,8	25mg	8 - 12
Prednisolone prednisone	4	0,8	5mg	12 - 36
Méthylprednisolone	5	0,5	4mg	12 - 36
Triamcinolone	5	0	4mg	12 - 36
Paraméthasone	10		2mg	36 - 54
Bétaméthasone	25-30	0	0,6 - 0,75mg	36 - 54
Dexaméthasone	25-30	0	0,75mg	36 - 54
Cortivazol	60	0	0,3mg	> 60

Fig.2 : Table d'équivalence des corticoïdes

http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/corticoides.html

http://www.sfar.org/article/377/les-glucocorticoides-en-reanimation-1-pharmacocinetique-et-indications

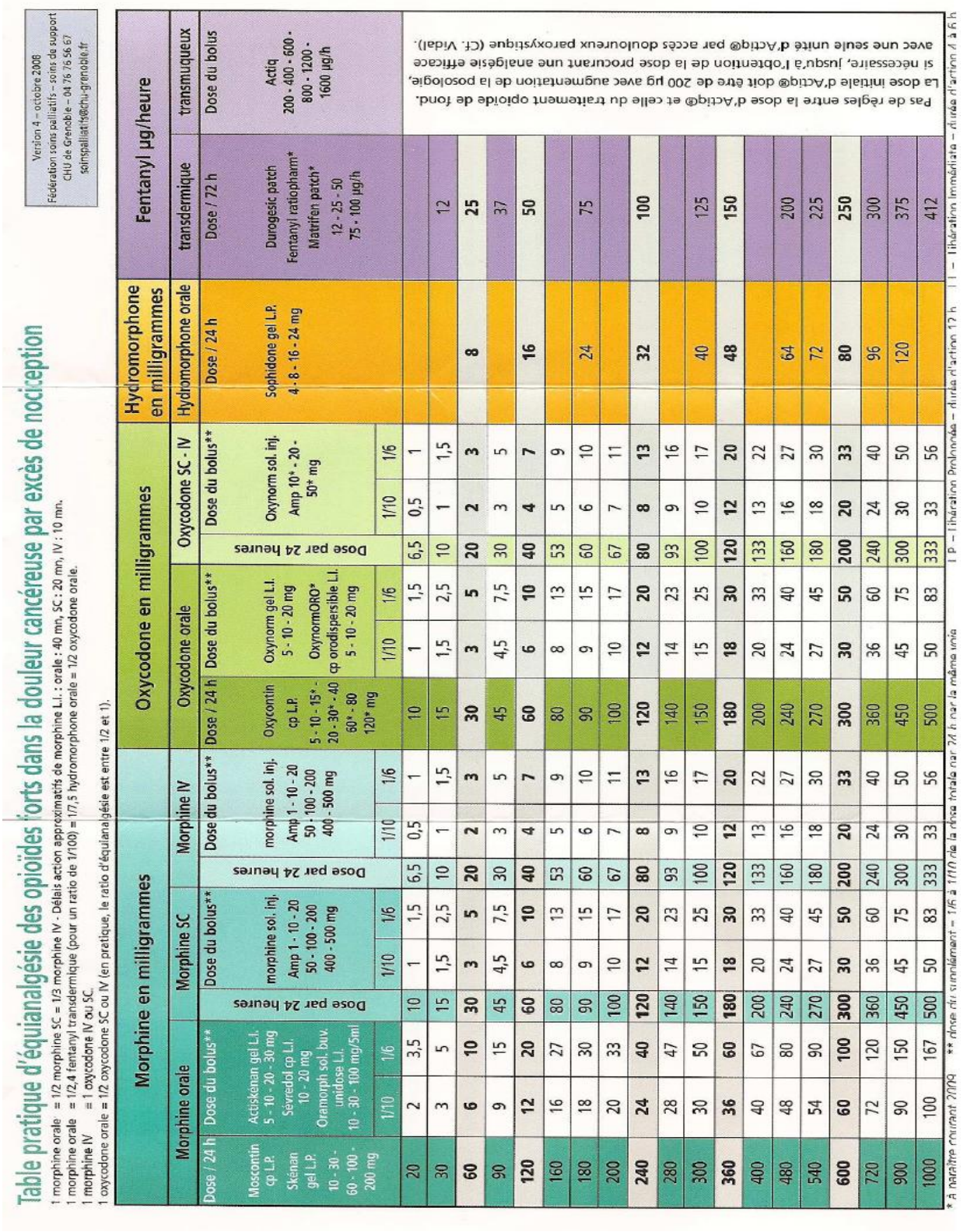


Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception

Version 4 – octobre 2008
Fédération soins palliatifs – soins de support
CHU de Grenoble – 04 76 76 56 67
soinspalliatifs@chu-grenoble.fr

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais action approximatifs de morphine L.I. : orale : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.
1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.
1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC.
1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgésie est entre 1/2 et 1).

Morphine en milligrammes										Oxycodone en milligrammes						Hydromorphone en milligrammes	Fentanyl µg/heure	
Morphine orale			Morphine SC		Morphine IV					Oxycodone orale			Oxycodone SC - IV			Hydromorphone orale	transdermique	transmuqueux
Dose / 24 h	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose par 24 heures			Dose / 24 h	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose / 24 h	Dose / 72 h	Dose du bolus
Moscontin cp L.P. Skénan gel L.P. 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg	Actiskénan gel L.I. 5 - 10 - 20 - 30 mg Sévredol cp L.I. 10 - 20 mg Oramorph sol. buv. unidose L.I. 10 - 30 - 100 mg/5ml		morphine sol. inj. Amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		morphine sol. inj. Amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg					Oxycontin cp L.P. 5 - 10 - 15* - 20 - 30* - 40 60* - 80 120* mg	Oxynorm gel L.I. 5 - 10 - 20 mg OxynormORO* cp orodispersible L.I. 5 - 10 - 20 mg		Oxynorm sol. inj. Amp 10* - 20 - 50* mg			Sophidone gel L.P. 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogesic patch Fentanyl ratiopharm* Matrifen patch* 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Actiq 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg/h
	1/10	1/6	1/10	1/6	1/10	1/6				1/10	1/6		1/10	1/6				
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	1	1,5	6,5	0,5	1				
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	1,5	2,5	10	1	1,5				12
60	**6**	**10**	**30**	**3**	**5**	**20**	**2**	**3**	**30**	**3**	**5**	**20**	**2**	**3**		**8**	**25**	
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	4,5	7,5	30	3	5				37
120	**12**	**20**	**60**	**6**	**10**	**40**	**4**	**7**	**60**	**6**	**10**	**40**	**4**	**7**		**16**	**50**	
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	8	13	53	5	9				
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	9	15	60	6	10		24	75	
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	10	17	67	7	11				
240	**24**	**40**	**120**	**12**	**20**	**80**	**8**	**13**	**120**	**12**	**20**	**80**	**8**	**13**		**32**	**100**	
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	14	23	93	9	16				
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	15	25	100	10	17		40	125	
360	**36**	**60**	**180**	**18**	**30**	**120**	**12**	**20**	**180**	**18**	**30**	**120**	**12**	**20**		**48**	**150**	
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	20	33	133	13	22				
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	24	40	160	16	27		64	200	
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	27	45	180	18	30		72	225	
600	**60**	**100**	**300**	**30**	**50**	**200**	**20**	**33**	**300**	**30**	**50**	**200**	**20**	**33**		**80**	**250**	
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	36	60	240	24	40		96	300	
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	45	75	300	30	50		120	375	
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	50	83	333	33	56			412	

Pas de règles entre la dose d'Actiq® et celle du traitement opioïde de fond.
La dose initiale d'Actiq® doit être de 200 µg avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une analgésie efficace avec une seule unité d'Actiq® par accès douloureux paroxystique (Cf. Vidal).

* à prendre en considération – ** dose à ne pas dépasser simultanément – 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 h par la même voie – 1 P – libération Prolongée – durée d'action 12 h – 1 L – libération immédiate – durée d'action 4 à 6 h

Fig.3 : Table d'équivalence des morphiniques - Version 4 – Octobre 2008 – Fédération des soins palliatifs et soins de support du CHU de Grenoble

PARTIE 3 : SOLUTIONS, PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

1. MEDICAMENTS D'URGENCE A AVOIR EN STOCK

Le stock de garde est difficile à mettre en œuvre, la plupart du temps les pharmaciens font leur commande à force d'expérience. Comme dit précédemment, les grossistes permettent en général aux pharmaciens qui sont de garde, de passer de grosses commandes et de retourner les produits inutilisés.

Grâce à l'étude des données de la CPAM d'Annecy sur la période hivernale et à l'étude de documents concernant les trousses d'urgences des avions et de la SNCF (Société Nationale des Chemins de Fer), et des recommandations concernant les trousses de secours des médecins généralistes, nous allons essayer de mettre en place un stock idéal de garde pour la période hivernale.

Les données recueillies par la CPAM d'Annecy nous donnent les délivrances effectuées pour les personnes affiliées à la CPAM 74 (soit 80% de la population haut-savoyarde) et s'étant rendus dans des pharmacies de garde les jours suivants :

- Dimanches : 10 janvier 2010, 24 janvier 2010, 7 février 2010, 21 février 2010, 7 mars 2010 et 21 mars 2010.
- Nuits : Mercredis 27 janvier 2010, 24 février 2010 et 24 mars 2010 ; vendredis 15 janvier 2010, 12 février 2010 et 12 mars 2010 ; samedis 23 janvier 2010, 20 février 2010 et 20 mars 2010.

Ces dates ont été choisies arbitrairement en essayant de les répartir sur la période hivernale (janvier-février-mars) et en choisissant les mercredis pour le milieu de la

semaine et les vendredis et samedis soirs qui sont des soirs particuliers puisque non travaillés le lendemain pour la plupart.

La liste étudiée ne comporte que les médicaments qui ont été prescrits sur une ordonnance, ainsi les dispositifs médicaux et les délivrances sans ordonnance ne sont pas comptabilisés.

L'analyse de ces chiffres permet de dégager une première grande tendance, les prescriptions lors des permanences de soins comportent presque toujours du paracétamol. Les données recueillies concernent 1934 patients, du paracétamol a été délivré à 826 de ces patients (42,7% des patients).

1.1. CLASSES DE MEDICAMENTS LES PLUS PRESCRITES

Les données permettent aussi de voir quelles sont les classes les plus prescrites par les médecins lors de la permanence des soins.

La classification EphMRA (European Pharmaceutical Market Research Association), utilisée pour classer les médicaments, est validée par le CNHIM (Centre National Hospitalier d'Information sur les Médicaments) de même que la classification ATC (Anatomic Therapeutic Chemical) utilisée dans le tableau suivant. Ces 2 classifications sont des références, et sont utilisées dans la base de données Thériaque, elles permettent de clarifier les échanges concernant les médicaments.

Les 5 premières classes représentées dans la fig.4, représentent plus de 50% des classes prescrites lors de la permanence des soins (cadre rouge de la fig.4). Si on ajoute le cadre jaune de la fig.4 on arrive à 75% des classes prescrites (avec 17 classes au total). Pour honorer 90% des ordonnances prescrites, il suffit d'avoir 44 classes médicamenteuses telles que définies par l'EphMRA.

Classe EphMRA	Délivrances (%)
Non narcotiques et antipyrétiques	29,95
Pénicillines orales à large spectre	9,42
Céphalosporines orales	5,64
Antirhumatismaux nons stéroïdiens non associés	4,49
Corticostéroïdes oraux non associés	4,02
Médicaments de la motricité digestive	3,39
Corticoïdes sans antiinfectieux à usage nasal	2,76
Autres antidiarrhéiques	2,44
Antihistaminique systémique	2,04
Antispasmodiquse et anticholinergiques non associés	1,93
Macrolides et apparentés	1,69
Antiseptique et désinfectant	1,51
Tranquillisants	1,50
Autres antiémétiques et antinauséeux	1,40
Myorelaxants à action centrale	1,40
Inhibiteurs de la pompe à protons	1,37
Antiacides non associés	0,94

Fig.4 : Tableau donnant le pourcentage de médicaments délivrés par classe EphMRA dimanches et nuits confondus

1.2. MOLECULES LES PLUS PRESCRITES

En ce qui concerne les molécules prescrites, les données sont similaires. Un faible nombre de molécules suffit à honorer la plupart des prescriptions.

Le même code couleur est utilisé, le cadre rouge représente 50% des prescriptions, le cadre jaune 75%.

Dans la fig.5, on voit que 12 molécules permettent d'honorer 50% des ordonnances, pour en honorer 75%, il en faut seulement 41.

3 classes ATC méritent une précision :

- Divers : Alodont®, Eludril® et génériques, Glyco-thymoline 55®, Rhinotrophyl®.
- Pas de code ATC attribué : Monazol®, Hélicidine®, Previscan®, Piasclédine®, Codenfan®.
- Associations : Emlapatch® et génériques, Euphon®, Normacol®, Otipax®, Poléry®.

Molécules	Délivrances (%)
Paracétamol	19,60
Amoxicilline et inhibiteur d'enzyme	5,51
Cefpodoxime	4,80
Amoxicilline	3,91
Ibuprofène	3,67
Tramadol en association	2,50
Racécadotril	2,44
Prednisolone	2,06
Bétaméthasone	1,94
Phloroglucinol	1,83
Dompéridone	1,71
Kétoprofène	1,67
Tixocortol	1,63
Codéine en association sauf aux psycholeptiques	1,59
Métopimazine	1,40
Divers	1,07
Pas de code ATC attribué	1,05
Dextropropoxyphène en association sauf aux psycholeptiques	1,00
Associations	0,99
Tétrazepam	0,91
Trimébutine	0,86
Métoclopramide	0,83
Prednisolone en association	0,83
Acide tiaprofénique	0,81
Salbutamol	0,75
Desloratadine	0,73
Autres médicaments pour les troubles de l'acidité	0,70
Enoxaparine	0,69
Oxomémazine	0,69
Povidone iodée	0,69
Ofloxacine	0,65
Céfixime	0,64
Acide acétylsalicylique	0,62
Tuaminoheptane	0,62
Spiramycine en association avec d'autres antibactériens	0,61
Pristinamycine	0,57
Diclofénac	0,53
Paracétamol en association sauf aux psycholeptiques	0,53
Alprazolam	0,51
Déxaméthasone et antiinfectieux	0,51
Morniflumate	0,48

Fig.5 : Tableau donnant le pourcentage de médicaments délivrés par classe ATC dimanches et nuits confondus

1.3. MEDICAMENTS A AVOIR EN STOCK PENDANT LES PERIODES DE GARDES HIVERNALES

Il n'est pas nécessaire d'augmenter tous les stocks, il faut simplement s'assurer d'avoir un stock suffisant des classes et molécules principales

NUITS

Non narcotiques et antipyrétiques :

- Paracétamol : Suspension buvable, comprimés à 1g effervescents ou non, comprimés à 500mg effervescents ou non, sachets à 500mg, sachets à 300mg.
- Ibuprofène : Suspension buvable.
- Tramadol en association : Ixprim®.
- Dextropopoxyphène en association sauf aux psycholeptiques* : Dextropropoxyphène/paracétamol/caféine DCI, Dextropopoxyphène/paracétamol DCI

*ces médicaments doivent être retirés du marché en décembre 2011.

Pénicillines orales à large spectre :

- Amoxicilline et inhibiteur d'enzyme : suspension buvable pour enfant, comprimés et sachets.
- Amoxicilline : comprimés à 1g, gélules à 500mg, suspension buvable 250mg/5mL et 500mg/5mL.

Céphalosporines orales :

- Cefpodoxime : Forme pédiatrique et comprimés.
- Cefixime : Forme pédiatrique et comprimés.

Corticostéroïdes oraux non associés :

- Prednisolone : Comprimés dispersibles et comprimés effervervescents à 20mg.
- Béthamétasone : Solution buvable en gouttes et comprimés dispersibles.

Médicaments de la motricité digestive :

- Dompéridone : Suspension buvable, comprimés.
- Métoclopramide : Comprimés, suspension buvable, suppositoires et forme injectable.
- Trimébutine : Forme pédiatrique.

Autres antidiarrhéiques :

- Racécadotril (Tiorfan®) : Sachets pour nourrissons, sachets pour enfants, gélules.

Antirhumatismaux non stéroïdiens non associés :

- Acide tiaprofénique : Comprimés à 100mg

Antihistaminiques systémiques :

- Desloratadine (Aérius®) : Solution buvable, comprimés en boite de 15 et de 30.

Antispasmodiques et anticholinergiques non associés :

- Phloroglucinol : Lyophilisats et comprimés.

Corticoïdes sans antiinfectieux à usage nasal :

- Tixocortol : Pivalone®.
- Prednisolone en association : Derinox®.

Autres antiémétiques et antinauséeux :

- Métopimazine (Vogalène®) : Suppositoires, lyophilisats et sirop.

Myorelaxants à action centrale :

- Tétrazepam : Comprimés
- Thiocolchicoside : Comprimés à 4mg

Antitussifs non associés :

- Codenfan® suspension buvable.
- Hélicidine® 250mL.

Antiacides non associés :

- Smecta®.

Divers :

- Monazol® : boite de 1 ovule.
- Ceftriaxone : Voie IM.
- Rhinotrophyl®.
- Rhinofluimucil®.
- Ofloxacine : Comprimés et collyre.
- Ventoline®.
- Bricanyl® 500µg.
- Dacryoserum®.
- Otipax®.
- Emlapatch®.
- Normacol® adulte.

Les médicaments de cette liste permettent de couvrir 75% des prescriptions, le stock classique d'une pharmacie doit permettre de délivrer les 25% restants.

JOURS

Non narcotiques et antipyrétiques :

- Paracétamol : Suspension buvable, comprimés effervescents ou non à 1g, comprimés effervescents ou non à 500mg, sachets à 500mg, gélules à 500mg, suppositoires à 150mg, sachets à 300mg.
- Ibuprofène **:** suspension buvable, comprimés à 400 et à 200mg.
- Tramadol en association : Ixprim® comprimés.
- Codéine en association sauf aux psycholeptiques : Paracétamol + codéine en comprimés effervescents et en comprimés pelliculés.
- Dextropropoxyphène en association sauf aux psycholeptiques : Dextropropoxyphène/paracétamol en gélules.
- Paracétamol en association sauf aux psycholeptiques : Codoliprane® adulte comprimés.
- Acide acétylsalicylique **:** Aspégic® 500mg, Aspegic® 1000mg.

Pénicillines orales à large spectre :

- Amoxicilline et inhbiteurs d'enzymes : Amoxicilline/acide clavulanique, comprimés à 500mg/62,5mg, suspension buvable, sachets à 1g/125mg.
- Amoxicilline : comprimés à 1g, gélules à 500mg, suspension buvable à 250mg/5mL et à 500mg/5mL.

Céphalosporines orales :

- Cefpodoxime : Suspension buvable et comprimés.
- Céfixime **:** Suspension buvable et comprimés.

Antirhumatismaux non stéroïdiens non associés :

- Kétoprofène : comprimés à 150mg (ou Bi-profénid®100mg).
- Acide tiaprofénique : comprimés à 200 et à 100mg.
- Morniflumate : Nifluril®400mg suppositoires.
- Diclofénac : Gel en flacon de 100mL, comprimés à 50mg.

Corticostéroïdes oraux non associés :

- Prednisolone : Comprimés orodispersibles et effervescents à 20mg.
- Bétaméthasone : Solution buvable en gouttes, comprimés dispersibles.

Médicaments de la motricité digestive :

- Dompéridone : Suspension buvable, comprimés orodispersibles et comprimés.
- Trimébutine : Suspension buvable, comprimés à 100 et 200mg.
- Métoclopramide : Comprimés, suspension buvable.

Corticoïdes sans antiinfectieux à usage nasal :

- Tixocortol : Pivalone®.
- Prednisolone en association : Derinox®.

Autres antidiarrhéiques :

- Racécadotril (Tiorfan®): Sachets pour nourrissons, pour enfants et gélules.

Antihistaminiques systémiques :

- Oxomémazine : Toplexil®, Toplexil® sans sucre.
- Desloratadine (Aérius®) : Sirop et comprimés.

Antispasmodiques et anticholinergiques non associés :

- Phloroglucinol : Comprimés et lyophilysats.

Macrolides et apparentés :

- Spiramycine en association avec autre antibactérien :

  Spiramycine/métronidazole 1,5MUI/250mg en comprimés.

Antiseptiques et désinfectants :

- Povidone iodée : Solution scrub à 4% et solution dermique à 10%.

Inhibiteurs de la pompe à protons :

- Oméprazole : gélules à 20mg en boite de 7 et de 28.

Tranquilisants :

- Alprazolam : Comprimés à 0,25mg et à 0,50mg.

Myorelaxants à action centrale :

- Tétrazepam : Comprimés.
- Thiocolchicoside : Comprimés.

Autres antiémétiques et antinauséeux :

- Métopimazine (Vogalène®) : Lyophilysats et suppositoires.

Héparines fractionnées :

- Enoxaparine : Lovenox® 4000UI boites de 6 et de 2 seringues.

Antiacides non associés :

- Smecta®.

Divers :

- Hélicidine®.
- Codenfan®.
- Salbutamol : Ventoline®.
- Rhinotrophyl®.
- Rhinofluimucil®
- Eludril®.
- Pristinamycine : Pyostacine®.
- Ofloxacine : Comprimés et solution auriculaire.
- Polydexa®.
- Otipax®.
- Normacol® adulte.

La liste donnée permet d'honorer 75% des ordonnances, le reste des ordonnances doit pouvoir être honoré avec le stock habituel de la pharmacie.

MEDICAMENTS D'URGENCE A AVOIR EN STOCK

Cette liste a été établie selon l'étude de plusieurs documents, le premier est un document qui donne la composition type de la trousse de secours d'un médecin généraliste, il a été réalisé par le Dr Goldstein et a été publié en 2008 sur le site Formathon. Le second document a été rédigé par des médecins belges urgentistes en 2007 (M. Polikipis, B. Claessens et P. Mols) et s'intitule « La trousse d'urgence du généraliste doit rester simple mais efficace : mode d'emploi ». Enfin, les trousses d'urgences de la SNCF et des avions ont permis de compléter la liste.

Ces médicaments doivent être présents à tout moment dans une pharmacie pour répondre à l'urgence. Il n'est pas question d'en avoir de grandes quantités en stock, il faut simplement en avoir.

<u>Voie orale :</u>

- Benzodiazépines : Alprazolam, Tranxène®.
- Bêta-2 mimétiques à inhaler : Bricanyl®, Salbutamol.
- Corticoïdes en forme adulte et pédiatrique
- Antihypertenseurs
- Paracétamol en forme adulte et pédiatrique
- Trinitrine sublinguale
- Aspirine

<u>Voie injectable :</u>

- AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens) : Profénid®, Voltarène®.
- Adrénaline
- Antibiotiques : Ceftriaxone

- Antiémétiques : Primpéran®
- Antihypertenseur : Uradipil®
- Aspirine
- Atropine
- Corticoïdes : betaméthasone, Solumedrol®.
- Diurétiques d'action rapide : Lasilix®, Burinex®.
- Sérum glucose hypertonique 30%
- Morphine
- Neuroleptiques d'action rapide
- Prométhazine
- Solutés salés
- Diazépam

Les listes données sont une base pour établir un stock de garde, les spécialités citées le sont à titre d'exemple. Chaque pharmacie doit adapter son stock de garde en fonction de ses habitudes et de la patientèle.

2. MAISONS MEDICALES DE GARDE

L'idéal pour le patient est d'avoir un endroit, à l'instar des urgences, où il sait qu'il peut trouver en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et des officines, les soins appropriés à son état ainsi que les médicaments et tout autre matériel médical nécessaire pour sa prise en charge.

La maison médicale de garde (MMG) paraît répondre à cet idéal.

1. LA PERMANENCE DE SOINS ACTUELLE

En cas d'urgence, le patient a besoin d'une réponse rapide. Le fait de devoir chercher qui est le médecin de garde, où se trouve la pharmacie de garde, peut paraître long et laborieux pour qui en a besoin de façon urgente. La solution de facilité est d'appeler le 15, le service médical est là pour répondre. Le nombre croissant d'appels au centre 15 nous montre que les gens n'attendent plus la véritable urgence pour appeler, en effet alors qu'en 1997 il y avait 4,2 millions d'appels, en 2006 il en a été dénombré 11 millions (chiffres communiqués lors du cours sur l'Aide Médicale Urgente (AMU) donné par les professeurs François LOIZZO et Philippe MENTHONNEX aux 5ème années de la faculté de pharmacie de Grenoble sur l'année 2008/2009). La plupart des appels débouchent sur des conseils téléphoniques, ce qui ne relève en rien d'une urgence et peut être gérée par la médecine non-urgentiste. Au SAMU de Grenoble, plus de 50% des appels débouchent sur des conseils, et 5% relèvent d'informations administratives.

Le fait d'avoir dans un secteur donné, un emplacement fixe pour la pharmacie de garde et le médecin de garde pourrait répondre à cette part d'appels ne relevant pas des missions du SAMU (pour rappel, la mission du SAMU est de répondre par des moyens

exclusivement médicaux à des situations d'urgence) car les patients sauraient facilement vers qui se tourner. Un numéro universel, du type du 15, pourrait être mis en place et permettrait d'avoir en ligne la maison médicale de garde du secteur.

Outre le SAMU, il existe SOS médecins pour les grandes agglomérations qui répond de 20h à minuit, les samedis après midi et dimanches et jours fériés au numéro suivant : 3624. Des cabinets médicaux de garde existent aussi dans certaines villes. Une fois de plus le milieu rural n'est pas ou peu couvert par ces services.

2. LES MAISONS MEDICALES DE GARDE

Des maisons médicales se mettent en place en France, regroupant des professionnels se santé (médecins, infirmiers, masseur kinésithérapeutes,…) Parmi les nouvelles missions des Agences Régionales de Santé (ARS), il figure la mise en place de MMG. Un cahier des charges a été rédigé en vue d'établir une convention entre les Missions Régionales de Santé (MRS) et les MMG et il les définit ainsi : « lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins ». On peut trouver ce cahier des charges sur le site de l'ARS.

Plusieurs points sont à prendre en compte pour la mise en place des MMG :

1. *Evaluer les besoins* : Les besoins sont évalués selon la population couverte par la MMG, les structures hospitalières ou libérales disponibles et l'organisation de la PDS (Permanence Des Soins) sur le secteur.
2. *Localisation* : Il est préférable d'installer la MMG à proximité d'une structure hospitalière sauf si une zone de population suffisamment importante dans une petite surface justifie une MMG isolée mais dans ce cas la proximité avec la gendarmerie ou la police parait préférable pour des raisons de sécurité. Il faut

aussi prendre en compte le nombre de médecins volontaires pour effectuer les gardes.

3. *Horaires d'ouvertures* : Selon les besoins du secteur, les horaires peuvent se limiter à 20h-24h et aux samedis après midi, dimanches et jours fériés. Les afflux saisonniers peuvent donner des modifications d'horaires.
4. *Modalités d'accès* : La MMG doit être interconnectée avec le 15.
5. *Tiers payant* : Les MMG doivent pratiquer le tiers payant lorsque l'accès a fait l'objet d'une régulation médicale.
6. *Intervenants* : La liste des intervenants et des stagiaires doit être fournie avec le dossier.

La MRS peut ensuite participer au financement de ces MMG. Ces dernières devront également transmettre des données permettant d'évaluer leur activité et leur performance.

3. MEILLEURE ORGANISATION DES TOURS DE GARDE

En dehors des MMG, une autre solution relativement simple existe, il s'agit de réaliser un plan global de garde, qui soit mis en place de manière commune avec les médecins. Il s'agirait de regrouper les médecins et les pharmaciens de garde, géographiquement parlant.

On pourrait alors imaginer une meilleure relation médecin/pharmacien de garde puisqu'ils seraient régulièrement en garde tous les deux en partenariat.

3. PRESCRIPTIONS TELEPHONIQUES DANS LE CADRE DE LA REGULATION MEDICALE

L'ensemble de cette partie est rédigée suite à la lecture des recommandations établies quant à la Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale éditées par l'HAS en février 2009.

3.1. ESPACE TEMPS :

Ces prescriptions ne sont pas limitées aux horaires de garde, elles peuvent avoir lieu à tout moment de la journée.

3.2. PROFESSIONNELS CIBLES :

Sont concernés les médecins régulateurs du SAMU, les pharmaciens et les professionnels concernés par la prescription médicamenteuse (infirmières,…).

Sont donc exclus de ce champ les médecins généralistes, chirurgiens dentistes et tout autre prescripteur y compris dans le cadre de leur garde.

La transmission des calendriers de garde des pharmacies doit être réalisée régulièrement aux centres de régulation et ils doivent notamment comporter les informations suivantes, numéro de téléphone et adresse, mais aussi numéro de télécopie et adresse internet.

3.3. DIFFICULTES POSEES ET A PRENDRE EN COMPTE DANS LE CAS DE LA PRESCRIPTION TELEPHONIQUE :

- Patient rarement connu du médecin.
- Appelant parfois différent du patient.
- Examen physique impossible.

3.4. CHAMP D'APPLICATION DE LA PRESCRIPTION TELEPHONIQUE

La prescription téléphonique est réservée à une urgence de grade R3 ou R4 :

- R3 : recours à la permanence des soins, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi ; une prescription médicamenteuse d'attente peut être proposée
- R4 : conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone

R1 et R2 étant respectivement les urgences vitales, et l'urgence vraie nécessitant l'envoi d'un médecin sur place.

Situations donnant lieu à une prescription téléphonique :

- Adaptation de posologie ou de traitement selon une prescription préalable.
- Conseil médical débouchant sur une prescription téléphonique médicamenteuse.

L'évaluation de la balance bénéfice risque pour le patient est toujours à étudier.

Conditions d'une prescription :

- Le médecin régulateur s'identifie auprès du patient
- Le patient **accepte** une prescription médicamenteuse par téléphone et **a bien compris** les détails de l'ordonnance ou de la prescription
- Le patient est informé qu'en cas de persistance des symptômes, de leur aggravation ou d'apparition de nouveaux symptômes, la situation doit être réévaluée par un rappel au médecin régulateur ou lors d'une consultation médicale
- Nécessité d'un retour auprès du médecin traitant, dans les plus brefs délais
- Une prescription est réalisée pour une **durée limitée et non renouvelable**. La limite de temps doit être fonction de l'analyse par le médecin régulateur de la

situation clinique du patient et de son environnement. Cette durée doit être la plus courte possible et en aucun cas elle ne peut dépasser 72 heures.

Prescriptions exclues du champ des prescriptions téléphoniques :

- Stupéfiants et assimilés
- Adaptation de traitement dans le cadre des soins palliatifs si l'accès au dossier médical est impossible
- Il est recommandé de privilégier l'examen médical pour un enfant de moins de 1 an et de s'abstenir de la prescription téléphonique pour un enfant de moins de 3 mois

3.5. MODALITES DE PRESCRIPTION TELEPHONIQUE

Informations recueillies par le régulateur concernant le patient :

- Nom, prénom, lien avec l'appelant
- Age et sexe
- Antécédents allergiques
- Grossesse ou allaitement en cours
- Traitements en cours (y compris l'automédication des dernières 24h)
- Antécédents de consultation médicale pour les symptômes motivant l'appel.

Mentions figurant sur l'ordonnance (outre le traitement prescrit) :

- Mention explicite précisant que la prescription a été réalisée par téléphone (par exemple : téléprescription)
- Poids déclaré du patient
- Coordonnées du médecin traitant si possible

- Nom et adresse de la pharmacie déterminée par ou avec le patient à laquelle le régulateur adressera l'ordonnance par courriel sécurisé ou par fax.
- Identité du prescripteur

Pour faciliter la reconnaissance de ces ordonnances il est recommandé qu'un modèle type soit mis en place et transmis à tous les centres de régulation. (exemple en Annexe 11).

Si le médecin régulateur n'a pas pu s'assurer de la bonne compréhension de l'ordonnance par le patient ou son entourage, ou qu'il a un doute à ce sujet, il doit noter expressément sur l'ordonnance qu'elle doit être réexpliquée par le pharmacien au patient ou à son entourage.

3.6. LE PHARMACIEN A L'OFFICINE

Comme pour toutes les ordonnances classiques, la prescription téléphonique doit être analysée avec la rigueur qui s'impose (vérification juridique, scientifique et pharmaceutique). Il semble important que le pharmacien vérifie, en plus des vérifications déjà effectuées par le médecin régulateur, la bonne compréhension de l'ordonnance par le patient ou par la personne venue chercher l'ordonnance. La reformulation par cette personne semble être la méthode la plus pertinente.

En cas de doute concernant la prescription, il est recommandé au pharmacien de rappeler le médecin régulateur (il est recommandé qu'une ligne téléphonique soit dédiée aux professionnels de santé). Le refus de dispensation s'applique également à ces prescriptions téléphoniques, le médecin prescripteur doit de même en être tenu informé.

Une fois la prescription délivrée, il est recommandé au pharmacien de renvoyer l'ordonnance par fax ou par courriel sécurisé. Cette ordonnance renvoyée sera archivée au centre de régulation.

3.7. SECURITE ET CONFIDENTIALITE

Le fax ne permet pas de garantir une complète confidentialité, l'envoi de l'ordonnance par courriel sécurisé est à favoriser quand cela est possible.

PARTIE 4 : DISCUSSION

1. POPULATION ET ORDONNANCES EN GARDE

L'étude des chiffres fournis par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de la Haute Savoie donne un aperçu de l'activité des officines lors de la permanence des soins.

CONTEXTE DES CHIFFRES DE LA CPAM D'ANNECY :

Population étudiée et limites :

Ces chiffres ne montrent que les patients ayant la CPAM d'Annecy comme régime obligatoire, ce qui représente environ 80% de la population du département. Ils ne montrent que les délivrances de médicaments effectuées suite à une ordonnance et ayant donné lieu à un remboursement, on ne voit donc pas les médicaments conseils ni les dispositifs médicaux.

Chaque venue de patient est comptabilisée, les cas dans lesquels le même patient serait venu plusieurs fois le même jour sont considérés comme quantité négligeable.

Jours étudiés :

Les dimanches 10 et 24 janvier 2010, 7 et 21 février, 7 et 21 mars.

Nuits étudiées :

Respectivement les vendredis, samedis et mercredis 15, 23 et 27 janvier ; 12, 20 et 24 février ; 12, 20 et 24 mars.

DATE DES ORDONNANCES DELIVREES

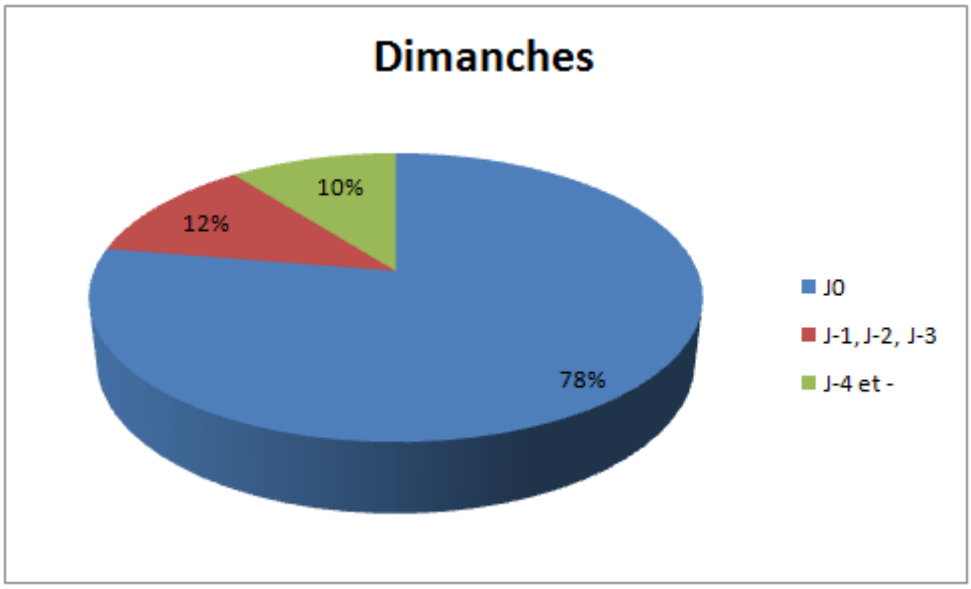


Fig.6 : Diagramme représentant les délivrances d'ordonnances en fonction de la date à laquelle elles ont été réalisées par le médecin, en moyenne sur les 6 dimanches étudiés.

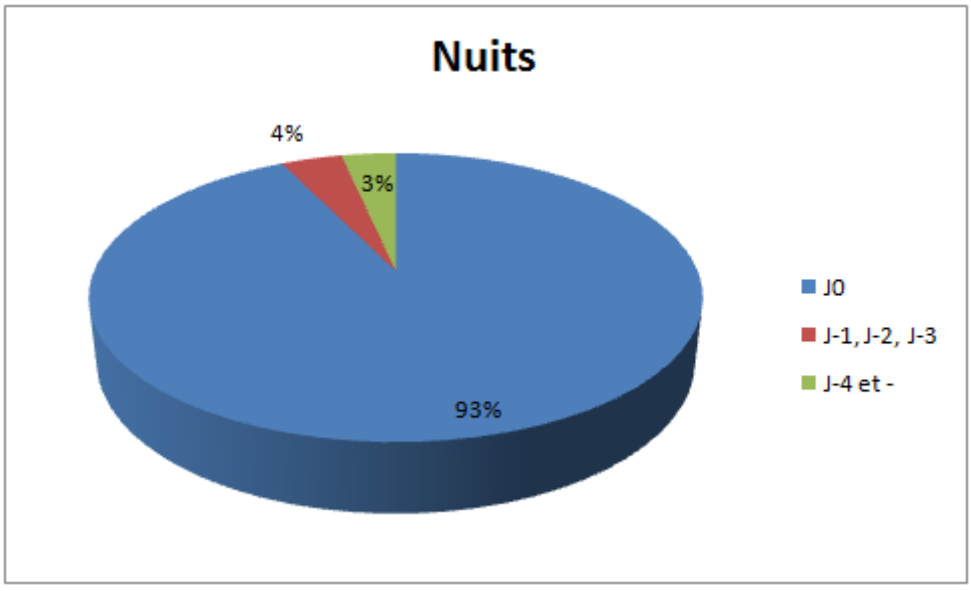


Fig.7 : Diagramme représentant les délivrances d'ordonnances en fonction de la date à laquelle elles ont été réalisées par le médecin, en moyenne sur les 9 nuits étudiées.

Il apparait que le dimanche, plus de 20% des ordonnances délivrées ne datent pas du jour même.

Pour la nuit le phénomène est moins important, mais concerne tout de même 7% des ordonnances.

Une thèse réalisée à la faculté d'Angers en 2007 par Eric VITRE intitulée « Gardes à Angers Etude statistique, qualitative et quantitative - Les milles et une nuits à la Grande Pharmacie » montrait 8% d'ordonnances avec une date antérieure à la garde. La pharmacie étudiée était constamment de garde la nuit.

Le supplément facturé par ordonnance lors de la permanence de soins (de 2 à 6 euros selon la période), est remboursable par la sécurité sociale. Alors qu'il apparaît juste que les organismes de protection sociale remboursent ces frais quand l'ordonnance a été rédigée dans le cadre de la permanence de soins, en est-il autant pour un renouvellement d'ordonnance ou une ordonnance rédigée auparavant ?

On voit ici que l'urgence est souvent relative, il est « urgent » de voir le médecin, mais moins urgent de prendre les traitements prescrits. Parfois le plus important est de savoir pourquoi on a tel ou tel symptôme, d'avoir une explication. Nombre de patients qui se présentent à la pharmacie pendant les périodes de permanence de soins, ne sont pas là pour des urgences. Et ceci sans parler de la sucette oubliée ou perdue…

Est-il alors concevable que les organismes de protection sociale financent ces dérives ? On retrouve le même problème chez tous les professionnels de santé qui assurent un service de permanence de soin, une partie de la population qui s'y présente ne relève pas de l'urgence. On pourrait imaginer que les patients se présentant avec une ordonnance de plus de trois jours aient à leur charge les frais occasionnés par une délivrance pendant la période de soins.

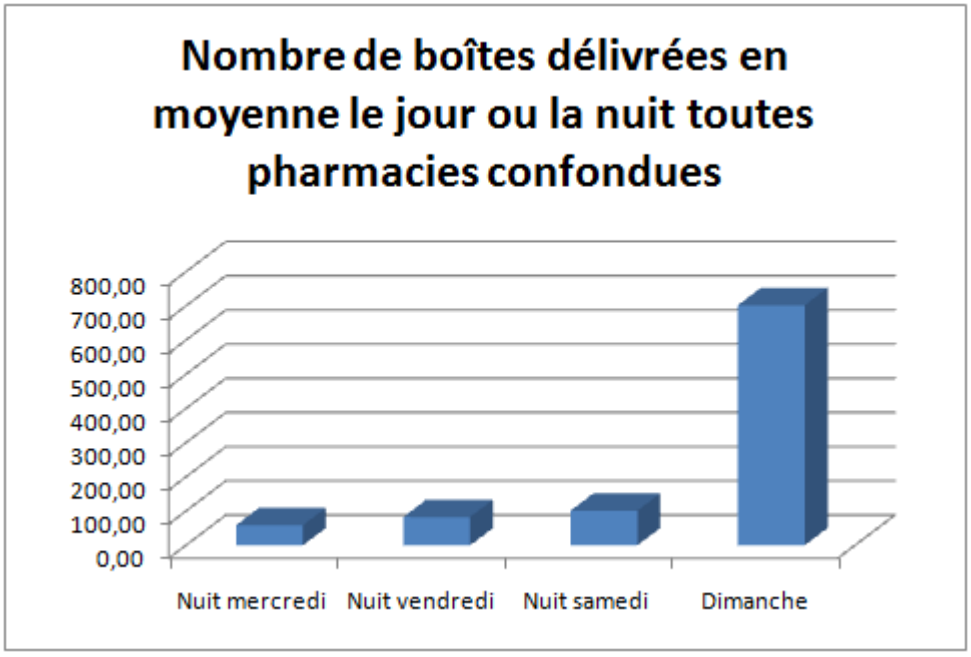


Fig.8 : Histogramme représentant le nombre de patients étant venus en moyenne la nuit ou le jour pendant les périodes étudiées avec une ordonnance, toutes pharmacies confondues.

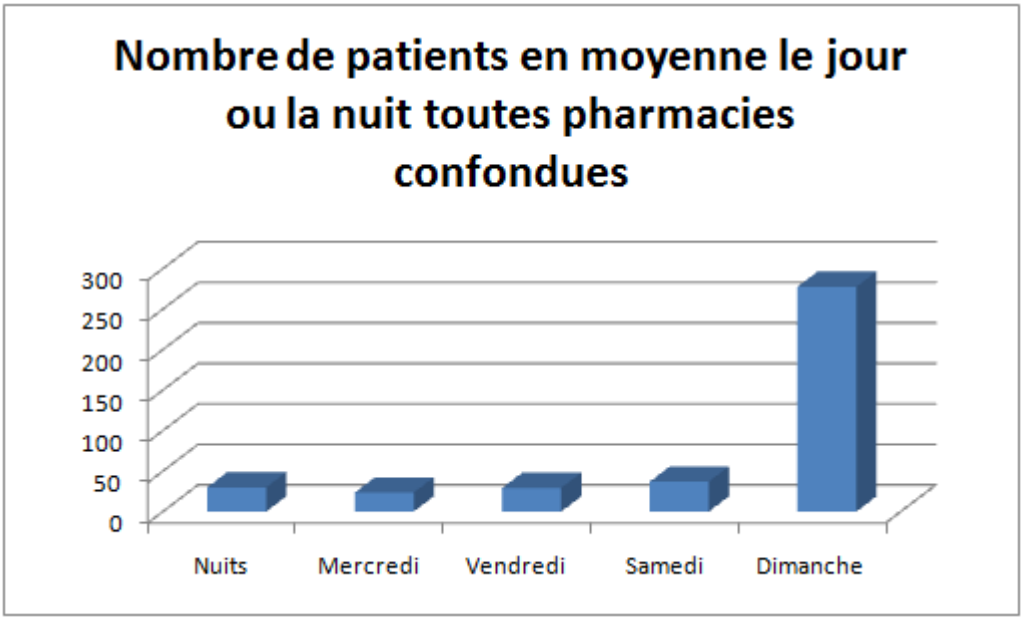


Fig.9 : Histogramme représentant le nombre de boîtes de médicaments délivrées sur ordonnance en moyenne la nuit ou le jour pendant les périodes étudiées, toutes pharmacies confondues.

Les graphiques représentant les nombres de boîtes délivrées et le nombre de patients montrent la même tendance, la fréquentation est supérieure les dimanches par rapport aux nuits.

Les pharmaciens de garde sont peu dérangés la nuit, il serait intéressant de voir s'il est possible de limiter les gardes de nuit à une plage horaire plus réduite en étudiant la fréquentation nocturne selon chaque plage horaire.

AGE DES PATIENTS

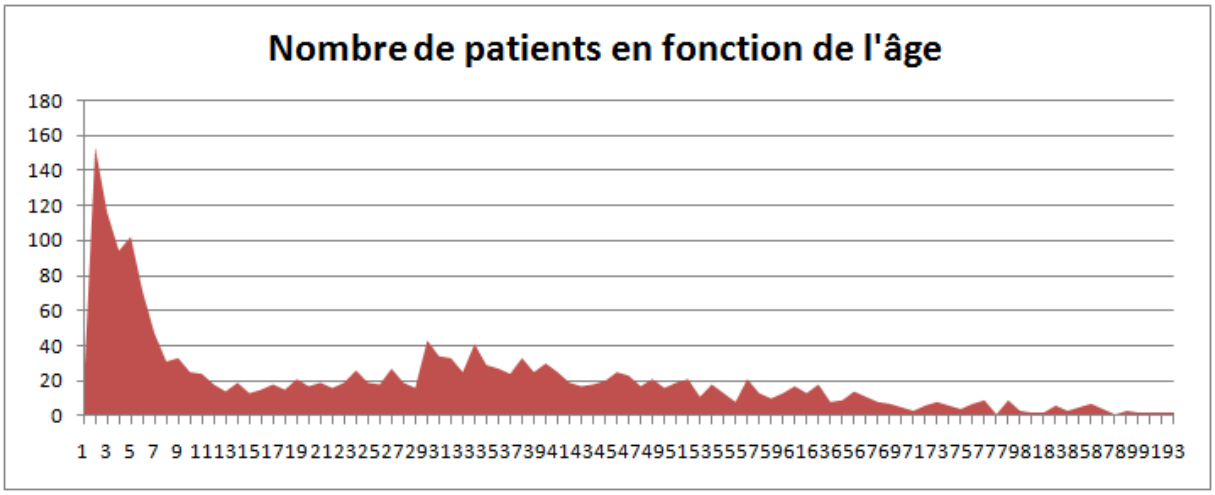
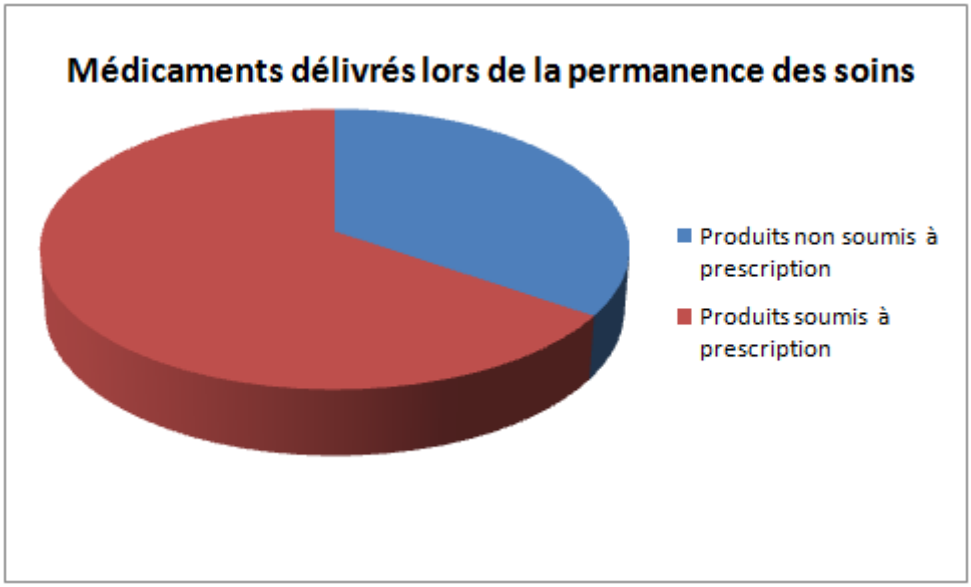


Fig. 10 : Graphique représentant l'âge des personnes étant venues avec une ordonnance, toutes pharmacies confondues, pendant les périodes étudiées.

La majorité des patients lors de la permanence des soins officinale est composée d'enfants. En effet, si la médiane de cette population se situe à l'âge de 25 ans, un tiers de la population a moins de 8 ans.

Le travail pendant la période de permanence des soins est totalement différent du travail quotidien en officine : patients et prescripteurs rarement connus et contexte d'urgence.

Cependant, il ne faut pas oublier de prendre le temps, malgré l'urgence, d'analyser l'ordonnance et de conseiller le patient. L'objectif de santé publique est là, le patient est au centre de la permanence de soins, il faut lui assurer un bon parcours de soins dans la limite de nos possibilités.



35% des médicaments prescrits pendant la permanence des soins ne sont pas listés et donc non soumis à prescription. Ce sont donc des médicaments qui peuvent relever du conseil officinal.

2. LES PHARMACIENS DANS LES MAISONS MEDICALES DE GARDE

La MMG ne doit en aucun cas créer de lien de subordination entre les différents professionnels de santé. Le code de déontologie précise l'importance de l'indépendance de chacun des professionnels de santé (Article 18 du code de déontologie). L'indépendance ne signifie en aucun cas l'interdiction d'une collaboration qui permet d'apporter le meilleur soin au patient.

A aucun moment le pharmacien n'est mentionné dans le cahier des charges de la MMG présenté par les ARS. Pourquoi ne pas l'intégrer aux MMG ? Il pourrait être envisageable d'avoir une petite pharmacie intégrée à la MMG avec des stocks adaptés aux prescriptions médicales. Reste le problème du stock, qui possède ce stock ? Est-ce qu'il s'agit d'un stock privé ou public? D'un stock détenu par les pharmaciens, les PUI, les grossistes répartiteurs ?

Un pharmacien dans la MMG paraît irremplaçable en ce qui concerne la délivrance des médicaments, en effet, les médecins ne peuvent délivrer les médicaments que lors de circonstances exceptionnelles telles que définies par le CSP :

« Les médecins établis dans une commune ***dépourvue d'officine de pharmacie*** *peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, qui en informe le représentant de l'Etat dans le département, à avoir chez eux un dépôt de médicaments, et à délivrer* ***aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins****, les médicaments remboursables et non remboursables, ainsi que les dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit, selon une liste établie par le ministre chargé de*

la santé, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Cette autorisation ne doit être accordée que lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige.

Elle mentionne les localités dans lesquelles la délivrance des médicaments au domicile du malade est également autorisée.

Elle est retirée dès qu'une officine de pharmacie est créée dans une des communes mentionnées dans l'autorisation.

Les médecins bénéficiant d'une autorisation d'exercer la propharmacie sont soumis à toutes les obligations législatives et réglementaires incombant aux pharmaciens.

Ils ne peuvent en aucun cas avoir une officine ouverte au public. Ils doivent ne délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leur consultation. »

Art. L.4211-3 du CSP, Titre Ier, Livre II, Quatrième partie

Les médecins ne peuvent donc pas délivrer les médicaments dans une MMG, qui comme vu dans la partie précédente, se situe soit près de l'hôpital soit dans une zone avec une population importante ce qui signifie qu'une officine se situe également dans le périmètre. De plus, il n'y aurait, dans le cas du propharmacien, que les patients ayant reçu une prescription de la part d'un médecin de la MMG qui pourraient se faire délivrer leur médicaments.

Il faut également parler du statut du pharmacien qui travaillerait pour la MMG lors des périodes de permanence de soin, serait-il salarié, de même que les médecins généralistes qui effectuent des gardes pour le SAMU ? Ou libéral en étant co-propriétaire de la MMG ?

Effectivement, la MMG pourrait être bâtie avec des fonds privés, avec des professionnels de santé qui investiraient et travailleraient à temps plein ou partiel dans la MMG. Mais elle peut aussi bénéficier de financement public, comme prévu aujourd'hui avec une partie financée par les MRS.

Enfin, il parait important que les MMG pratiquent le tiers payant dans tous les cas et pas seulement lorsque l'accès à fait l'objet d'une régulation médicale.

3. LES PRESCRIPTIONS TELEPHONIQUES HORS CADRE DE LA REGULATION MEDICALE

Tous les jours à l'officine, nous honorons des prescriptions téléphoniques ou téléprescriptions. Notamment pendant les périodes normales d'ouverture, une erreur sur une ordonnance, corrigée au téléphone avec le médecin l'ayant rédigée, se fait tous les jours. Au Canada, cette pratique existe déjà, la téléprescription permet en effet de pallier les problèmes de démographie médicale.

On distingue 2 grands cas :

- ***Cas du patient connu du prescripteur :***

Exemple du pédiatre qui fait souvent de la téléprescription. Ici, l'autorisation de la téléprescription parait relativement simple à mettre en place, le médecin connait l'historique médicamenteux et physiopathologique de son patient, il peut, dans le cadre de l'urgence, mettre ou modifier un traitement en place.

Attention toutefois à la dérive suivante : il ne faudrait pas que la téléprescription devienne un moyen pour le patient de se passer de visite médicale, le suivi médical avec le visu « médecin-patient » et le dialogue restent indispensables.

- ***Cas du patient inconnu du prescripteur :***

La situation est ici toute autre. De même que dans le cadre des recommandations émises par l'HAS concernant la téléprescription par les médecins urgentistes, la téléprescription pour un patient non connu doit être cadrée et limitée. Il faut absolument limiter les

effets collatéraux que peuvent engendrer ces prescriptions : erreur de diagnostic, contre-indication à un traitement,…

Sont déjà exclues certaines prescriptions, comme la prescription de stupéfiants, d'assimilés stupéfiants ou de toutes autres substances psycho-actives. On pourrait d'ailleurs imaginer des arbres décisionnels du même type que ceux que possèdent le SAMU et une liste des médicaments prescriptibles dans ce cadre (MENTHONNEX P et al - Guide d'Aide à la régulation au SAMU Centre 15 – SAMU de France - 1ère édition – SFEM Editions – 2004)

Ces prescriptions doivent être limitées dans le temps, comme le précisent les recommandations de l'HAS, c'est-à-dire limitées à 72h. Cependant, les conditionnements actuels ne donnent pas la possibilité de délivrer le traitement pour seulement 72h (boîtes contenant souvent 20 à 30 comprimés).

D'une manière générale, il pourrait également être intéressant de limiter dans le temps la validité d'une ordonnance rédigée dans le cadre de la permanence de soins. Il n'est pas rare de voir une ordonnance, rédigée par exemple par SOS médecin, présentée plus d'une semaine après sa date de rédaction. A-t-elle encore lieu d'être délivrée ? La problématique se pose d'une manière générale pour toutes les ordonnances rédigées pour des pathologies aiguës.

En France, un décret est paru au JO (Journal Officiel) du 21 octobre 2010, qui autorise la télémédecine ou consultation à distance. Il précise que le patient doit être consentant et que les professionnels de santé intervenant dans cet acte doivent avoir en leur possession :

« 1° Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;

2° Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ;

3° L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;

4° La date et l'heure de l'acte ;

5° Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte. »

Article R6316-4 du CSP, Chapitre VI, Titre Ier, Livre III, Sixième partie

Ainsi si la collaboration entre professionnels de santé, l'accord et l'information voir la formation du patient à l'acte de télémédecine sont précisés dans ce décret, la transmission des ordonnances est mal définie. Il est seulement mentionné que les échanges d'informations se font *« par le biais des technologies de l'information et de la communication »* (Article R6316-2 du CSP). Les moyens pour sécuriser les échanges d'informations ne sont pas définis.

4. LES MEDECINS ET LES GARDES

La permanence des soins est le concept qui permet à tout malade d'accéder aux soins dont il a besoin à tout moment. Si ce concept existe dans les codes de déontologie médicale et pharmaceutique depuis longtemps, il a été introduit en médecine ambulatoire dans le code de la santé publique par le décret 2003-880 du 15 sept 2003.

Le dispositif de la PDS semble être différent selon qu'il s'agisse des pharmaciens ou des médecins. Alors que pour les pharmaciens, il repose sur les principes de la sectorisation et plutôt de l'obligation ; en ce qui concerne les médecins, il repose sur les principes de la sectorisation et du volontariat.

L'article 77 du Code de Déontologie Médicale (CDM) précise qu' *« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »*, l'article 78 le complète en précisant que le médecin qui assure les gardes doit s'organiser pour être joignable.

4.1. LE PRINCIPE DE SECTORISATION

Le département est découpé en secteurs par **arrêté préfectoral** après consultation du CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) et avis du CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins et des transports sanitaires). La sectorisation détermine la limite géographique de chaque secteur sur l'ensemble du département où peut être joint un médecin de permanence.

4.2. LE PRINCIPE DU VOLONTARIAT

Comme le précise l'article R.6315-4 du CSP, *« Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat ».* Ce volontariat est matérialisé par le Tableau départemental nominatif de permanence (inscription pour 3 mois renouvelables).

En cas de nombre insuffisant de volontaires, le CDOM après avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complète le tableau ; des exemptions de permanence sont possibles pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé, et éventuellement des conditions d'exercice des médecins. Si le nombre est encore insuffisant, le préfet procède aux réquisitions nécessaires, en tenant compte des exemptions de permanence transmises par le CDOM.

C'est le directeur général de l'ARS qui est responsable de ce tableau de permanence.

Cependant, le rapport du Dr. Jean-Yves Grall est très clair sur l'efficacité de ce système, les réquisitions sont rarement faites, les tableaux de permanence ne sont pas complétés et les services d'urgences se retrouvent parfois à devoir faire des actes administratifs (certificats de décès,…) alors que leur mission est toute autre. Le résultat est le suivant, trouver un médecin de garde reste compliqué en dehors des grandes agglomérations, et la population, ne comprenant pas toujours le mode de régulation du 15, s'inquiète.

Les médecins ruraux sont débordés. Ceci peut s'expliquer par la non-sectorisation de l'installation des médecins et leur nombre insuffisant. En effet, la réussite au concours de médecine, de même que pour le concours de pharmacie, est limitée par un numérus clausus qui fixe le nombre de personnes pouvant passer en 2ème année de médecine ou de pharmacie. Cela limite donc le nombre de médecins ou de pharmaciens.

Ce qui dans un premier temps permettait de coordonner le nombre de médecins formés et le nombre de postes à pourvoir est aujourd'hui un facteur limitant. En effet, sachant qu'il faut au moins 8 ans pour former un médecin, cela demande donc une anticipation de la demande en médecins pour adapter le numérus clausus.

En plus de cela, les médecins ne sont pas soumis à des quotas pour l'installation comme le sont les pharmaciens, ils s'installent où ils veulent, ou ne s'installent pas en libéral et restent à l'hôpital, ce qui donne une forte disparité géographique avec un gradient nord-sud et rural-urbain. En 2007, dans le Plan de Financement de la Sécurité Sociale, il y avait des articles se rapportant à la fixation de quotas d'installation pour les jeunes médecins, ce qui avait été fortement refusé par la profession médicale et suivi de grèves…Les articles ont été retirés.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : LECERF Camille

TITRE : La permanence de soins à l'officine - Aspects juridiques et pratiques

La permanence des soins est le concept qui permet à tout malade d'accéder aux soins dont il a besoin à tout moment. Si ce concept existe dans les codes de déontologie médicale et pharmaceutique depuis longtemps, il a été introduit en médecine ambulatoire dans le code de la santé publique par le décret 2003-880 du 15 sept 2003.

Le dispositif de la Permanence des Soins semble être différent selon qu'il s'agisse des médecins ou des pharmaciens depuis longtemps ; en effet en ce qui concerne les médecins, il repose sur les principes de la sectorisation et du volontariat.

Le pharmacien est également un membre de la PDS ; cependant en ce qui concerne les pharmaciens, le concept de la PDS reposerait plutôt sur les principes de la sectorisation et de l'obligation.

La permanence des soins a pour cible le patient ; l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente. Le conseil médical donné par le médecin régulateur après avoir recueilli le consentement du malade, engage sa responsabilité ; ce conseil peut être un conseil thérapeutique qui peut prendre la forme soit d'une adaptation d'une prescription préalable, soit d'une prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale, ou enfin d'une prescription d'un médicament absent de ladite pharmacie. Dans ce dernier cas, il peut s'agri de médicaments listés ou de médicaments non listés. Le malade, un membre de sa famille ou l'appelant devra se rendre à la pharmacie d'officine pour obtenir le ou les médicaments prescrits. L'activité de prescription médicamenteuse du médecin régulateur ne peut se faire qu'en partenariat avec le pharmacien de garde.. La coordination des différents effecteurs de permanence de soins se doit d'être

protocolisée par les différents représentants des professionnels de santé participant au CODAMUPS.

A côté des prescriptions émanant de la régulation médicale, le pharmacien, seul dispensateur des médicaments en ambulatoire, reçoit en période de garde des patients qui ne viennent pas dans le cadre de la Permanence des Soins. Plusieurs études menées auprès des officinaux ont permis d'identifier les principales classes pharmaco-thérapeutiques concernées par la Permanence des Soins à l'officine. Quelle analyse peut-on faire? Faut-il limiter la Permanence des Soins en dehors des heures normales d'ouverture de l'officine, aux cas urgents? Est-il possible de constituer un stock d'urgence? Est-il envosageable de mettre en place un lieu particulier pour assurer la Permanence pharmaceutique des Soins en toute sécurité?

Si la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) prévoit une éducation de la population pour limiter le recours au 15 pouvant pénaliser les urgences médicales, elle donne également de nouveaux horizons en matière de Permanence des Soins.

Ainsi les Maisons Médicales de Garde devraient être de plus en plus nombreuses et représenter une des solutions permettant de désengorger les urgences médicales. Pourquoi ne pas permettre au patient de trouver à la fois les soins, les médicaments et les dispositifs médicaux dont il a besoin en un seul et même lieu? Pourquoi ne pas regrouper les médecins et les pharmaciens sur la base du principe de la sectorisation déjà bien acceptée? Verrions-nous alors la Permanence pharmaceutique des Soins reposer également sur le principe du volontariat au sein d'une Maison Médicale de Garde? Plusieurs questions se posent donc, surtout le secteur « non urbain ». En effet, est-ce qu'une Maison Médicale de Garde permettrait de régler le problème de la permanence de soins en milieu non urbain? De plus il faut s'interroger sur le statut

juridique de la dite Maison Médicale de Garde et par voie de conséquence sur celui du pharmacien qui assurerait la garde.

Toujours dans le cadre de la loi HPST, est-ce que la télémédecine pourrait apporter des réponses? Pour les cas relatifs aux soins, oui, mais si les soins sont accompagnés de prescription de biens médicaux, le patient devra se déplacer La voie de la pratique de la prescription téléphonique semble ouverte. Si la HAS a édité des recommandations sur la prescription téléphonique dans le cadre de la régulation médicale, il n'y a pas encore de cadre légal « sanitaire » concernant cette prescription émanant d'autres médecins mais cette question devrait être réglée dans les prochaines années car cette pratique se fait déjà tous les jours en officine !!

Dresser l'état des lieux de la Permanence des Soins « pharmaceutique » a permis de constater son évolution actuelle et la nécessité d'une évolution prochaine.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Date Lundi 8 Novembre 2010.

Madame Renée GRILLOT

Le Directeur de l' UFR de Pharmacie de Grenoble

Madame Martine DELETRAZ - DELPORTE

Le Président du jury de thèse

ANNEXES

ANNEXE 1

Liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine :

« 1° Les médicaments à usage humain ;

2° Les insecticides et acaricides destinés à être appliqués sur l'homme ;

3° Les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles oculaires de contact ;

4° Les médicaments vétérinaires, les produits à usage vétérinaire, les objets de pansement, les articles et les appareils de soins utilisés en médecine vétérinaire, ainsi que les produits, réactifs et appareils destinés au diagnostic médical ou à la mesure de toute caractéristique physique ou physiologique chez l'animal ;

5° Les dispositifs médicaux à usage individuel, à l'exception des dispositifs médicaux implantables ;

6° Les plantes médicinales, aromatiques et leurs dérivés, en l'état ou sous forme de préparations, à l'exception des cigarettes ou autres produits à fumer ;

7° Les huiles essentielles ;

8° Les articles et appareils utilisés dans l'hygiène bucco-dentaire ou corporelle ;

9° Les produits diététiques, de régime et les articles ou accessoires spéciaux nécessaires à leur utilisation ;

10° Le pastillage et la confiserie pharmaceutique ;

11° Les eaux minérales et produits qui en dérivent ;

12° Les matériels, articles et accessoires nécessaires à l'hospitalisation à domicile des malades ou au maintien à domicile des personnes âgées ;

13° Les articles et les accessoires utilisés dans l'application d'un traitement médical ou dans l'administration des médicaments ;

14° Les produits cosmétiques ;

15° Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public ;

16° Les produits, articles et appareils utilisés dans l'art de l'oenologie ;

17° Les produits chimiques définis ou les drogues destinées à des usages non thérapeutiques à condition que ceux-ci soient nettement séparés des médicaments ;

18° Les produits et appareils de désinfection, de désinsectisation et de dératisation, ainsi que les produits phytosanitaires ;

19° Les supports d'information relatifs à la prévention, à l'éducation pour la santé et au bon usage du médicament ;

20° Les équipements de protection individuelle de protection solaire ;

21° Les équipements de protection individuelle d'acoustique adaptés au conduit auditif.

22° Les compléments alimentaires ;

23° Les équipements de protection individuelle respiratoire. »

(Arrêté du 15 février 2002 publié au JO du 24 février 2002, complété par arrêté du 30 avril 2002 publié au JO du 4 mai 2002 et modifié par arrêté du 2 octobre 2006 publié au JO du 13 octobre 2006)

ANNEXE 2

Afssaps (Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé) - Durée maximale de prescription des médicaments classés comme stupéfiants – 31/08/2009

DUREE DE PRESCRIPTION	D.C.I.	Liste	FORMES PHARMACEUTIQUES	Voie d'administration
30 jours prescription renouvelable	Buprenorphine[4]	Liste I	Comprimé sublingual	Orale
28 jours	Méthylphénidate[1]	Stupéfiant/ PIH	Comprimé et comprimé à libération prolongée	Orale
	Morphine[1] sous forme de préparations à libération prolongée	Stupéfiant	Gélule à libération prolongée/ Comprimé à libération prolongée /	Orale
			Système actif pour perfusion	Injectable
	Morphine[1] sous forme de préparations orales autres que les formes à libération prolongée	Stupéfiant	Solution buvable / Comprimé/ Gélule /	Orale
	Hydromorphone[7]	Stupéfiant	Gélule	Orale
	Oxycodone[10]	Stupéfiant	Comprimé à libération prolongée / Gélule	Orale
			Système actif pour perfusion	Injectable
	Clorazépate dipotassique[11]	Liste I	Comprimé	Orale
	Oxybate de sodium	Stupéfiant	Solution buvable	Orale
28 jours mais fractionnement pour 14 jours	Fentanyl[9]	Stupéfiant	Dispositif transdermique et transmuqueux	Transdermique
28 jours mais fractionnement pour 7 jours	Buprénorphine[3]	Liste I	Comprimé	Orale
	Fentanyl[9]	Stupéfiant	Dispositif transmuqueux	Transmuqueux
14 jours mais fractionnement pour 7 jours	Méthadone[5 et 6]	Stupéfiant	Sirop	Orale
	Flunitrazépam[8]	Liste I	Comprimé	Orale

7 jours	Alfentanyl[2]	Stupéfiant / RH	Solution injectable (Ampoule)	Injectable
	Fentanyl[2] sous forme de préparations injectables	Stupéfiant / RH	Solution injectable (Ampoule)	Injectable
			Solution injectable (Ampoule / Réserve hospitalière)	
	Morphine[2] sous forme de préparations injectables autres que celles administrées par des systèmes actifs de perfusion	Stupéfiant	Solution injectable (Ampoule)	Injectable
	Pentazocine[2] sous forme de préparations injectables	Stupéfiant	Solution injectable (Ampoule)	Injectable
	Péthidine[2]	Stupéfiant	Solution injectable (Ampoule)	Injectable
	Phénopéridine[2]	Stupéfiant / RH	Solution injectable (Ampoule)	Injectable
	Oxycodone[10] sous forme de préparations par voie rectale	Stupéfiant	Suppositoire	Rectale
	Oxycodone[10] sous forme de préparations injectables autres que celles administrées par des systèmes actifs de perfusion	Stupéfiant	Solution injectable (Ampoule)	Injectable
	Rémifentanil[2]	Stupéfiant / RH	Lyophilisat pour solution injectable (réserve hospitalière)	Injectable
	Sufentanil[2]	Stupéfiant / RH	Solution injectable (réserve hospitalière)	Injectable

ANNEXE 3

A N N E X E I I – 1 de la convention nationale du 11 juillet 2006[2]
ATTESTATION DE PARTICIPATION À LA PERMANENCE PHARMACEUTIQUE DES SOINS
Versement des indemnités d'astreintes
Caisse primaire de rattachement :
.....
Mois et année de référence :
.....
Pharmacie participante :
Nom et prénom du ou des titulaires :
.....
Dénomination sociale et adresse de l'officine :
.....
Ville : .....
Code postal :.....
Téléphone :.....
Numéro d'identification du ou des pharmaciens titulaires participant :
Astreintes effectuées :
Nombre de nuits :
.....
Indiquer la date dans la case correspondante :

1re sem.							
2e sem.							
3e sem.							
4e sem.							
5e sem.							

Nombre de dimanches et de jours fériés : .....
Indiquer la date dans la case correspondante :

1re sem.							
2e sem.							
3e sem.							
4e sem.							
5e sem.							

Demande d'indemnisation :
Je soussigné(e), Mme, Mlle, M…….....,
déclare avoir participé à la permanence pharmaceutique des soins aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement d'une indemnité d'un montant de 75 €, pour chaque astreinte, soit la somme totale de : .... €.
Fait à ....., le .....
Signature Cachet de l'officine

ANNEXE 4

JORF n°260 du 8 novembre 2005 page 17528 texte n° 17
ARRETE
Arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes [...]
« ANNEXE I
LISTE DES MÉDICAMENTS RENFERMANT OU NON DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES FEMMES
Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux.
Antiseptiques locaux.
Anesthésiques locaux :
- médicaments renfermant de la lidocaïne.
Antibiotiques par voie orale dans le traitement des infections urinaires basses ou vaginales prescrits sur antibiogramme. Prescription non renouvelable pour une infection donnée.
Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques.
Antispasmodiques.
Antiémétiques.
Antalgiques :
- paracétamol ;
- association de paracétamol et de dextropropoxyphène ;
- association de paracétamol et de codéine ;
- tramadol ;
- nefopam ;
- nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg ; l'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente.
Contraceptifs :
- spermicides ;
- contraceptifs d'urgence : levonorgestrel seul ou associé à l'éthinyl-estradiol ;
- contraceptifs hormonaux : estroprogestatifs par voie orale, transdermique et anneau vaginal ; progestatifs par voie orale, injectable ou implant.
Laxatifs.
Vitamines et sels minéraux par voie orale.
Topiques à activité trophique et protectrice.
Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques.
Solutions de perfusion.
- solutés de glucose de toute concentration ;
- solutés de bicarbonate isotonique à 1,4 % et semi-molaire à 4,2 % ;
- solutés de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
- solutés de gluconate de calcium à 10 % ;
- solutions de Ringer.
Ocytociques :
- produits renfermant de l'ocytocine.
Médicaments assurant le blocage de la lactation.
Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rubéole, hépatite B et grippe.
Immunoglobulines anti-D.

Produits de substitution nicotinique.
Par ailleurs, les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :
- nicardipine ;
- nifédipine ;
- labetalol ;
- salbutamol par voie orale et rectale.
En cas d'urgence, en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :
- succédanés du plasma composés d'hydroxyéthylamidon dans les états de choc ;
- éphédrine injectable dans la limite d'une ampoule dosée à 30 mg par patiente ;
- adrénaline injectable par voie sous-cutanée dans les cas d'anaphylaxie.

ANNEXE II
LISTE DES MÉDICAMENTS RENFERMANT OU NON DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES NOUVEAU-NÉS
Antiseptiques locaux.
Anesthésiques locaux :
- crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne.
Antalgiques :
- paracétamol par voie orale ou rectale.
Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs.
Vitamines et sels minéraux par voie orale :
- la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1.
Topiques à activité trophique et protectrice.
Solutions pour perfusion :
- solutés de glucose (de toute concentration) ;
- solutés de bicarbonate isotonique à 1,4 % et semi-molaire à 4,2 % ;
- soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
- soluté de gluconate de calcium à 10 %.
Vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B.
BCG.
En cas d'urgence et en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :
- adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né ;
- naloxone (forme néonatale, ampoules dosées à 0,04 mg).

ANNEXE III
LISTE DES MÉDICAMENTS CLASSÉS COMME STUPÉFIANTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION
Chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente. […] »

ARRETE
Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire […]
« Article 1

A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les sages-femmes sont autorisées, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire à leurs patients les dispositifs médicaux suivants :
1. Ceinture de grossesse de série ;
2. Orthèse élastique de contention des membres inférieurs ;
3. Sonde ou électrode cutanée périnéale ;
4. Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale ;
5. Pèse-bébé ;
6. Tire-lait ;
7. Diaphragme ;
8. Cape cervicale ;
9. Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap. [...] »

ANNEXE 5

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

NOR : *SANS0721552A*

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4311-1,

Arrête :

Art. 1er. – I. – A l'exclusion du petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé, les infirmiers sont autorisés, lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire aux patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux suivants :

1. Articles pour pansement :

– compresses stériles ou non ;
– filet tubulaire de maintien des pansements élastique ou non ;
– jersey tubulaire de maintien des pansements élastique ou non ;
– bandes de crêpe et de maintien : coton, laine, extensible ;
– coton hydrophile, gaze et ouate ;
– sparadraps élastique et non élastique ;

2. Cerceaux pour lit de malade ;

3. Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital :

– étui pénien, joint et raccord ;
– plat bassin et urinal ;
– dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, ceinture, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, ceinture, collecteur d'urines ;
– dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
– nécessaire pour irrigation colique ;
– sondes vésicales pour autosondage et hétérosondage ;

4. Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :

a) Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :

– appareil à perfusion stérile non réutilisable ;
– panier de perfusion ;
– perfuseur de précision ;
– accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;
– accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable : aiguille épicrânienne, cathéter périphérique, prolongateur, robinet à trois voies, bouchon Luer Lock, adhésif transparent ;

b) Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :

– aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable ;
– aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies ;

c) Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies ;

d) Pieds et potences à sérum à roulettes.

II. – Par ailleurs, peuvent également être prescrits dans les mêmes conditions qu'au I, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par leur patient, les dispositifs médicaux suivants :

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
2. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
3. Pansements hydrocolloïde, hydrocellulaire, en polyuréthane, hydrofibre, hydrogel, siliconés ;
4. Pansements d'alginate, à base de charbon actif, vaselinés, à base d'acide hyaluronique ;
5. Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile ;
6. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, bas de contention ;
7. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, accessoires pour lecteur de glycémie et autopiqueurs : aiguilles, bandelettes, lancettes, aiguille adaptable au stylo injecteur non réutilisable et stérile.

Art. 2. – Le directeur général de la santé, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 13 avril 2007.

PHILIPPE BAS

ANNEXE 6

JO n° 11 du 13 janvier 2006 page 532, texte n° 33 […]
Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire […]
« Article 1
A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients les dispositifs médicaux suivants :
1. Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades ;
2. Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
3. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
4. Barrières de lits et cerceaux ;
5. Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur ;
6. Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois ;
7. Attelles souples de correction orthopédique de série ;
8. Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série ;
9. Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série ;
10. Sonde ou électrode cutanée périnale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire ;
11. Collecteurs d'urines, étuis péniens, pessaires, urinal ;
12. Attelles souples de posture et ou de repos de série ;
13. Embouts de cannes ;
14. Talonnettes avec évidement et amortissantes ;
15. Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe ;
16. Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie.[…] »

ANNEXE 7

Liste des produits que peuvent prescrire les pédicures podologues

Topiques à usage externe

Les topiques à usage externe que vous pouvez prescrire et appliquer, et qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie sont les suivants :

- Antiseptiques
- Antifongiques
- Hémostatiques
- Anesthésiques
- Kératolytiques et verrucides
- Produits à visée adoucissante, asséchante, calmante, cicatrisante ou révulsive
- Anti-inflammatoires locaux pour l'hallux valgus et les ongles incarnés à l'exclusion des spécialités renfermant des substances classées comme vénéneuses.

Pansements

Les pansements que vous pouvez prescrire et poser, et qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie sont les suivants :

- Compresses stériles de coton hydrophile
- Compresses stériles de gaze hydrophile / compresses fibres stériles de gaze hydrophile
- Sparadrap
- Compresses non tissées stériles
- Système de maintien des pansements : jersey tubulaire de maintien des pansements, pochette de suture adhésive stérile, sparadrap élastique et non élastique
- Compresses stériles absorbantes / compresses absorbantes

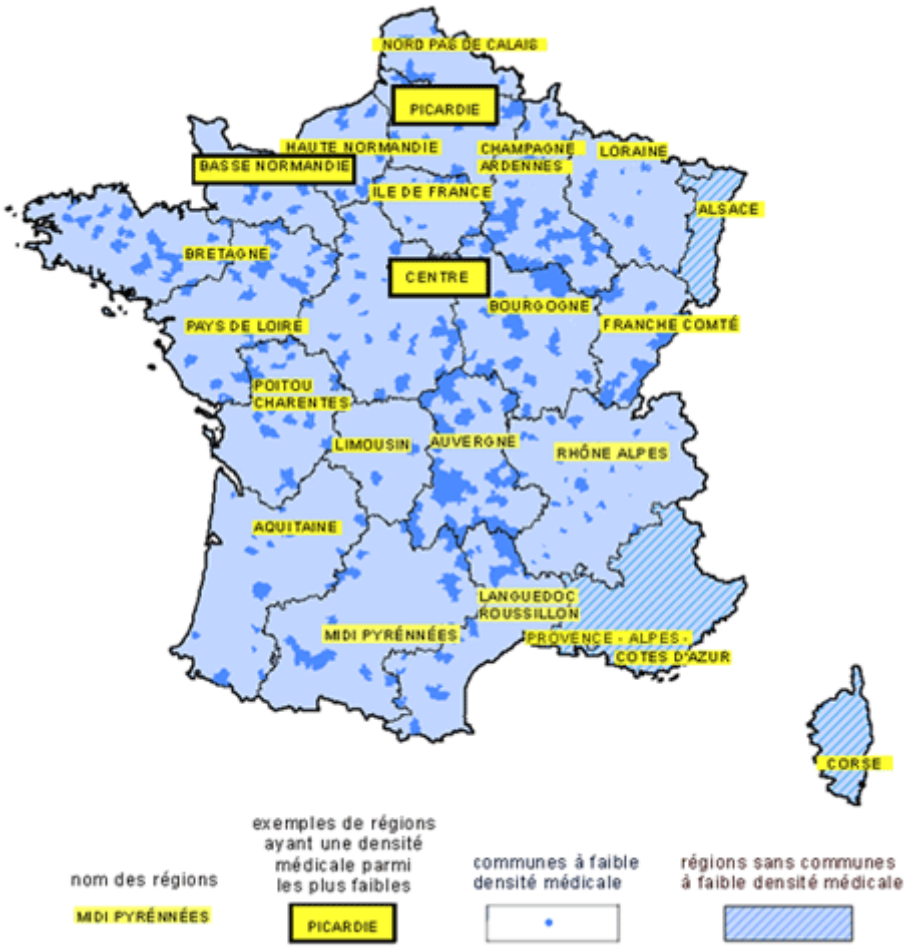
Pansements pour patients diabétiques

Les pansements pour patients diabétiques dont vous pouvez renouveler la prescription (la prescription initiale étant réservée aux médecins) et qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie sont les suivants :

- Pansements hydrocolloïdes
- Pansements à base de charbon actif
- Pansements vaselinés
- Pansements hydrofibre
- Pansements hydrogel
- Pansements à alginate de calcium

[1] Décret n° 2009-956 du 29 juillet 2009 paru au JO du 2 août 2009 et liste fixée par l'arrêté du 30 juillet 2008 paru au JO du 2 août 200

ANNEXE 8



Carte de démographie médicale mettant en avant les régions ayant une densité médicale faible, réalisée par les MRS, extraite du site internet du ministère de la santé et des sports.

Les critères retenus sont une densité médicale inférieure à la moyenne de 30% et une activité médicale par professionnels supérieure de 30% à la moyenne nationale. Les MRS ont adapté leurs critères à la région étudiée en prenant en compte par exemple l'âge moyen de la population.

ANNEXE 9

Départements couverts par le 3237 (0,34€/min) :	**Départements couverts par le 3915 (0,15€/min) :**
	DÉPARTEMENTS INSTALLÉS

En orange, les départements couverts. En gris les départements prochainement couverts.

Départements couverts par sosgardes.fr et le 3915

CP	Départements	Habitants	Pharmaciens	Chirurgiens dentistes
03	Allier	341 499	180	
07	Ardèche	303 999	108	
67	Bas Rhin	1 079 016	270	
16	Charente	344 499	156	
21	Côte-d'Or	513 999	181	
26	Drôme	466 499	165	
38	Isère	1 171 997	401	
42	Loire	732 998	272	449
63	Puy-de-Dôme	622 988	264	
71	Saône-et-Loire	545 998	225	
73	Savoie	403 499	189	
75	Paris	2 167 994	1 030	
77	Seine-et-Marne	1 267 496	398	
72	Sarthe	556 946	191	
92	Hauts-de-Seine	1 484 996	534	
93	Seine-Saint-Denis	1 484 996	464	
69	Rhône	1 667 495	610	
33	Gironde	1 409 345	580	
94	Val-de-Marne	1 292 996	456	
05	Hautes Alpes	132 482	65	
04	Alpes Haute Provence	156 067	61	
91	Essonne	1 201 994	394	
79	Deux-sèvres	362 944	140	
23		**19 712 742**	**7 334**	**449**

Villes couvertes

Marseille	852 500	372	
Aix en Provence	143 000	129	
Toulouse	444 000	169	
Nantes	290 000	180	
Porto Vecchio	11 326	65	
	1 740 826	**915**	
Total	**21 453 568**	**8 249**	

http://www.3915.fr/pdf/3915.pdf

http://www.3237.fr/

Consultés le 13 août 2010

ANNEXE 10

Déclaration d'agression

Cette fiche est destinée à être traitée en interne au Conseil central A et ne sera jamais transmise à un quelconque organisme. Elle alimentera une base de données, dont seules les statistiques générales seront communiquées à la profession, ainsi qu'aux autorités responsables de la sécurité. Votre déclaration est notre seul moyen de reconnaissance de l'insécurité des officinaux. **Il est donc très important de la remplir. Quelques minutes suffisent.** Merci

Envoyer à :
Président du Conseil central A
Ordre des pharmaciens
TSA nº 60037 – 4, av. Ruysdaël
75379 PARIS Cedex 08

votre
TAMPON

Le jour de l'agression

Le ___/___/ 200__, à ___ heures ___

État de l'officine

Pharmacie de garde : oui ☐ non ☐

Ouverte ☐ Fermée ☐	Ouverte ☐ Fermée ☐
Si fermée :	Si ouverte :
– Clients servis au guichet de garde : oui ☐ non ☐	– Présence de clients : oui ☐ non ☐
– Filtre préalable par commissariat ou gendarmerie : oui ☐ non ☐	– Membres de l'équipe officinale présents ⌊_⌋

Type d'agression

Sur les personnes		***Sur les locaux***
Agression verbale ☐	***Conséquences***	Cambriolage ou tentative ☐
Menace ☐	Sans gravité ☐	Vandalisme ☐
Agression physique ☐	Arrêt de travail ☐	***Conséquences***
Vol à main armée ☐	Hospitalisation ☐	Dégâts mineurs ☐
		Destruction partielle ☐
		Destruction importante ☐

Motif de l'agression

Caisse ☐
Stupéfiants ☐
Refus de vente pour non conformité de droits ☐
Autres refus de vente *(hors stupéfiants)* ☐
Autre ☐

Première agression : oui ☐ non ☐
Plainte déposée : oui ☐ non ☐

Renseignements complémentaires éventuels

_ _
_ _
_ _
_ _
_ _
_ _

Déclaration remplie le ______________ 200__

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucun traitement nominatif par le Conseil central A et d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la pharmacie.
Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès aux données vous concernant et un droit de rectification.

Votre pharmacie

Département ⌊_|_⌋

Dans une agglomération de

moins de 2 000 habitants ☐
2 000/5 000 ☐
5 000/30 000 ☐
30 000/50 000 ☐
50 000/100 000 ☐
100 000/200 000 ☐
plus de 200 000 ☐

Officine

de centre-ville ☐
de quartier ☐
de périphérie ☐

Installée
dans local indépendant ☐
dans petit centre commercial ☐
dans grand centre commercial ☐

Système de surveillance

Aucun ☐
Vidéosurveillance ☐
Vigiles ☐
Télésurveillance
reliée à la police ☐
reliée à une société de service ☐
Autre ☐

Votre ville bénéficie-t-elle d'un contrat local de sécurité ?

oui ☐ *non* ☐ *ne sait pas* ☐

FAB 02 38 70 84 44

Ordre national des pharmaciens – Conseil central A Janvier 2002

ANNEXE 11

Modèle d'ordonnance retenu par l'HAS tiré de l'annexe 2 des recommandations éditées en 2009 concernant les Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale

Courrier médical confidentiel, en cas d'erreur d'orientation merci d'appeler le n°suivant.....(centre régulateur)

Ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale

EXPÉDITEUR	DESTINATAIRE
Adresse du centre de régulation N°de téléphone : N°de fax : Dr nom et prénom/spécialité N°identifiant ADELI RPPS N°inscription au tableau de l'Ordre *Agissant dans le cadre de la régulation médicale* N°du dossier de régulation	**Pharmacie nom officine** Nom et prénom du pharmacien qui réceptionne et valide : N°d'ordre du pharmacien : Adresse : adresse officine Téléphone : n° Télécopie : n°

Date et heure de la prescription et durée de validité :

Nom/prénom du patient :
Adresse : n°et rue code postal ville
âge/sexe du patient :
Poids du patient (indispensable si le patient a < 15 ans) :

Médicaments prescrits pour ....heures
(préciser la durée de la prescription qui ne peut dépasser 72 heures)

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Recontacter le médecin régulateur rapidement en cas d'aggravation des symptômes.
Contacter votre médecin traitant si besoin.
Ne pas oublier d'apporter cette ordonnance lors de votre prochaine consultation avec votre médecin traitant.

Signature du médecin régulateur prescripteur

Tampon de l'officine :

Signature du pharmacien
qui a réceptionné et validé

Pour accusé de réception, cette ordonnance est à renvoyer validée par le tampon de l'officine au centre de régulation n°fax

BIBLIOGRAPHIE

Documents :

(1) DESCOURS Ch Sénateur Honoraire - Rapport du groupe de travail sur la Permanence des Soins – 22 janvier 2003

(2) Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie – JO du 25 juillet 2006

(3) AFFSAPS - Durée maximale de prescription des stupéfiants – 31 août 2009 - Consultation à l'adresse suivante : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/c6339c74fa3f9b98176bedacb6a90fe4.pdf

(4) Liste des Produits de Prestations Remboursables – Mise à jour du 9 novembre 2010

(5) Arrêté du 1er septembre 2006 relatif aux honoraires perçus par les pharmaciens assurant les services de garde – JO du 9 septembre 2006

(6) Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'Officine du 3 décembre 1997.

(7) Avenant du 9 avril 2008 portant révision de l'article 4 de l'accord du 23 mars 2000 relatif à la réduction du temps de travail – Texte attaché à la convention nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1977

(8) Dr GRALL J Conseiller Général des Etablissements de Santé - Rapport « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins » - Août 2007

(9) Arrêté du 5 février 2008 pris pour l'application de l'article L5125-23-1 du Code de la Santé Publique – JO du 7 février 2008

(10) Inspection Régionale de la Pharmacie d'Ile-de-France - Précis de Règlementation applicable à l'officine - Plaquette officine 6ème édition – Mise à jour en novembre 2007 – Consultation à l'adresse suivante : http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/plaquette_officine_07.pdf

(11) Rapport du Conseil Central A de l'Ordre des pharmaciens concernant les agressions en pharmacie – 2009

(12) Décret n°2008-834 du 22 août 2008 relatif aux établissements pharmaceutiques et à l'importation de médicaments à usage humain. Diaporama de Géraldine SIHA MBEDY (Unité des établissements pharmaceutiques - Direction de l'inspection et des établissements) pour l'AFSSAPS

(13) RIOLI M, Conseiller en économie stratégie et développement des entreprises, rapporteur du groupe de travail - Rapport « Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins » - 9 juillet 2009

(14) CORIAT P, Président, BRAUN F, GENET J, GOLDSTEIN P, NAZAC A, POL B, REMOND J - Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins – Mai 2008

(15) Georges COLOMBIER, député - Rapport d'information sur la Prise en charge des urgences médicales – Enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 7 février 2007

(16) Fédération des soins palliatifs et soins de support du centre Hospitalier Universitaire de Grenoble – Table d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception – Version 4 – Octobre 2008

(17) Dr GOLSTEIN – La trousse d'urgence du médecin généraliste – 2008 – Consulté à l'adresse suivante : http://www.formathon.fr/fr/spip.php?article96

(18) POLIKIPIS M, CLAESSENS B et MOLS P, médecins urgentistes belges – La trousse d'urgence du médecin généraliste doit rester simple mais efficace : mode d'emploi – 2007

(19) HAS – Recommandations – Prescriptions médicamenteuses par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale – 2009

(20) CIRCULAIRE N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 DU 23 MARS 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire

Sites internet :

(21) Code Pénal, Code de la Santé Publique, Code de la Consommation, Code de la Sécurité Sociale - Legifrance – Consultation à l'adresse suivante : http://www.legifrance.gouv.fr/

(22) Larousse – Consultation à l'adresse suivante : http://www.larousse.fr/

(23) Theriaque – Banque de données sur le médicament – Consultation à l'adresse suivante : http://www.theriaque.org/

(24) Univadis – VidalPro – Consultation à l'adresse suivante : http://www.vidalpro.net/accueil.asp?site=2

(25) Ordre National des Pharmaciens – Consultation à l'adresse suivante : http://www.ordre.pharmacien.fr/

(26) Centre Hospitalier de la Pitié-Salpétrière – Consultation de la page suivante : http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/corticoides.html

(27) Société Française d'Anesthésie et de Réanimation – Consultation de la page suivante : http://www.sfar.org/article/377/les-glucocorticoides-en-reanimation-1-pharmacocinetique-et-indications

(28) Assurance Maladie – Consultation à l'adresse suivante : http://www.ameli.fr/

(29) Agence Régionale de Santé – Consultation à l'adresse suivante : http://www.ars.sante.fr/portail.0.html

Livre :

(30) MENTHONNEX P et al - Guide d'Aide à la régulation au SAMU Centre 15 – SAMU de France - 1ère édition – SFEM Editions - 2004

Thèses :

(31) DESBUISSONS A – Le service de garde en officine – Thèse de Pharmacie – Rouen – 2002

(32) BOUTELLIER M – La pharmacie dans les transports ferroviaires français – Thèse de pharmacie – Lyon I – 2008

(33) VITRE E – Gardes à Angers, Etude Statistique, qualitative et quantitative ; Les milles et une nuits à la Grande Pharmacie – Thèse de Pharmacie – Angers - 2007

Courriels :

(34) Courriels échangés avec Sandrine GUILLON du Conseil Central A de l'Ordre des Pharmaciens

(35) Courriels et données échangés avec Claude COCHEREL, statisticien à la CPAM d'Annecy

Présentation power point :

(36) MENTHONNEX P et LOIZZO F – Cours sur l'Aide Médicale d'Urgence – Faculté de pharmacie de Grenoble – Cours en 5ème année de Pharmacie – Année 2008/2009

Serment des Apothicaires

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les moeurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

LECERF Camille

La permanence de soins à l'officine, aspects juridiques et pratiques.

Th D. Pharm., Grenoble, 2010, 124p.

RESUME :

La permanence des soins en officine est un exercice particulier de la pharmacie. La notion d'urgence rentre en ligne de compte pour chaque délivrance effectuée.

Même si le cadre législatif reste assez flou concernant la permanence de soins en matière de droits, il est très clair en ce qui concerne les devoirs : mettre le patient en sécurité.

Cette thèse a pour objectif de clarifier la situation en terme de législation, de soulever les points qui posent le plus de difficulté pendant la permanence de soins officinale, et de trouver des réponses ou des pistes vers une meilleure prise en charge globale du patient.

MOTS CLES :

Permanence des soins

Pharmacie d'officine

Urgence

Maison Médical de Garde

Prescription téléphonique