



HAL
open science

Les pharmaciens des établissements de santé : démographie et perspectives

Clément Massé

► **To cite this version:**

Clément Massé. Les pharmaciens des établissements de santé : démographie et perspectives. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01104771

HAL Id: dumas-01104771

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01104771>

Submitted on 19 Jan 2015

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2014

Thèse n° 76

THÈSE

pour l'obtention du diplôme d'état de
DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 05 septembre 2014
Par Mr Clément MASSÉ
Né(e) le 14 juillet 1986 à Rennes (35)

Mémoire de DES Pharmacie
Option Pharmacie Clinique – Pratique et Recherche
Tenant lieu de thèse pour obtenir le grade de
Docteur en Pharmacie

**LES PHARMACIENS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :
DEMOGRAPHIE ET PERSPECTIVES**

Directeur de thèse

Dr Fabien DESPAS MCU-PH - CHU de Toulouse

Membres du Jury

Pr Marie-Claude SAUX	Professeur émérite de l'Université de Bordeaux	Présidente du jury
Dr Philippe CESTAC	MCU-PH - CHU de Toulouse	Assesseur
Dr Jacques CARON	PH - CHS de Cadillac	Assesseur
Dr Stéphane ANTIGNAC	PH - CH de Cahors	Assesseur

« On a conscience avant, on prend conscience après »

Oscar Wilde

Remerciements

Je voudrais commencer mes remerciements par Mlle SAUX qui me fait l'honneur d'être ma présidente du jury. Elle qui a, durant toutes ces années, œuvré pour la défense des internes, que ce soit au niveau local ou national, et qui a contribué au développement du métier de pharmacien hospitalier en présidant la Société Française de Pharmacie Clinique.

Merci à toi Fabien, « vieux fossile », qui dans un premier temps m'a poussé à remplir toutes les fonctions que j'ai occupées durant mon internat, pour finir par m'encadrer pour mon dernier combat en tant que directeur de thèse. Je ne voyais personne d'autre que toi pour ce poste après avoir lu ta thèse, elle aussi « atypique » !

Merci Philippe, pour me faire l'honneur de juger mon travail de thèse. Merci également de toujours avoir laissé ouverte la porte de ton bureau pour répondre aux questions et aux problèmes des internes, moi le premier pour me conforter dans mes choix d'internat.

Merci Stéphane de faire partie de mon jury. Grâce à toi j'apprends mon « vrai métier » en périphérie. Tu as accepté de me laisser beaucoup de temps d'une part pour finir ma thèse et d'autre part pour mon futur poste, je t'en suis reconnaissant.

Merci Mr CARON pour avoir accepté d'être membre de mon jury. L'internat est fait de belles rencontres, vous en faites partie incontestablement. Vous avez façonné mon internat par nos discussions suite à vos apparitions dans mon bureau de Cadillac à l'heure où j'aurai dû débaucher. Si un jour on me demandait à qui je voudrais ressembler en tant que pharmacien hospitalier, ma réponse ne ferait l'ombre d'aucun doute, vous. La boucle est bouclée j'ai commencé en psychiatrie chez vous, j'y reviens comme pharmacien mais dans un autre établissement.

Pour continuer sur les belles rencontres pharmaceutiques durant cet internat, je pense à tous mes autres « chefs » : Monique pour cette vision régionale de la politique du médicament et Julien pour cette robotisation du métier de pharmacien, je vais devenir responsable d'un robot tout comme toi. Et deux autres personnes particulières pour moi :

- un grand Monsieur, dans les deux sens du terme, Mr THIVEAUD. Je n'oublierai pas ces réunions CERISE,
- et toi Manue, je suis fier d'avoir été ton premier interne, tu m'as fait aimer Toulouse. Même si tu es du côté des méchants maintenant, je ne sais pas si le fait de te citer ne va pas me créer un conflit d'intérêt.

L'internat a été l'occasion pour moi de m'engager dans beaucoup d'associations, locales et nationale : AIAIPB, AAIPT, FNSIP (une spéciale dédicace pour toi Thomas !). Je remercie tous ces membres et tous ceux qui étaient dans les différents bureaux, j'ai passé de supers moments avec vous et j'espère avoir été un bon président.

Mais l'internat c'est aussi 4 ans loin de la famille. A mes petits parents sans qui ce diplôme de Docteur en Pharmacie n'aurait été qu'un rêve. A mes grandes (petites) sœurs Adeline et Elise les beaux frères JO, Charles et les petits bouts Laura, Paul, Louis (mon fillot) et Benjamin le petit dernier. A toute ma famille : cousins, cousines, oncles, tantes, mémé et ceux partis trop tôt. Ma deuxième famille Yveline

et Alain. Et loin également des amis d'enfance : Delph, Maud, Kmy, Popo, Clément, Laure, Anaïs, Steph,...

J'ai une petite pensée pour ceux avec qui j'ai passé 5 années à la fac de Pharma de Rennes, les copains de la corpo, les critards et les copains de galère pendant cette année de préparation du concours d'internat : Fanch & Lolo, Annaëlle, Tatanos, Sex, Marianne, Nathalie, Nico et Toto !

Je remercie tous mes co-internes et copains rencontrés durant ces 4 ans. En premier lieu les bordelais pour cette première année d'anthologie et ces week-ends aux Ferret : Tata Petel, Tata Louis, Tata Polo, Tata Angéline, Toto encore toi, Willou, Florijeane, Anne, Bastien, Marie, Richouchou, Morgaton, Clément, Mélanie.

Les toulousains : Cam, Popo, Sandra, Diane, Alicia, Léa, Jean, Patrick, Julien, Pierre, Fiona, Sophie, Flavie, Laura, Gilles, Nathalie, Nicoch, Arnaud, Damien, Anne-so, Arnaud, Florian, Jennifer, Aurélie, Chloé, Camille, David, Jenn, Marie Lola, Céline, Seb, Christophe (et ouais je mets aussi des bio y'a pas que des pharmas).

Les petits jeunes : Anne-Lise, Morgane, Manu, Ann-Lise, Alice-Anne, Anja, Marie-Céline, Morgane*2, Laurent*2, Serri, Hugo, Audrey*3,...

Ceux que j'ai rencontrés en week-end surf, au ski, aux congrès, aux AG,... Longue vie au Régiopôle !!! Les ballons pour leur inspiration !

Ceux qui m'ont hébergé durant tous mes déplacements : mes pied-à-terre parisiens (Sabrina et Julien), bordelais (Virg' et Pierre) et bientôt Toulousains...

Mes derniers co-internes de Cahors qui étaient là pendant l'écriture de cette thèse, le second floor pour les soirées improvisées et Anaïs et Pierre toujours à la bourre, pour ces petits dej' géniaux!

A mes petites externes à qui j'en ai fait baver : Camille, Fanny, Camille, Julie et les préparateurs qui m'ont aidé : Marie à la DNAC et Seb pour ton soutien sans faille dans les moments difficiles.

Et ceux qui m'ont (ou que j'ai) suivi : Michal, Nènène, Brice, Olivia, Tati Louis...

Et pour finir ma petite Fanny qui a été à mes côtés pendant ces 4 ans à me supporter, qui a lu et relu ces 148 pages à se demander si ce que j'écris est bien français !

Avant-propos

Parmi la richesse et la diversité des sujets de thèse, le choix de l'impétrant est toujours long et mûrement réfléchi. En schématisant quelque peu, nous pouvons dire qu'il existe globalement deux groupes de sujets de thèse, les thèses bibliographiques et les thèses à la suite d'un travail expérimental personnel. Cependant certains sujets sont plus atypiques, c'est le cas de ce travail de thèse, où nous proposons de faire le point sur la situation des pharmaciens des établissements de santé en France dans la perspective de mener une réflexion sur les possibles évolutions de l'internat en pharmacie afin de répondre au mieux aux besoins et aux compétences de la profession.

J'espère par cette thèse encourager les internes représentant déjà ou souhaitant représenter leurs collègues, de continuer dans cette voie mais également remercier tous les acteurs de la pharmacie hospitalière qui ont permis la reconnaissance de notre internat.

Table des matières

Avant-propos	6
Introduction	14
I. Le pharmacien en établissement de santé	17
1. Historique du pharmacien des établissements de santé	17
a. Les premiers pas de la pharmacie des établissements de santé	17
b. Les débuts de la pharmacie hospitalière moderne	18
c. Les évolutions du métier de pharmacien des établissements de santé ces 30 dernières années	19
d. Le pharmacien des établissements de santé et les missions d'une PUI	21
e. Le pharmacien des établissements de santé et les services où il exerce en dehors des PUI	23
2. Les instances en charge de la démographie des pharmaciens des établissements de santé	23
a. Ordre National Des Pharmaciens (ONDP)	23
b. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).....	24
c. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)	25
3. La formation spécialisée adaptée pour former des pharmaciens en établissement de santé	26
a. L'internat en pharmacie	26
i. Historique de l'internat	26
ii. Depuis la réforme du DES de Pharmacie en 2008	30
iii. Evolutions récentes et à venir	34
b. Le post-internat	36
i. L'assistantat généraliste et spécialisé.....	37
ii. L'assistantat partagé ou régional	37
iii. L'assistantat associé	37
iv. L'assistantat hospitalo-universitaire.....	38
4. Modalités de recrutement du pharmacien des établissements de santé	38
a. Le pharmacien non titulaire	38
i. L'assistantat.....	38
ii. Le praticien attaché.....	40
iii. Le praticien contractuel	42
iv. Le praticien associé	43
b. Le pharmacien titulaire.....	44
i. Dans le secteur public	44
a. Le Praticien Hospitalier	44
b. MCU-PH, PU-PH.....	47
ii. Dans le secteur privé.....	49
5. Situation des pharmaciens des établissements de santé en Europe	51
6. Et en Amérique du Nord	55
a. Qualification en pharmacie hospitalière au Québec	55
b. Qualification en pharmacie hospitalière aux Etats Unis	56
c. Harmonisation en Amérique du Nord	57
7. Modification à venir en France	57
a. L'internat « qualifiant »	57
b. Etat des lieux: des initiatives et une avancée concrète	58
i. Avant l'année 2011	58
ii. La reprise des travaux	58
iii. Vague de consultations et validation du concept idéologique.....	59
c. De la contribution au projet de décret	60
d. Conclusion et perspectives des évolutions à venir	62

II. Démographie des pharmaciens en établissement de santé	64
1. Introduction	64
2. Matériel et méthode.....	65
3. Résultats et commentaires	66
a. Pharmaciens inscrits à la section H de l'Ordre des Pharmaciens	66
b. Les pharmaciens titulaires du secteur public et le Concours National PH (CNPH)	71
c. Le post-internat	78
d. Les internes.....	82
e. Calcul du taux de renouvellement.....	86
f. Exemple de la région Midi-Pyrénées	91
4. Discussion	94
5. Les limites de cette étude démographique	102
6. Conclusions sur la démographie des pharmaciens en établissements de santé	106
III. Bilan et perspectives.....	108
1. Faire reconnaître le métier de pharmacien hospitalier	108
2. Utiliser ces compétences dans tous les établissements sanitaires et médicaux-sociaux	109
3. Créer un indicateur composite sur l'impact de la présence du pharmacien et le nombre de pharmaciens nécessaires par établissement.....	112
4. Créer une rémunération de l'acte pharmaceutique	114
5. Adapter le NC à la démographie	114
IV. Conclusion générale	117
V. Conflits d'intérêts en relation avec ce sujet	119
VI. Bibliographie	121
VII. Annexes.....	132

Liste des abréviations :

ADELI : Automatisation Des Listes
AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
ANEPF : Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
APM : Agence de Presse Médicale
ARS : Agence Régionale de Santé
BPS : Board of Pharmaceutical Specialties
CAVP : Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens
CCG : Commission de Coordination Gériatrique
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CJUE : Cours de Justice de l'Union Européenne
CLCC : Centres de Lutte Contre le Cancer
CME : Commission Médicale d'Établissement
CNCI : Centre National des Concours d'Internat
CNG : Centre National de Gestion
CNIPI : Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat
CNPH : Concours National de Praticien Hospitalier
CNOP : Conseil National de l'Ordre de Pharmaciens
CNU : Conseil National d'Université
COMEDIMS : COMmissions du MÉdicament et des DIspositifs Médicaux Stériles
CREB : Commissions Régionale des Effectifs en Biologie
CREM : Commission de Révision des Effectifs Médicaux
CREP : Commissions Régionale des Effectifs en Pharmacie
CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance
CSP : Code de la Santé Publique
CTF : Common Training Framework
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DE : Directive Européenne
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGESIP : Direction Générale pour l'Enseignement Supérieur et l'Insertion Professionnelle
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département d'Information Médicale
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DOM-TOM : Départements d'Outre-Mer - Territoires d'Outre-Mer
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation des Statistiques
DRI : Direction de la Recherche et de l'Innovation
DU : Diplôme Universitaire
EAHP : European Association Of Hospital Pharmacists
ECTS : European Credit Transfer System
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes
EPSA : European Pharmaceutical Student's Association
ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETS : Établissement de Santé
FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FFI : Faisant Fonction d'Interne
 FHF : Fédération Hospitalière de France
 FHP : Fédération des cliniques et Hôpitaux Privés
 FIP : Fédération Internationale Pharmaceutique
 FNSIP : Fédération Nationales des Syndicats d'Internes en Pharmacie
 FNSIP-BM : Fédération Nationales des Syndicats d'Internes en Pharmacie et Biologie Médicale
 FNSPBHU : Fédération Nationale des Syndicats de Biologistes Praticiens Hospitaliers et Hospitaliers Universitaires
 FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
 GCS : Groupements de Coopération Sanitaire
 GCSMS : Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale
 GVT : Glissement Vieillesse Technicité
 HAD : Hospitalisation À Domicile
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HDR : Habilitation à Diriger des Recherches
 HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoires
 IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
 IGF : Inspection Générale des Finances
 INED : Institut National d'Études Démographiques
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
 IPR : Innovation Pharmaceutique et Recherche
 ISNI : Inter Syndicat National des Internes
 ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine Générale
 JIM : Journal International de Médecine
 JO : Journal Officiel
 LEEM : LEs Entreprises du Médicaments
 LMD : License-Master-Doctorat
 MASS : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
 MCU-PH : Maître de Conférence Universitaire – Praticien Hospitalier
 MERRI : Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
 MESH : MEdical Subject Headings
 MESR : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
 NC : *Numerus Clausus*
 ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
 ONDP : Ordre National Des Pharmaciens
 ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
 ORDPS : Observatoire Régional de la Démographie des Professions de Santé
 PAE : Procédure d'Autorisation d'Exercice
 PACES : Première Année Commune aux Études de Santé
 PH : Praticien Hospitalier
 PHC : Pharmacie Hospitalière et des Collectivités
 PH-PR : Pharmacie Hospitalière – Pratique et Recherche
 PIBM : Pharmacie Industrielle et Biologie Médicale
 PPMI : Pharmacy Practice Model Initiative
 PS : Pharmacie Spécialisée
 PU-PH : Professeur des Université – Praticien Hospitalier
 PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
 ROME : Répertoire Opérationnel des MÉtiers
 RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
 RSA : Revenu de Solidarité Active
 SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours

SEL : Société d'Éexercice Libéral
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
SNPGH : Syndicat National des Pharmaciens Gérants Hospitaliers publics et privés
SNPH-PU : Syndicat National des Pharmaciens praticiens Hospitaliers et praticiens Hospitaliers
Universitaires
SYNPREFH : Syndicat National des Pharmaciens des Etablissements Publics de Santé
UE : Unité d'Enseignement
UFR : Unité de Formation et de Recherche
UNICANCER : Fédération française des centres de lutte contre le cancer
UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France
USPO : Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine
UV : Unité de Valeur
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Article du moniteur des Pharmacies et des Laboratoire à propos de la grève des internes en Pharmacie en 1983.....	28
Figure 2 : Schéma général d'organisation du DES de Pharmacie	32
Figure 3 : Rémunération des internes (circulaire DGOS du 31 mars 2014)	32
Figure 4 : Frise chronologie d'une année de commissions durant l'internat.....	33
Figure 5 : Schéma général des études de pharmacie.....	35
Figure 6 : Schéma général des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires (source SYNPREFH).....	49
Figure 7 : Durée de l'internat/résidence dans les différents pays européens (source G.Sujol).....	53
Figure 8 : Evolution du nombre de pharmaciens inscrits au tableau de la section H de l'ONDP depuis 2007.....	66
Figure 9 : Evolution du nombre de PUI en France depuis 2007 (source ONDP)	67
Figure 10 : Répartition des pharmaciens par PUI et par secteur (source ONDP)	68
Figure 11 : Répartition des postes de pharmacien en 2013 en fonction du secteur (source ONDP) ...	68
Figure 12 : Répartition des postes de pharmaciens à temps plein en 2013 (source ONDP)	69
Figure 13 : Répartition des postes de pharmaciens à temps partiel en 2013 (source ONDP)	69
Figure 14 : Evolution du nombre de pharmaciens à temps plein (source ONDP).....	70
Figure 15 : Evolution du nombre de pharmaciens à temps partiel (source ONDP)	70
Figure 16 : Répartition des diverses activités de pharmacien hors PUI.....	71
Figure 17 : Pyramides des âges des différentes disciplines de praticiens hospitaliers.....	72
Figure 18 : Répartition régionale des effectifs de PH.....	73
Figure 19 : Taux de réussite au CNPH en fonction de la discipline et du type de concours (Données 2012).....	74
Figure 20 : Evolution des entrées et des sorties au CNPH	75
Figure 21 : Taux d'évolution annuelle du nombre de postes de Praticien Hospitalier (Données 2011)	76
Figure 22 : Evolution du nombre de postes de Praticien Hospitalier sur la période 2003-2011 (source CNG)	76
Figure 23 : Nombre de lauréats <i>versus</i> nombre de postes de PH (source CNG).....	77
Figure 24 : Post-internat des anciens internes en novembre 2012	79
Figure 25 : Perspectives de titularisation des anciens internes en novembre 2012.....	80
Figure 26 : Post-internat des anciens internes en novembre 2013	80
Figure 27 : Perspectives de titularisation des anciens internes en novembre 2013.....	81
Figure 28 : Evolution du <i>Numerus Clausus</i> de l'Internat en Pharmacie depuis 2003	82
Figure 29 : Nombre d'internes en formation chaque année en fonction de la réussite au concours de l'internat.....	82
Figure 30 : Taux d'inscription à la section H de l'ONDP <i>versus</i> le <i>Numerus Clausus</i> des reçus à l'internat 4 ans plus tôt	83
Figure 31 : Réponse à la question 54 de l'Opération jeunes pharmaciens de l'Ordre des Pharmaciens	84
Figure 32 : Réponse à la question 69 de l'Opération jeunes pharmaciens de l'Ordre des Pharmaciens	85

Figure 33 : Réponse à la question 72 de l'Opération jeunes pharmaciens de l'Ordre des Pharmaciens	85
Figure 34 : Pyramide des âges de la section H de l'ONDP en 2013.....	86
Figure 35 : Tableau des différents statuts des pharmaciens âgés de 55 ans et plus inscrits à la section H de l'Ordre.....	88
Figure 36 : Répartition en quotité de travail des pharmaciens de plus de 55 ans de la section H	89
Figure 37 : Pyramide des âges des pharmaciens de 55 ans et plus <i>versus</i> le <i>Numerus Clausus</i> annuel	90
Figure 38 : Situation démographique des pharmaciens des établissements de santé selon l'inter-région	90
Figure 39 : Répartition des départs en retraite en Midi-Pyrénées en 2013 (source ONDP).....	91
Figure 40 : Répartition des temps de travail des départs en retraite en Midi-Pyrénées.....	92
Figure 41 : Répartition des secteurs des départs en retraite en Midi-Pyrénées	92
Figure 42 : Schéma démographique du post-internat en région Midi-Pyrénées (données 2014)	93
Figure 43 : Rapport du CNE sur la formation des pharmaciens en France (juillet 1998)	94
Figure 44 : Conclusion du rapport d'évaluation sur la formation des pharmaciens en France (1998) .	94
Figure 45 : Rapport ONDPS 2010-2011 "extraits choisis"	95
Figure 46 : Proposition à Mme la ministre de la Santé sur le nombre de postes d'internes en pharmacie à ouvrir au titre de l'année universitaire 2013-2014 – ONDPS - 12 novembre 2012 – « Extraits choisis »	95
Figure 47 : Cadrage général et tendance du nombre de postes à ouvrir pour l'internat de pharmacie pour la période quinquennale 2014-2018 – 27 mai 2013- DGOS – Mr Debeauvais – Directeur Général	96
Figure 48 : Organigramme de l'ONDP avant 2005	97
Figure 49 : Organigramme de l'ONDP en 2014	98
Figure 50 : Lettre de cadrage de Mr DEBEAUPUIS au Président de l'ONDPS.....	99
Figure 51 : Exemple de tableau de proposition de NC de l'ONDPS pour l'année 2012	99
Figure 52 : Méthode de calcul de l'ONDPS	100
Figure 53 : Exercice de simulation du nombre de pharmaciens hospitaliers en 2030 par l'ONDPS en 2013.....	101
Figure 54 : Tableau comparant les effectifs de pharmaciens entre le fichier de l'Ordre et le fichier Adeli	103
Figure 55 : <i>Numerus Clausus</i> des études de Pharmacie.....	104
Figure 56 : Répartition des étudiants en 5ème année des études de Pharmacie	105
Figure 57 : Dépenses en médicament et ETP pharmacien en fonction des établissements de santé	113

Introduction

Au sens réglementaire du terme, la qualification octroie à une formation le droit de l'exercice d'une profession, celle de pharmacien hospitalier peut être définie comme l'exercice de l'art de la pharmacie au sein d'un établissement de santé (hôpital et clinique), par différenciation avec l'exercice en milieu ambulatoire : la pharmacie d'officine. Historiquement, la pharmacie hospitalière n'est pas fondamentalement différente de la pharmacie d'officine: plus précisément, elle est proche de l'exercice de la pharmacie d'officine transposé en milieu hospitalier (le terme de pharmacie à usage intérieur en est une illustration, mettant en avant le caractère limité du public ayant accès aux services de la PUI). A partir de ce postulat, le métier de « pharmacien hospitalier » n'est pas une spécialisation en tant que telle mais bien une appellation qui permet d'identifier le lieu d'exercice. On est donc « pharmacien à l'hôpital », et non pas « pharmacien hospitalier ». Le Code de la Santé Publique n'utilise d'ailleurs jamais le terme de « pharmacien hospitalier ». Nous trouvons à la place le terme de « pharmacien gérant », transposition du statut de pharmacien titulaire d'officine pour les responsables de Pharmacies à Usage Intérieur (PUI).

Durant ces trois dernières décennies, la pharmacie hospitalière a fortement évoluée et pris son essor, d'une part grâce aux progrès de la médecine et d'autre part grâce aux évolutions technologiques avec notamment l'apparition prépondérante des dispositifs médicaux et l'informatisation du circuit du médicament. Pour illustrer notre propos, nous pouvons citer le nombre de médicaments anticancéreux qui a considérablement augmenté entre 1950 avec la première moutarde azotée et les dizaines de molécules de thérapies ciblées actuelles. Ces médicaments anticancéreux sont exclusivement préparés en milieu hospitalier dans des conditions d'asepsie assurées par un environnement technologique complexe et sont tracés rigoureusement de la fabrication à l'administration au patient.

Cependant, si l'évolution des compétences et des missions du pharmacien des établissements de santé est bien identifiée avec une réglementation évoluant sans cesse, la démographie des professionnels est assez complexe à étudier.

Aujourd'hui la démographie de cette profession n'est pas encore stabilisée et la profession continue de se rajeunir contrairement à toutes les autres professions médicales. De plus, depuis maintenant plus de 200 ans, une formation spécialisée, à savoir l'internat en pharmacie, prépare les étudiants en pharmacie aux missions et aux responsabilités du pharmacien d'établissement de santé mais celle-ci n'est toujours pas nécessaire ni rendu obligatoire pour embrasser cette carrière.

De nombreuses interrogations restent en suspens et méritent d'être traitées. La première question révélatrice du dynamisme de la profession est la suivante : forme-t-on assez de pharmaciens pour combler les départs en retraite et les créations de postes ? De cet objectif principal, des objectifs secondaires en découlent : quels sont les débouchés pour ces étudiants ? Quelles sont les perspectives d'avenir pour cette profession ? Quelle est la perception des internes en formation ?...

Partie I : Le pharmacien en établissement de santé

I. Le pharmacien en établissement de santé

1. Historique du pharmacien des établissements de santé

a. Les premiers pas de la pharmacie des établissements de santé

Les premiers hôpitaux et hospices créés en France ont fonctionné pendant longtemps sans apothicairerie (1), en effet la préparation des « remèdes » était l'apanage des médecins eux-mêmes. A la fin du XII^{ème} siècle, en effet, la profession d'apothicaire s'est individualisée de la médecine (pour se lier à celle de « marchand d'épices ») ; dès 1258, Saint Louis a donné un statut aux apothicaires ; en 1484, Charles VIII a interdit l'exercice de l'apothicairerie aux épiciers si ceux-ci n'étaient pas eux-mêmes apothicaires mais, à l'hôpital, les « activités pharmaceutiques » sont restées l'apanage des religieuses. C'est en 1495 qu'apparaît la trace d'un premier garçon apothicaire à l'Hôtel Dieu assisté de deux religieuses.

Le XVI^{ème} siècle correspond au début de la reconnaissance du rôle des apothicaires dans les hôpitaux. Dans les grandes villes, il est demandé à des apothicaires, exerçant à l'extérieur des hôpitaux, d'assumer un rôle d'inspecteur et de veiller à la qualité des médicaments hospitaliers. Par ailleurs, Nicolas HOÛEL crée (en 1578) un hôpital destiné à préparer un certain nombre d'orphelins à la profession d'apothicaire et jette ainsi, en milieu hospitalier, les bases de l'enseignement pharmaceutique à Paris (2).

Les XVII^{ème} et XVIII^{ème} sont les siècles au cours desquels la pharmacie hospitalière et les responsabilités du pharmacien hospitalier sont véritablement reconnues : au cours de cette période, les hôpitaux connaissent un développement important, accompagné de profonds bouleversements, et c'est à ce moment que les professionnels du médicament se voient confier la charge des services pharmaceutiques.

En 1755, l'Hôtel Dieu de Paris se dote d'une apothicairerie générale et recrute un apothicaire-résident.

En 1777, la Déclaration royale du 25 avril individualise la pharmacie de la profession d'épicier; elle crée un Collège de pharmacie et les hôpitaux sont autorisés à disposer d'une pharmacie pour usage intérieur exclusif. Pour autant, la profession de pharmacien hospitalier reste sans réglementation et les religieux continuent à officier dans les apothicaireries des hôpitaux parfois en l'absence de compétences évidentes (3).

Le 18 prairial an II (6 juin 1795), est créée l'apothicairerie générale des hôpitaux de Paris qui s'installe d'abord à l'Hôtel Dieu avant de devenir la Pharmacie Centrale des Hospices (PCH) et de s'installer quai de la Tournelle (Maison des Miramionnes) (4).

b. Les débuts de la pharmacie hospitalière moderne

La situation reste pratiquement inchangée pendant plus d'un siècle et il faut attendre 1941 et 1955 pour que soient clairement définis, au plan national, le statut de la pharmacie hospitalière et les responsabilités du pharmacien hospitalier.

Complétée par l'arrêté du 17 avril 1943 puis validée par l'ordonnance du 12 juillet 1945 (5), la loi du 11 septembre 1941 impose :

- la nécessité, pour toute pharmacie hospitalière, d'être gérée par un pharmacien ;
- l'interdiction pour cette pharmacie de délivrer des médicaments à une personne non hospitalisée ;
- l'élargissement du cadre des internes en pharmacie qui peuvent être recrutés dorénavant par les hôpitaux des villes de faculté ou d'autres établissements importants ;
- la distinction entre deux classes de pharmaciens hospitaliers : les pharmaciens résidents (hôpitaux de plus de 400 lits) et les pharmaciens-gérants.

Les décrets de 1955, pour ce qui les concerne, apportent quelques précisions sur le statut et le recrutement des pharmaciens-résidents.

Les années 1970 sont clairement marquées, sous l'impulsion d'André MANGEOT, par la scission entre les services de pharmacie et les laboratoires de biologie clinique hospitaliers ainsi que par une clarification des missions confiées aux pharmaciens hospitaliers.

La scission entre pharmacie et biologie hospitalière est consacrée par la loi du 7 juillet 1971 créant un cadre de pharmaciens-biologistes dans les laboratoires des centres hospitaliers régionaux classés hors CHU (Centre Hospitalier et Universitaire). Les dispositions de cette loi conduisent les responsables des services de pharmacie à faire un choix entre le corps des pharmaciens biologistes et celui des pharmaciens hospitaliers.

c. Les évolutions du métier de pharmacien des établissements de santé ces 30 dernières années

En 1985, le décret du 12 septembre crée la 5^{ème} année hospitalo-universitaire. Depuis cette date, tous les étudiants en pharmacie effectuent, pour compléter leur formation en pharmacie clinique, un stage hospitalier d'un an, à mi-temps, dans un service clinique hospitalier, sous la responsabilité du pharmacien de l'hôpital.

En 1987, les pharmaciens-résidents sont intégrés dans le cadre des praticiens hospitaliers et sont dorénavant recrutés à l'occasion d'un concours national strict.

En 1987 également, les hôpitaux ayant pris en charge le traitement et le suivi des patients atteints du sida, les services de pharmacie sont invités à dispenser les médicaments antiviraux, tels l'AZT, à tous les patients atteints de cette maladie, qu'ils soient ou non hospitalisés (circulaire du 14 avril 1987, relative au circuit de distribution choisi pour la Zidovudine). Il s'agit là d'une extension importante de la responsabilité du pharmacien hospitalier habilité, jusqu'alors, à ne dispenser des médicaments qu'aux seuls malades hospitalisés. C'est le début de la rétrocession au public et le double circuit de distribution.

En 1988, la loi du 20 décembre dite loi HURIET-SERUSCLAT, relative à la protection des personnes, implique le pharmacien hospitalier dans la gestion des médicaments et dispositifs médicaux en essai clinique dans les hôpitaux. Pour le pharmacien hospitalier, c'est une ouverture importante sur les problèmes d'éthique et de recherche clinique. La gestion des essais cliniques devient donc une nouvelle mission des pharmaciens hospitaliers.

En 1991, l'arrêté du 9 août, qui concerne la prescription et la dispensation des substances vénéneuses dans les pharmacies à usage intérieur, fait obligation aux médecins de réaliser une prescription nominative par patient et aux pharmaciens d'assurer, dans son intégralité, l'acte de dispensation en associant, à la délivrance des médicaments, une analyse pharmaceutique de l'ordonnance.

En 1992, en application de la directive européenne du 13 mai 1989, les préparations radio-pharmaceutiques deviennent des médicaments. Toujours en 1992, la loi du 8 décembre (reprise dans l'article L 595-2 du Code de la Santé Publique) actualise la définition des missions du pharmacien hospitalier. Elle étend la compétence du pharmacien hospitalier aux dispositifs médicaux stériles donc à la stérilisation et elle confie au pharmacien une mission d'information, d'évaluation et de contrôle de la qualité pour tous les produits entrant dans son domaine d'expertise (6).

En 1995, les produits stables dérivés du sang deviennent des médicaments dérivés du sang (MDS) et sont dispensés par les pharmacies hospitalières ; celles-ci se voient, par ailleurs, conviées à prendre en charge, la dispensation des médicaments aux patients en état de précarité et à participer à la lutte contre les toxicomanies.

En 1998, la loi du 1^{er} juillet, relative au renforcement de la veille sanitaire, confirme la nécessité de mettre en place un système d'assurance qualité en stérilisation et renforce la responsabilité du pharmacien dans ce domaine.

En 2000, Les COMmissions du MÉdicament et des DIspositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) ont été rendues obligatoires dans le cadre du décret du 26 décembre relatif aux pharmacies à usage intérieur (7) et la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Leur rôle actif dans la politique du médicament à l'hôpital et dans la promotion de la qualité des soins se trouve ainsi renforcé par leur participation à la sécurisation d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux (8).

En 2002, cette loi de modernisation sociale, permet l'intégration des disciplines pharmaceutiques au CHU et depuis les modifications du décret statutaire n°88-135, les statuts de Professeurs des Universités- Praticien Hospitalier (PU-PH) et de Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier (MCU-PH) sont ouverts aux pharmaciens hospitaliers.

En 2005, création par l'Ordre National des Pharmaciens d'une section H spécifique aux pharmaciens en établissements de santé. Cette même année, le 24 août, est créé le contrat de bon usage des médicaments et des produits de santé.

En 2009, La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoires) est promulguée, assouplissant le fonctionnement des PUI coopération, sous-traitance,... et créant les pôles de santé (9). Cette loi HPST a supprimé au passage les alinéas du Code de la Santé Publique imposant la constitution de diverses commissions, dont COMEDIMS, tout en laissant à la CME (Commission Médicale d'Etablissement) la possibilité de les maintenir.

En 2011, l'arrêté du 6 avril, sur le management de la qualité et de la sécurisation du circuit du médicament accorde un rôle très important au pharmacien hospitalier (10). Celui-ci peut même devenir responsable du système management de la qualité.

d. Le pharmacien des établissements de santé et les missions d'une PUI

La notion d'usage intérieur d'une PUI se conçoit en fonction de l'entité juridique et non en fonction de l'entité physique. Cela fait référence aux missions des pharmacies hospitalières et non des pharmaciens hospitaliers. Différentes structures privées et publiques peuvent disposer d'une ou plusieurs PUI (11) :

- Etablissements de santé y compris HAD (Hospitalisation À Domicile),
- Etablissements médico-sociaux dans lesquels sont traités des malades,
- Installations autonomes de chirurgie esthétique,
- Groupements de coopération sanitaire (GCS),
- Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS),
- Hôpitaux des armées,
- Etablissements pénitentiaires,
- Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS).

La PUI au sein d'un établissement de santé fait l'objet d'un chapitre entier du Code de la Santé Publique à savoir le chapitre VI de la cinquième partie intitulée : Produits de santé. Y sont abordées les conditions d'ouverture d'une PUI, d'approvisionnement, de gérance mais également ces missions. Celles-ci sont mentionnées à l'article L 5126-5 (12) :

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Il est responsable du respect de celles des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.

Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des personnes autorisées au sens du titre IV du livre II de la partie IV ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à usage intérieur à raison de leurs compétences, pour remplir les missions décrites au présent chapitre. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

Les pharmaciens libéraux exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur peuvent être rémunérés sous forme de vacation.

La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée et notamment :

-d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles et, le cas échéant, des médicaments expérimentaux tels que définis à l'article L. 5121-1-1 et d'en assurer la qualité ;

-de mener ou de participer à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

-de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

Ces dispositions s'appliquent à la Pharmacie centrale des armées dans le cadre de préparations nécessaires aux besoins spécifiques des armées en l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée citées au 2° et au 4° de l'article L. 5121-1.

D'autres missions optionnelles, contrairement à celles obligatoires mentionnées ci-dessus, existent (sous réserve de disposer des moyens, du personnel et des locaux) :

1° La réalisation des préparations hospitalières à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques ;

2° La réalisation des préparations rendues nécessaires par les recherches biomédicales mentionnées à l'article L. 5126-11, y compris la préparation des médicaments expérimentaux mentionnée à l'article L. 5126-5 ;

3° La délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales mentionnés à l'article L. 5137-2 ;

4° La stérilisation des dispositifs médicaux dans les conditions prévues par le décret mentionné à l'article L. 6111-1 ;

5° La préparation des médicaments radiopharmaceutiques ;

6° L'importation de médicaments expérimentaux ;

7° La vente de médicaments au public dans les conditions prévues à l'article L. 5126-4 ;

8° La réalisation de préparations magistrales ou hospitalières, la reconstitution de spécialités pharmaceutiques ainsi que la stérilisation de dispositifs médicaux pour le compte d'autres établissements ou de professionnels de santé libéraux, dans les conditions prévues aux cinquième et sixième alinéas de l'article L. 5126-2 et à l'article L. 5126-3.

Il existe d'autres textes régissant la PUI, en particulier des décrets d'applications, mais également des textes non opposables comme les Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière (BPPH) datant du 22 juin 2001 (13). Ce document de référence est assorti de nombreux autres guides de bonnes pratiques comme ceux de préparation, de stérilisation, de fabrication (qui vient d'être réécrit en 2014), clinique

pour les recherches biomédicales... L'unique société savante en pharmacie, la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), a sorti en 2010 son Référentiel de Pharmacie Hospitalière (14) qui sera complété cette année par un outil d'auto-évaluation à destination de tous les pharmaciens des établissements de santé.

e. Le pharmacien des établissements de santé et les services où il exerce en dehors des PUI

Si la PUI est le principal lieu d'exercice des pharmaciens des établissements, il n'en est pour autant l'unique. En effet, le pharmacien à l'hôpital peut exercer ses fonctions dans d'autres services comme la pharmacovigilance et toutes les autres vigilances, les centres d'investigations cliniques, la Direction de la Recherche et de l'Innovation (DRI), le Département d'Information Médicale (DIM), la direction des Hôpitaux, la cellule qualité et gestion des risques, le service de santé publique, l'hygiène hospitalière, les centres anti-poisons, la médecine du travail et de prévention...

La diversité des possibilités des lieux d'exercice traduit la polyvalence du pharmacien des établissements de santé. Il est utile de rappeler que ces différentes possibilités sont autant de débouchés professionnels potentiels.

2. Les instances en charge de la démographie des pharmaciens des établissements de santé

a. Ordre National Des Pharmaciens (ONDP)

L'idée de créer un Ordre des pharmaciens est apparue sous la III^{ème} république afin de réguler l'exercice de la profession (15). En 1940, malgré un référendum où plus de 80% des pharmaciens avaient voté pour la création d'un Ordre à l'instar de la médecine et de la magistrature, le régime de Vichy refusa. Il créa à la place des chambres départementales et des conseils régionaux de pharmaciens, coordonnés par un conseil supérieur de la pharmacie. Ce n'est que le 5 mai 1945, que l'Ordre National des Pharmaciens fut créé par l'ordonnance du gouvernement provisoire (16).

Dans un premier temps l'Ordre, devait uniquement faire respecter le code de déontologie et dépister les fautes professionnelles qui, le plus souvent, échappent aux tribunaux de droit commun, et de les sanctionner. Ces missions de service public sont fixées par le Code de la Santé Publique à

l'article L.4231-1 (17).Devant l'évolution de la société, l'Ordre s'est vu confier d'autres missions annexes. Il doit, entre-autres, gérer le Dossier Pharmaceutique, faire la promotion de la profession auprès des jeunes, surveiller la vente de médicament en ligne, assurer la transparence de liens d'intérêts des pharmaciens, veiller à la formation professionnelle continue mais aussi réaliser l'étude de la démographie de la profession.

La plus ancienne étude démographique consultable sur le site de l'Ordre remonte à 2006. Un an après la création de la dernière section de l'Ordre (section H), regroupant les pharmaciens des établissements de santé.

Pour réaliser cette étude, l'Ordre utilise tous les ans les différents tableaux des sections, faisant ainsi le point sur la répartition homme/femme, l'âge moyen, le nombre de nouveaux inscrits, le statut du pharmacien et bien d'autres informations. Ces études sont au fil des années de plus en plus complètes et précises.

b. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

La DREES a été créée le 30 novembre 1998 (18) dans le but de doter les ministères de tutelle, les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences gravitant dans leur orbite, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation sur leur action et leur environnement. Il s'agit d'un des services de statistique publique, dont le plus connu est l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (19). La DREES dépend du ministère des Affaires Sociales et de la Santé (MASS), du ministère de l'Economie, des Finances et du Commerce Extérieur et du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Les questions de démographie sont traitées par la mission de la recherche et la sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie, selon sa nouvelle composition datant de 2012 (20). La mission de la recherche sert de tutelle à l'Institut National des Études Démographiques (INED). La sous-direction de la santé et de l'assurance maladie a pour mission d'élaborer les statistiques et analyses relatives aux établissements et aux professions de santé.

La DREES publie annuellement les données sur la démographie des professions de santé (21). Cette étude annuelle est élaborée à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) qui répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode d'exercice et de structure d'exercice de ces professionnels. Le numéro RPPS est opérationnel pour les pharmaciens

depuis le 18 janvier 2010. Seules les quatre professions « médicales » avec un Ordre National (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes) dispose d'un numéro RPPS en plus du numéro d'Ordre.

Avant cette date, les données utilisées étaient issues du répertoire ADELI (Automatisation DES Listes). Ce répertoire existe toujours, il s'agit d'un système d'information national sur les professionnels relevant du Code de la Santé Publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil – situation professionnelle – activités exercées) (22).

c. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) créé en 2003, auprès du ministre chargé de la Santé, est une instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé (23).

Cet observatoire est constitué d'un conseil d'orientation, actuellement présidé par le Pr BERLAND, de 6 membres de droit et de 12 personnalités qualifiées (24). Le seul représentant pour la profession de pharmacien est Mme ADENOT (présidente de l'Ordre). Les internes en médecine siègent avec 2 représentants, 1 pour l'ISNI (Inter-Syndicale Nationale des Internes) et 1 pour l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale), mais il n'existe pas de représentant des internes en pharmacie. Ces derniers peuvent éventuellement être représentés lors des comités régionaux appelés ORDPS pour Observatoire Régional de la Démographie des Professions de santé au titre de «représentant des autres professionnels de santé en formation, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé ».

Dans son premier rapport d'activité datant de 2004, l'ONDPS s'est penché sur la démographie des pharmaciens avec les chiffres de 2001.

En 2005, l'ONDPS en relation avec la DREES a travaillé sur une projection de la démographie des pharmaciens en 2030.(25) (26) (27)

Depuis le décret du 13 juillet 2010 (28), l'ONDPS est également chargé de proposer au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des

comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision.

Ainsi, tous les ans, les ORDPS se réunissent pour proposer des *Numerus Clausus (NC)* pour la PACES et le concours d'internat à l'ONDPS, qui soumet à son tour sa proposition finale au MASS (DGOS).

Le Rapport 2010-2011 a donc fait le point sur les étudiants en pharmacie et proposer des *Numerus Clausus* pour la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) et pour le concours d'internat (29). Cependant la fédération représentante des internes en pharmacie (FNSIP) s'était déjà inquiétée à cette époque des conclusions de ce premier rapport qui préconisait une augmentation du NC en Pharmacie Hospitalière en se basant sur des chiffres erronés (Observance Hors-Série n°8) (30).

3. La formation spécialisée adaptée pour former des pharmaciens en établissement de santé

a. L'internat en pharmacie

i. Historique de l'internat

Napoléon BONAPARTE, alors premier consul, décide de réformer l'enseignement supérieur. Le 4 ventose an X (23 février 1802), le conseil général des hospices crée, par arrêté, un corps de pharmaciens des hôpitaux. Il impose, de plus, à chaque pharmacie d'hôpital d'être dirigée par un pharmacien nommé sur concours et assisté « d'élèves » nommés pour 4 ans (les futurs internes). La loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803) réserve l'exercice pharmaceutique aux seuls pharmaciens et de nombreux hôpitaux, soucieux de la légalité, confient la responsabilité de leurs pharmacies à des praticiens pourvus d'officines extérieures (le corps des pharmaciens gérants est ainsi créé) (31). Le 2 novembre 1814, le conseil général des hospices crée le corps des internes en pharmacie dont le recrutement sur concours est précisé le 5 février 1817 (32). Il faudra attendre 1871 pour voir apparaître la première promotion d'internes en province, à Montpellier, puis vinrent Lille et Lyon. Pendant des années, les religieuses des grands hôpitaux ont gardés la main sur les pharmacies.

A cette époque, l'étudiant en pharmacie se présente aux épreuves du concours d'internat âgé de vingt ans au moins et de vingt-sept ans au plus. Après avoir réussi au concours comportant des épreuves d'admissibilité et des « épreuves définitives », il entre en fonction le 1^{er} avril et change d'affectation tous les semestres selon le règlement (33).

En 1943, le décret portant sur la réorganisation des hôpitaux et des hospices donne à l'internat en pharmacie une dimension nationale, excepté pour les villes de Paris, Lyon et Marseille dans un premier temps qui restent autonomes.

Tout ceci change en 1973 avec le décret du 22 août et l'arrêté du 15 janvier de l'année suivante qui définissent un statut national de l'interne en pharmacie sans aucune exception. Le concours est régional et ouvert aux étudiants ayant validés leur 4^{ème} année. Ils ont alors deux chances possibles pendant les 3 ans suivants la validation de cette 4^{ème} année. Le concours se déroule en deux temps, une première épreuve écrite d'admissibilité puis une d'admission comprenant un oral et un nouvel écrit. La prise de fonction se fait le 1^{er} octobre et éventuellement le 1^{er} avril pour les internes qui souhaitent changer de stage, en effet à cette époque un interne ne peut rester plus de 4 semestres dans le même stage.

Les articles 59 et 60 de la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relatives aux études médicales et pharmaceutiques introduisent la notion d'inter-région et non plus de région. Le concours national passe alors sous la double tutelle du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Santé.

Suite aux grèves de 1983, les internes en pharmacie se rassemblent pour fonder la Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie (FNSIP). Celle-ci obtient avec l'aide des syndicats d'internes en médecine un statut commun pour tous les internes par le décret du 2 septembre 1983. Les bases de l'internat dit de « nouveau régime » sont posées. Déjà à cette époque la mission première de la FNSIP était la reconnaissance du DES de pharmacie (Figure 1):

La grève des internes en pharmacie

La Fédération nationale des syndicats d'internes en pharmacie a entamé depuis le mardi 22 mars 1983 un mouvement de grève nationale de durée illimitée.

Les internes en pharmacie demandent :

1° La réalisation des promesses de 1982 concernant le statut de l'interne :

Après la grève de 1982, des réunions de concertation avec le ministère de la Santé (commission Roux) ont permis d'élaborer un projet de statut conforme à nos revendications et respectant la législation générale du travail (couverture sociale...).

Aujourd'hui, les projets de décrets soumis au Conseil d'Etat, conçus de façon unilatérale, marquent un net recul par rapport aux conclusions de ces commissions.

2° Une concertation réelle et efficace pour la mise en place des nouvelles réformes :

Ces réformes applicables en 1984 consistent en :

— une réforme du 3^e cycle pharmaceutique (apparition de l'internat qualifiant),

— une réforme du post-internat et de ses modalités d'accès (nouveau statut du praticien, temps plein).

Ces réformes engagent directement l'avenir de l'internat en pharmacie. Elles imposent la définition immédiate de mesures transitoires pour ne pas pénaliser les internes en cours de formation. Par ailleurs, les internes en pharmacie demandent à participer de façon plus effective à l'élaboration de ces mesures et se prononcent, dès à présent, sur certaines d'entre elles.

a) Mesures transitoires

La disparition progressive des C.E.S. et la mise en place de l'Internat qualifiant doivent d'une part, respecter les possibilités actuelles de stage des internes ancien régime (en particulier, maintien des dispositions des équivalences et dispenses des C.E.S.), et d'autre part, permettre

la juxtaposition harmonieuse de deux régimes d'internat différents (pendant une période d'au moins cinq ans).

b) Réforme du 3^e cycle

La mise en place de l'Internat qualifiant doit passer par la définition d'un éventail de postes suffisants pour couvrir des exigences actuelles de formation du 3^e cycle. Il ne peut être question d'une diminution du nombre de postes d'internes actuel ; notamment en biologie.

Nous demandons une définition précise des débouchés et des contenus théoriques et pratiques des formations en biologie médicale et en sciences pharmaceutiques spécialisées.

c) Post-internat

Une concertation entre les différentes parties intéressées, et donc avec les internes, soumise à l'arbitrage inter-ministériel, est immédiatement nécessaire. Elle doit permettre de définir les modalités et les quotas d'intégration dans le futur statut de praticien temps plein.

En conclusion, à tous ces niveaux, la Fédération nationale des syndicats d'internes en pharmacie a avancé des propositions concrètes. Des négociations point par point sont entamées avec les ministères de la Santé publique, de l'Education nationale et des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Les internes en pharmacie restent vigilants dans l'attente des premiers résultats concrets concernant les négociations en cours. ■

Fédération nationale des internes en pharmacie



Figure 1 : Article du moniteur des Pharmacies et des Laboratoire à propos de la grève des internes en Pharmacie en 1983

Le pré-rapport datant de juin 1983 (Annexe 1), permet d'aboutir à la définition du statut des internes le 2 septembre 1983, introduisant les conditions générales sur l'internat en pharmacie qualifiant. Or plus de 30 ans après, le rapport n'est toujours pas mis en place. Il est frappant de remarquer que les problématiques sont étonnamment d'actualité avec les spécificités de la pharmacie hospitalière et les inquiétudes sur les débouchés après l'internat en pharmacie.

Le décret de 83 fait de l'interne un praticien en formation spécialisée, dont le temps est partagé entre ses activités pharmaceutiques et sa formation.

Ce texte décrit donc la refonte du statut de praticien en formation spécialisée ; la définition du service normal de jour : 11 demi-journées par semaine ; la réévaluation de la grille salariale avec traitement unique (intégration de la prime au salaire) ; la couverture sociale (jusqu'à 12 mois plein traitement en cas d'arrêt maladie ou d'accident imputable au service); le paiement des gardes (à partir de la troisième à compter du 1^{er} mai 1983) une garde est alors rémunérée 216 FF les deux premières années et 270 FF les deux suivantes (178 FF pour un FFI-Faisant Fonction d'Interne). A compter du 1^{er} octobre 1984, les gardes sont rémunérées à partir de la deuxième garde.

Le CNCI (Centre National des Concours d'Internat) est créé à la même époque pour gérer les différents concours.

Le nombre de postes ouverts au concours de l'internat sera adapté aux besoins de la population en donnant naissance aux Commissions Régionale des Effectifs en Pharmacie et en Biologie (CREP et CREB).

En 1984, il y avait 1150 internes en biologie et 523 en pharmacie hospitalière.

L'arrêté du 12 octobre 1984 organise la filière des sciences pharmaceutiques spécialisées en quatre Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) :

- DES de Pharmacie Hospitalière,
- DES de Pharmacie et Santé Publique,
- DES d'Innovation Pharmaceutique et Evaluation,
- DES de Pharmacie Industrielle BioMédicale.

Les internes avait droit à l'époque à 3 ½ journées de formation par semaine voir 5 sur justification.

Et suite aux grèves de 1985 sur les conditions de travail, la prise de fonction fut décalée au 1^{er} novembre et 1^{er} mai.

Fut créé par la suite, les « années recherches » afin de permettre aux internes d'être rémunérés et libérés de leurs fonctions hospitalières pour effectuer des travaux de recherche.

L'Arrêté du 6 mai 1987 recompose les Diplômes d'Études Spécialisées (DES) de pharmacie, et les découpe en 3 :

- Pharmacie Hospitalière et des Collectivités (PHC),
- Pharmacie Industrielle et BioMédicale (PIBM),
- Pharmacie Spécialisée (PS).

De nouvelles modalités seront définies par le Décret 89-739 du 12 Octobre 1989 relatif aux concours de l'internat de pharmacie en instaurant « *un concours ouvert chaque année [...] dans chacune des deux zones géographiques définies par arrêté* » (zone nord et zone sud).

ii. Depuis la réforme du DES de Pharmacie en 2008

Jusqu'en 2008, l'internat en pharmacie a très peu évolué, excepté la mise en place des repos de garde en janvier 2001 et la réforme des « années recherche » en 2006.

La réforme de l'internat de 2008 a remodelé en profondeur l'internat en pharmacie. La principale évolution a été la fusion des deux DES PIBM et PHC en un seul et unique DES de Pharmacie avec deux options possibles PH-PR (Pharmacie Hospitalière – Pratique et Recherche) et PIBM. Le DES PS a laissé place au DES IPR (Innovation Pharmaceutique et Recherche) en l'encadrant plus que ce qu'il n'était auparavant et en supprimant la première année obligatoire en PUI pour les internes en PS.

La date du concours a également été modifiée; jusqu'en 2008 le concours avait lieu en septembre pour une prise de fonction 14 mois plus tard. Ce décalage a créé beaucoup de désistements désorganisant parfois les services d'un semestre à l'autre. En effet, les internes classés au premier concours pouvaient utiliser une deuxième chance et se présenter au concours en septembre de l'année suivante sans avoir débuté leur internat. Le nouveau concours a donc été décalé au mois de mai pour une prise de fonction en novembre de la même année, soit 6 mois plus tard à l'image de l'organisation de la filière médecine.

Une autre évolution est à rapprocher de la réforme de 2003 du DES de Biologie par la création de deux niveaux (niveau 1 et niveau 2). Le niveau 1 est constitué par les 4 premiers semestres permettant d'acquérir la formation de base. Ensuite l'interne choisit une option PH-PR ou PIBM pour constituer ses 4 derniers semestres (Figure 2). L'option PH-PR destine principalement l'intéressé aux

métiers de pharmaciens en établissement de santé et PIBM prédestine plutôt l'interne aux métiers de pharmaciens dans le milieu industriel, les organismes de tutelle (agences, institutions, ministère), ...

Avant cet arrêté, l'interne devait valider des Unités de Valeur d'enseignement théorique. Avec la mise en place du système License-Master-Doctorat (LMD) des directives européennes, une simple conversion a été réalisée afin que l'interne crédite 60 ECTS (European Credit Transfer System) pour valider son DES. Tout au long de son cursus l'interne est suivi par la commission pédagogique inter-régionale (34).

Les différentes activités du pharmacien d'établissement de santé ont été regroupées en 4 grands domaines :

- Pharmacie clinique et dispensation
- Economie de la santé et vigilances
- Préparation et contrôle
- Stérilisation et dispositifs médicaux

Ces domaines sont accordés aux différents lieux de stages par la commission d'agrément qui se réunit au minimum une fois par an.

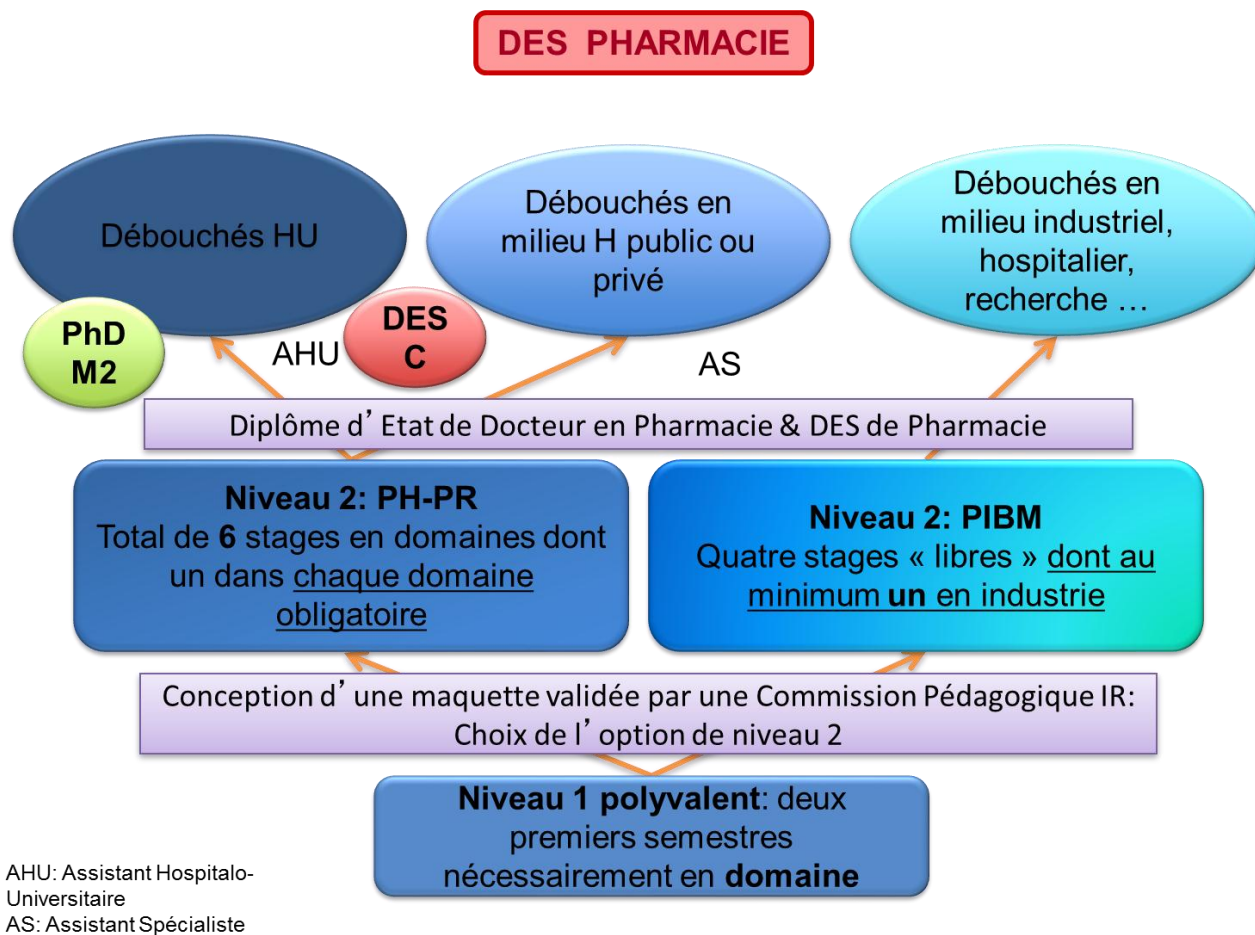


Figure 2 : Schéma général d'organisation du DES de Pharmacie

Depuis l'arrêté du 24 mai 2011, le mode de financement des internes des postes d'internes a évolué. Avant l'ensemble des postes étaient financés par les ARS, depuis cet arrêté l'établissement prend en charge une partie des dépenses. Plus un interne avance dans son cursus plus la prise en charge par l'établissement est importante. Voici le tableau récapitulatif du nouveau système de financement de l'internat (Figure 3) :

Année du cursus	Coût total annuel charges employeur 40 % incluses	Rémunération moyenne	Taux de prise en charge	Forfait annuel
Année 1	29 345 euros	32 218 euros	49,7 %	16 000 euros
Année 2	31 820 euros			
Année 3	35 488 euros			
Année 4	38 324 euros	39 720 euros	20,1 %	8 000 euros
Année 5	41 116 euros			

Figure 3 : Rémunération des internes (circulaire DGOS du 31 mars 2014)

A titre indicatif, la rémunération des 1200 internes en pharmacie coûte à l'état, directement ou indirect via les MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation), près de 40,5 Millions d'euros par an.

En février 2012, le texte de réforme de 2008, a été consolidé (35). Quelques modifications ont été apportées avec ce nouveau texte :

- il est désormais possible d'effectuer 3 semestres en inter-CHU (contre 2 auparavant) dont 2 à l'étranger.
- les internes enceintes peuvent désormais faire le choix entre un stage en surnombre validant, choisi selon le rang de classement, et un stage en surnombre d'observation (non validant), choisi indépendamment du rang de classement.
- il modifie les conditions d'accès à l'internat en changeant les règles de l'affectation.

Un autre décret est lui spécifique au fonctionnement des commissions d'inter-région, qui correspondent aux anciennes commissions d'agrément et d'adéquation (ouverture et fermeture de poste), rythmant ainsi l'année de l'internat comme ceci (Figure 4) :

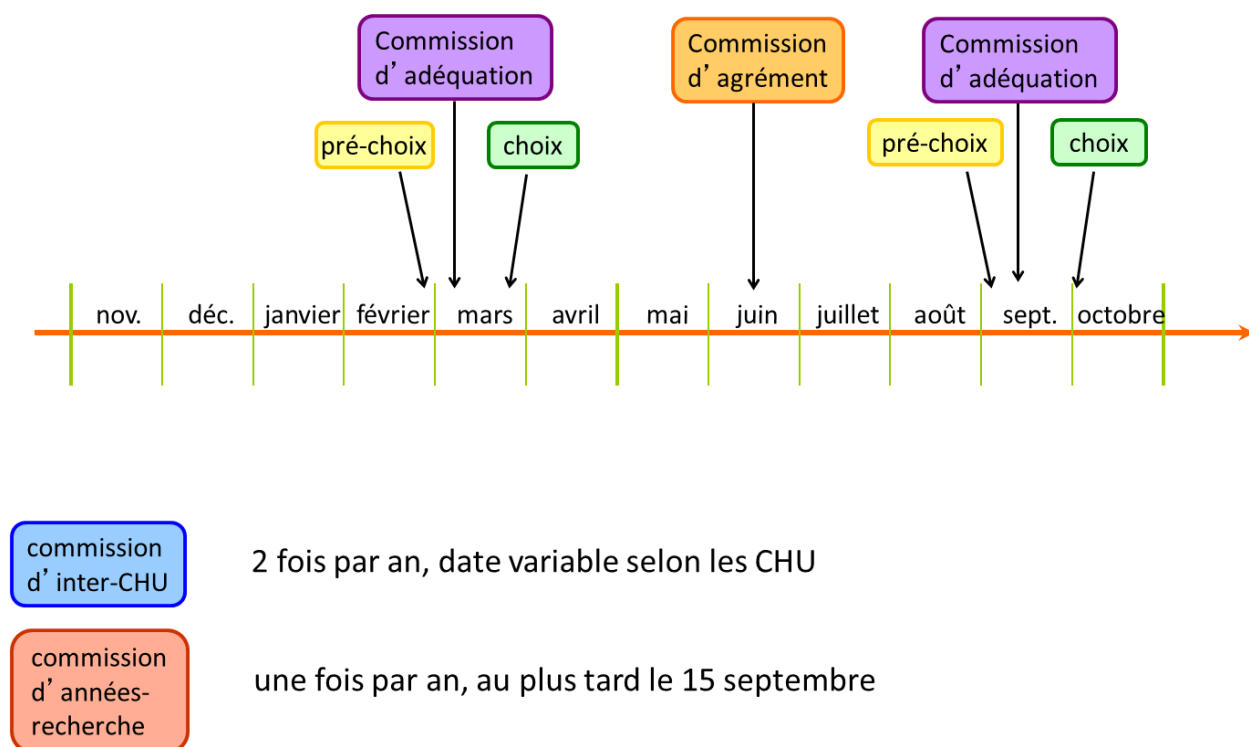


Figure 4 : Frise chronologie d'une année de commissions durant l'internat

Le changement majeur des textes de 2012 réside dans les modifications d'accès à l'internat :

- le concours national devient unique, les zones nord et sud sont supprimées.

- l'inscription au concours pour une seconde tentative implique obligatoirement le renoncement à l'affectation obtenue lors du premier passage du concours. Le bénéfice du premier concours est alors perdu. Les semestres effectués en première affectation peuvent par contre être pris en compte lors de la seconde affectation si l'interne reste dans la même filière.

iii. Evolutions récentes et à venir

Durant cette année universitaire 2013-2014, le cadre réglementaire de l'internat en pharmacie a encore évolué, en particulier au niveau du concours. En effet celui-ci a été décalé en décembre pour une prise de fonction en novembre de l'année suivante. Cela dans le but de permettre une réorientation plus précoce des étudiants en 5^{ème} année souhaitant repartir vers une autre filière au 2^{ème} semestre de l'année en fonction des résultats du concours (36). Donnant cette chronologie au déroulement des études en pharmacie (Figure 5):

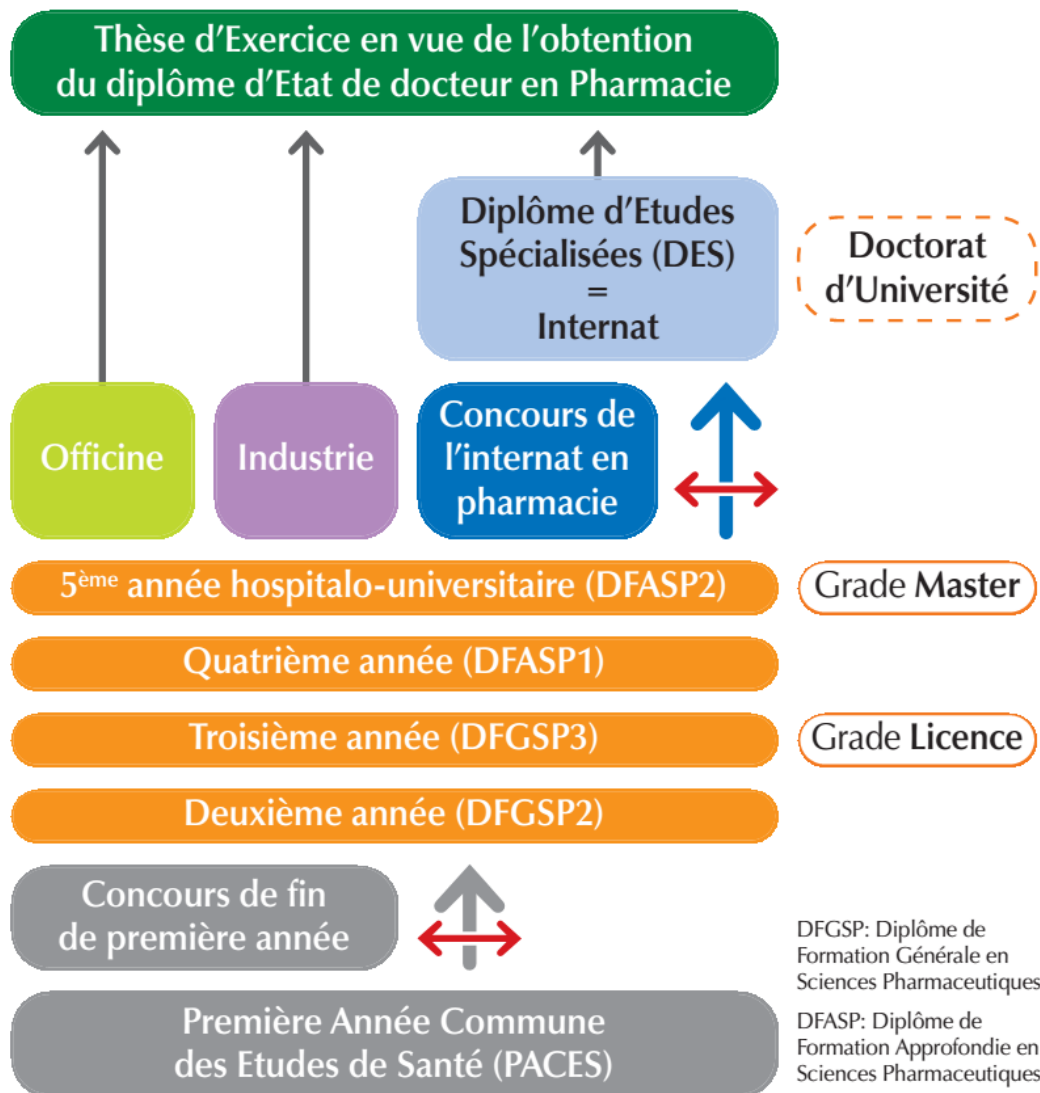


Figure 5 : Schéma général des études de pharmacie

Le nombre d'année recherche a doublé l'année précédente (portant son nombre à 62 toute inter-régions confondues contre 30 auparavant) permettant ainsi à un plus grand nombre d'interne de pouvoir effectuer un master 2 ou initier une thèse d'université (37).

Les travaux en cours au ministère de la Santé sur l'internat en pharmacie portent sur le temps de travail des internes. En effet la Cours de Justice de l'Union Européenne (CJUE) a mis en demeure la France pour non-respect du droit du travail européen. La France doit se mettre en conformité avec la loi européenne (moins de 48h de travail hebdomadaire) avant la fin du mois de juin. Il faut donc diminuer de 11 à 10 ½ journées de travail obligatoire hebdomadaire. Cela au détriment de la formation universitaire qui selon les volontés de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) serait amputée d'une ½ journée.

Une fois effectuée cette formation spécialisée, que devient l'interne ayant soutenu son mémoire de DES faisait office de thèse d'exercice pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie ?

b. Le post-internat

Le post-internat ne correspondant pas à une catégorie juridiquement établie. Ce poste internat peut même ne pas exister dans le secteur privé où les internes sont directement recrutés sur des postes titulaires ou bien encore lors d'une embauche dans l'industrie pharmaceutique ou dans une agence de Santé.

Dans son rapport, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) définit le post-internat comme une période de durée variable qui s'étend entre la fin de l'internat et la stabilisation professionnelle en exercice libéral ou salarié. On observe que cette période a une durée comprise actuellement entre 2 et 7 ans (38). Bien sûr en pharmacie hospitalière, cette stabilisation ne peut pas se faire en exercice libéral mais uniquement en tant que salarié.

A côté de l'assistantat bien établi, il existe selon le même rapport une « zone grise » comprenant les praticiens contractuels, les praticiens attachés et ceux associés. Cette « zone grise » est très difficilement quantifiable car temporaire.

Pour ce faire, la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI) fut créé suite aux états généraux de 2007 et à la loi HPST (39).

Cette CNIPI avait pour objectif de trouver une solution au déficit de postes en post-internat. Initialement composée de 5 groupes de travail, elle a débuté par une grande étude du post-internat et a travaillé sur la réforme des maquettes et des études de médecine en 3^{ème} cycle. Les problématiques de la pharmacie hospitalière n'ont été que très peu évoquées depuis sa création. Le ministère de la Santé annonce qu'elle va fusionner avec la CPNES en septembre 2014 afin de prendre en charge l'ensemble des problématiques des études de santé. Il est fort à parier que le sujet de l'internat et du post internat sera malheureusement dilué dans les problématiques de la PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé) et de la licence Santé (40).

Quels sont les différents assistantats rencontrés durant ce post-internat ?

i. L'assistantat généraliste et spécialisé

L'assistant des hôpitaux est un praticien temporaire (ou non titulaire) dont le statut a été créé et régi par la version consolidée du décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 puis modifié pour la dernière fois en 2010 dans le cadre de la loi HPST.

La fonction des assistants des hôpitaux est uniquement dédiée aux activités hospitalières en établissements publics de santé.

Parmi les assistants des hôpitaux, la loi distingue les assistants spécialistes, titulaire d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées obtenu à l'issue de 4 années d'internat en Pharmacie, et les assistants généralistes, titulaires du diplôme de pharmacien, qui n'ont pas effectués d'internat (41).

ii. L'assistantat partagé ou régional

L'assistant peut partager son temps de travail entre deux hôpitaux, on appelle cela un assistantat partagé ou régional car il s'effectue en général dans un même territoire de santé. Le but premier de l'assistantat partagé est d'inciter les professionnels de santé, et en particulier les médecins, à s'installer dans un territoire de santé sous médicalisé tout en gardant un pied au centre hospitalier régional ou universitaire.

Pour que cela fonctionne correctement, il est nécessaire d'établir une convention de coopération entre les deux établissements afin de déterminer les modalités de répartition de l'activité de l'assistant et les charges supportées par chacun des établissements (Article R.6152-501). Une indemnité pour exercer dans plusieurs établissements est accordée à l'assistant.

Ces assistantats sont en général pilotés par l'ARS qui décide des zones à médicaliser en priorité et parfois celle-ci participe, tout du moins en partie, au financement de ces assistantats.

iii. L'assistantat associé

Cet assistantat a été créé pour répondre à la libre circulation des diplômes et des personnes, en particulier les pharmaciens étrangers diplômés hors Union Européenne. Les assistants associés exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du chef de service ou du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou, en cas d'empêchement de celui-ci, de l'un de ses collaborateurs pharmacien.

iv. L'assistantat hospitalo-universitaire

Le statut d'Assistant Hospitalier Universitaire (AHU) existe pour les facultés de médecine depuis le décret n° 84-135 du 24 février 1984. Depuis cette date, les pharmaciens recrutés sur ces postes exercent leur fonction hospitalière dans un service du CHU et leur fonction universitaire en faculté de médecine.

En 2006 avec l'intégration de la pharmacie au CHU, le statut des AHU a été étendu aux disciplines Pharmaceutiques. Les pharmaciens ainsi recrutés exercent leurs fonctions hospitalières dans un service du CHU (généralement la PUI) et leurs fonctions universitaires en faculté de Pharmacie (42).

Ce poste, affecté dans les centres hospitaliers et universitaires, s'inscrit dans la logique de l'exercice conjoint des fonctions universitaire et hospitalière (post-internat universitaire). Il constitue généralement la première étape d'une carrière hospitalo-universitaire, qui peut se poursuivre par la nomination au poste de maître de conférences des universités - praticien hospitalier (MCU-PH) puis au poste de professeur des universités - praticien hospitalier (PU-PH).

Le statut hospitalo-universitaire des AHU prévoit qu'ils remplissent conjointement trois missions :

- hospitalière : Les AHU prennent part à l'activité hospitalière, sous l'autorité d'un chef de service.
- d'enseignement (formation initiale et continue) : ils assurent la transmission des connaissances, au titre de la formation initiale et continue. Ils participent au contrôle des connaissances, aux jurys d'examen et de concours.
- de recherche : Ils participent également aux travaux de recherche effectués dans l'hôpital, à l'université ou dans le cadre de conventions avec des instituts de recherche.

4. Modalités de recrutement du pharmacien des établissements de santé

a. Le pharmacien non titulaire

i. L'assistantat

Les assistants généralistes et les assistants spécialistes des hôpitaux exercent à temps plein ou à temps partiel des actes pharmaceutiques ou biologiques au sein de l'établissement, sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre

structure interne dont ils relèvent. Les assistants participent à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres pharmaciens de l'établissement.

Les assistants des Hôpitaux peuvent être recrutés (article R. 6152-503) soit:

En qualité d'assistant généraliste, s'ils remplissent les conditions légales d'exercice de la profession (article L4221-1) :

- Etre titulaire d'un diplôme français d'Etat de docteur en pharmacie ou titre de formation de pharmacien délivré par l'un des Etats membre de l'Union européenne,
- Etre de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un Etat membre de l'Union 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,
- Etre inscrit à la section H de l'Ordre des pharmaciens

En qualité d'assistant spécialiste, s'ils sont également titulaires d'un Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) (arrêté du 4 avril 2001).

En qualité d'assistant généraliste ou spécialiste associé, s'il ne remplit pas les conditions précédentes, à condition d'avoir achevé leurs études pharmaceutiques et qui, en outre, remplissent les conditions de diplôme, de titre et de formation fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Les assistants sont nommés par le directeur de l'établissement public de santé, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du directeur général de l'agence régionale de santé ; l'avis de celui-ci est formulé dans un délai de trente jours suivant la transmission du projet de contrat et du dossier de l'intéressé.

Sous réserve des dispositions de l'article R. 6152-512, les assistants sont recrutés pour une période initiale soit d'un an, soit de deux ans renouvelable par période d'un an, à concurrence d'une durée totale d'engagement de six ans.

Les assistants doivent avoir accompli au moins deux ans de services effectifs à temps plein avant de pouvoir être recrutés en qualité d'assistants des hôpitaux à temps partiel.

Un assistant ayant exercé ses fonctions à temps plein ou à temps partiel pendant six ans ne peut plus être recruté en cette qualité par un établissement public de santé.

Pour un assistant à temps plein, le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées hebdomadaires sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Il existe une petite subtilité pour les assistants associés. Ils participent à la permanence pharmaceutique assurée sur place comme tous les autres assistants, mais ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Concernant les AHU, le recrutement et les statuts sont légèrement différents.

Selon l'arrêté du 6 octobre 1988 (qui ne concerne pas les AHU des disciplines pharmaceutiques qu'après la création de leur statut en 2006), les postes d'AHU vacants font l'objet d'un affichage dans l'UFR (Unité de Formation et de Recherche) et le CHU, vingt et un jours au moins avant la date de clôture des inscriptions. Les candidats aux postes mis en recrutement doivent établir deux dossiers et les déposer ou les faire parvenir avant la date prévue pour la clôture des inscriptions :

- l'un au siège de la direction générale du CHU,
- l'autre au siège de l'UFR de Pharmacie

Les AHU sont recrutés par décision conjointe du directeur du CHU concerné et du directeur de l'UFR de pharmacie de l'université concerné, sur proposition du chef de service du CHU après consultation du conseil de l'UFR de pharmacie et de la CME.

Les AHU sont nommés pour une période de 2 ans avec possibilité de deux renouvellements d'un an chacun. Ils ne peuvent être recrutés que par les CHU car ce sont les seuls établissements liés par convention aux universités et chargé d'une triple mission : de soins, de formation et de recherche (43).

ii. Le praticien attaché

Les praticiens attachés exercent des fonctions hospitalières et participent aux missions du service public hospitalier, telles qu'elles sont définies à l'article L. 6112-1. Ils sont placés sous l'autorité du responsable de la structure pharmaceutique, dans laquelle ils sont affectés, ils sont chargés de le seconder. Ils participent également à la permanence pharmaceutique en assurant des gardes et des astreintes.

Pour pouvoir être recruté en qualité de praticien attaché, le postulant doit :

1° Remplir les conditions légales d'exercice de la profession de pharmacien en France et :

- a) Soit remplir les conditions prévues par les articles L. 4111-1 ou L. 4221-1 ;
 - b) Soit être autorisé à exercer la profession de pharmacien, en application des articles L. 4111-2, L. 4131-1-1, L. 4141-3-1, L. 4221-12, L. 4221-14-1, L. 4221-14-2, L. 6213-3, de la première phrase du 1° de l'article L. 6213-2 ou de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle ;
- 2° Justifier d'une inscription au tableau de l'Ordre des pharmaciens ;
- 3° Jouir de ses droits civiques dans l'Etat dont il est ressortissant ;
- 4° Ne pas avoir subi une condamnation incompatible avec l'exercice des fonctions.
- 5° Etre en position régulière au regard des obligations du service national de l'Etat dont il est ressortissant ;
- 6° Remplir les conditions d'aptitude exigées pour l'exercice de sa fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap ;
- 7° Pour les étrangers autres que les ressortissants communautaires, être en situation régulière au regard de la réglementation relative aux conditions de séjour et de travail.

Les praticiens attachés sont recrutés par le directeur de l'établissement sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service ou de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure d'affectation après avis du Président de la Commission médicale d'établissement (article R6152-609).

Les praticiens attachés sont recrutés pour un contrat d'une durée maximale d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre mois. Lorsque, au terme de chaque contrat, la relation de travail n'est pas poursuivie, le praticien attaché a droit, à titre de complément de rémunération, à une indemnité destinée à compenser la précarité de sa situation. Le montant et les conditions de versement de l'indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé.

En cas de non-renouvellement du contrat par l'une ou l'autre des parties au contrat, le préavis est de quinze jours pour les contrats d'une durée inférieure à six mois et de deux mois pour les contrats d'une durée au plus égale à un an.

Pour les contrats dont la durée cumulée est inférieure à vingt-quatre mois, toute modification du nombre de demi-journées, du lieu ou des structures d'affectation prévus au contrat se fait par voie

d'avenant au contrat initial, conclu dans les mêmes formes que ce dernier et après accord de l'intéressé. Cet avenant précise la durée et la nature des modifications apportées au contrat initial (44).

A l'issue de cette période de vingt-quatre mois, le renouvellement s'effectue par un contrat de trois ans renouvelable de droit, par tacite reconduction (article R6152-610).

Pour un praticien exerçant à temps plein, le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées hebdomadaires sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois (45).

iii. Le praticien contractuel

Les établissements publics de santé, en application des dispositions du 2° de l'article L. 6152-1 peuvent recruter des pharmaciens en qualité de praticiens contractuels à temps plein ou à temps partiel.

Les praticiens contractuels mentionnés à l'article R. 6152-401 ne peuvent être recrutés que dans les cas et conditions suivants :

1° Pour exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel d'activité de l'établissement public de santé. La durée d'engagement ne peut excéder six mois pour une période de douze mois ;

2° Pour assurer, en cas de nécessité de service, le remplacement de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, lors de leurs absences ou congés statutaires et dont le remplacement ne peut être assuré dans les conditions prévues par leurs statuts. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de six mois renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an ;

3° Pour occuper, en cas de nécessité de service et lorsqu'il s'avère impossible d'opérer un tel recrutement en application des dispositions statutaires en vigueur, un poste de praticien à temps plein ou à temps partiel resté vacant à l'issue de chaque procédure statutaire de recrutement. Le contrat peut être conclu pour une période maximale de six mois renouvelable dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans ;

4° Pour exercer des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles ou en voie d'évolution nécessitant des connaissances hautement spécialisées. Le contrat peut être conclu par

périodes maximales de six mois renouvelables dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans, sous réserve d'emploi budgétaire disponible ;

Pour pouvoir être recruté en qualité de praticien contractuel, le postulant doit remplir les mêmes conditions que le praticien attaché (46).

Les praticiens contractuels sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont relève le praticien, du président de la commission médicale d'établissement et, dans le délai de trente jours, du directeur général de l'agence régionale de santé.

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Les praticiens contractuels participent à la permanence pharmaceutique au même titre que leurs confrères (47).

iv. Le praticien associé

Peuvent être recrutés comme praticiens attachés associés les praticiens qui, ne remplissant pas les conditions indiquées à l'article R 6152-602, ont achevé leurs études de pharmacie et qui, en outre, remplissent les conditions de diplôme, de titre et de formation fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Les praticiens attachés associés participent à l'activité du service public hospitalier sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou de l'un de ses collaborateurs pharmaciens. A ce titre, ils peuvent exécuter des actes pharmaceutiques de pratique courante.

Ils peuvent être appelés à collaborer à la permanence pharmaceutique organisée sur place, en appui des pharmaciens du service statutairement habilités à participer à la permanence pharmaceutique et sous leur responsabilité. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements (48).

b. Le pharmacien titulaire

i. Dans le secteur public

a. Le Praticien Hospitalier

Le Concours National de Praticien Hospitalier

Le recrutement en qualité de praticien hospitalier (PH) est possible après réussite au CNPH (Concours National de Praticien Hospitalier) pour devenir PH temps plein ou temps partiel (Figure 6). Ce concours est annuel et organisé par le CNG (Centre National de Gestion) (49).

Pour s'inscrire au CNPH, le candidat doit remplir trois conditions :

- être titulaire du diplôme d'état de Docteur en Pharmacie,
- être inscrit à l'Ordre national des Pharmaciens,
- être de nationalité Française ou ressortissant d'un état de l'Union Européenne.

Il existe deux types de concours :

- **Le concours de type I**, accessible aux anciens internes et à toutes les personnes ayant validé le 3^{ème} cycle des études de pharmacie et ayant exercé pendant au minimum deux ans durant les cinq dernières années des fonctions de pharmacien dans une administration, un établissement public ou un organisme à but non lucratif (le plus souvent comme assistant ou attaché). Ce concours comporte une évaluation des titres et travaux (100 points), une évaluation des services rendus (100 points), et une épreuve orale d'entretien avec le jury (100 points).

- **Le concours de type II**, accessible à toutes les autres personnes ne pouvant pas prétendre au type I (et notamment les pharmaciens diplômés n'ayant pas effectué l'internat). Il comporte en plus des évaluations du type I, une épreuve orale de connaissances professionnelles (200 points).

Le dossier d'inscription est à rendre en juin de l'année N-1 afin de passer le concours au début de l'année suivante pour publication des résultats au second trimestre de la même année. Le candidat ne peut présenter qu'une seule spécialité par an (biologie médicale, pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière, pharmacologie clinique et toxicologie ou hygiène hospitalière) et qu'un seul type de concours I ou II. Pour certaines spécialités, notamment l'hygiène hospitalière il est obligatoire d'être titulaire d'un DES spécialisé pour que la candidature soit recevable alors que pour la spécialité pharmacie hospitalière seul le Doctorat en Pharmacie est exigé.

L'épreuve orale d'entretien avec le jury, d'une durée de 30 minutes maximum, doit permettre au jury d'apprécier la motivation du candidat pour devenir praticien en milieu hospitalier public,

d'évaluer sa connaissance de cet environnement, son projet professionnel, son aptitude à travailler en équipe. L'épreuve orale de connaissances professionnelles, dont sont dispensés les anciens internes, dure également 30 minutes maximum et consiste en une mise en situation pratique en rapport direct avec l'exercice de la spécialité (tirage au sort d'un sujet, préparation pendant 10 minutes, et présentation de sa réponse). Les modalités administratives sont fixées annuellement par arrêté du ministère de la Santé.

À l'issue des épreuves les candidats reçus seront inscrits sur une liste d'aptitude valide pendant 4 ans. Pour faire valoir leur titre de PH durant toute leur carrière, ils devront prendre un poste de PH pendant ces 4 ans sinon ils devront repasser le concours à nouveau pour prétendre au titre de PH.

Les membres du jury sont désignés par tirage au sort et nommés sur arrêté du ministère de la Santé. Ils ne peuvent siéger deux années consécutives ni être membres de la Commission Nationale Statutaire.

La procédure de recrutement en qualité de praticien hospitalier a pour but de pourvoir à la vacance de postes dans un pôle d'activité d'un établissement public de santé, déclarée par le directeur général du Centre national de gestion sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé. Chaque vacance donne lieu à établissement d'un profil de poste, dont les caractéristiques relatives notamment à la spécialité et à la position du praticien dans la structure hospitalière sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Peuvent postuler sur un poste de PH :

1° Les praticiens hospitaliers candidats à la mutation, comptant au moins trois années de fonctions effectives dans un même établissement à compter de leur date d'installation, sauf dérogation accordée par le directeur général du Centre national de gestion ;

2° Les praticiens des hôpitaux à temps partiel, comptant au moins trois années de fonctions effectives dans un même établissement à compter de leur date d'installation, sauf dérogation accordée par le directeur général du Centre national de gestion ;

3° Les praticiens hospitaliers, les praticiens des hôpitaux à temps partiel qui, à l'issue d'un détachement ou d'une disponibilité, à l'expiration d'un des congés accordés au titre des articles R. 6152-38 à R. 6152-41 dans le cas où ils ne bénéficient pas des dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 6152-42, ou pendant la période de recherche d'affectation, sollicitent leur réintégration ;

4° Les membres du personnel enseignant et hospitalier titulaires qui sollicitent une intégration dans le corps des praticiens hospitaliers ;

5° Les candidats inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité, après réussite au concours national de praticien des établissements publics de santé prévu par l'article R. 6152-301. Les intéressés ne peuvent faire acte de candidature que sur les postes publiés dans la spécialité correspondant à leur inscription sur une liste d'aptitude. Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions fixées par l'article R. 6152-7-1. La nature des pièces justificatives à produire est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Nul ne peut être nommé praticien hospitalier :

1° S'il ne jouit de ses droits civiques dans l'Etat dont il est ressortissant ;

2° S'il a subi une condamnation incompatible avec l'exercice des fonctions ;

3° S'il ne se trouve en position régulière au regard des obligations de service national de l'Etat dont il est ressortissant ;

4° S'il ne remplit les conditions d'aptitude exigées pour l'exercice de sa fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap.

Les candidats issus du concours national de praticien des établissements publics de santé, sont nommés pour une période probatoire d'un an d'exercice effectif des fonctions, à l'issue de laquelle ils sont, après avis motivé du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne, du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'établissement ainsi que, le cas échéant, de la commission statutaire nationale, soit nommés dans un emploi de praticien à titre permanent, soit admis à prolonger leur période probatoire pour une nouvelle durée d'un an, soit licenciés pour inaptitude à l'exercice des fonctions en cause, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion .

La nomination du PH est prononcée par arrêté du directeur du CNG, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service au directeur d'établissement et après avis du président de la CME.

L'affectation sur le poste dans un pôle d'activité est prononcée par le directeur de l'établissement (50).

Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

b. MCU-PH, PU-PH

A l'inverse du déroulement du recrutement des PH, le recrutement pour les postes de MCU-PH et PU-PH débute par les épreuves locales puis les épreuves nationales permettant l'inscription sur une liste d'aptitude (51).

Il existe différentes modalités de recrutement en fonction des CHU. Certains statuent en une seule commission, quand d'autres en demandent plusieurs. Le schéma à plusieurs commissions est généralement découpé comme suit; la première commission dépend du CHU il s'agit de la CREM (Commission de Révision des Effectifs Médicaux) elle prend en compte le versant hospitalier. Viennent ensuite les commissions universitaires ; la commission recherche qui évalue le versant production scientifique avec les papiers et publications et la commission pédagogique qui elle statue sur le versant enseignement et nombre d'heures de cours dispensé.

L'objectif pour le candidat, devant ces commissions, est de mettre en avant le bénéfice pour la communauté hospitalo-universitaire du recrutement.

Le dossier est ensuite déposé nationalement devant les CNU (Conseil National d'Université). Il en existe 3 pour les hospitalo-universitaires des disciplines pharmaceutiques :

- CNU 80 : Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
- CNU 81 : Sciences du médicament et des autres produits de santé
- CNU 82 : Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

Il existe également des CNU en filière médecine dits « mixte » (Arrêté du 30 mai 2012 relatif à l'élection des membres du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques) :

- CNU 42 : Morphologie et morphogenèse
- CNU 43 : Biophysique et imagerie Médecine
- CNU 44 : Biochimie, biologie cellulaire et moléculaire, physiologie et nutrition (sauf 44.01)
- CNU 45 : Microbiologie, maladies transmissibles et hygiène (sauf 45.03)
- CNU 46 : Santé publique, environnement et société

- CNU 47 : Cancérologie, génétique, hématologie, immunologie :
- CNU 48 : Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et thérapeutique
- CNU 54 : Développement et pathologie de l'enfant, gynécologie - obstétrique, endocrinologie et reproduction (seulement 54.05).

D'une section de CNU à l'autre, les prérequis peuvent être légèrement différents mais globalement il est demandé :

- Un minimum de deux années d'ancienneté en tant que AHU, MCU ou PH (Figure 6),
- Une thèse de Doctorat d'université,
- Une activité scientifique avec un nombre minimum de publications dans des revues internationales à comité de lecture.

Les modalités pratiques des épreuves orales sont différentes d'un CNU à l'autre, mais elles sont articulées sur le modèle suivant avec l'examen du dossier écrit, l'évaluation de la qualité d'une présentation orale de la présentation du projet hospitalo-universitaire du candidat, la présentation d'un exposé oral d'un enseignement et d'un commentaire d'une publication du candidat.

Pour le concours de PU-PH, il est demandé au candidat de posséder l'HDR (Habilitation à Diriger des Recherches), de justifier d'un minimum de deux années d'exercice d'un poste de titulaire (PH ou MCU-PH), d'avoir un nombre conséquent de publications dans des revues avec impact factor important et d'avoir rempli les conditions de mobilité d'une durée minimale de 1 an (continue ou interrompue) pour effectuer soit des activités de recherche, soit d'enseignements ou soit hospitalières.

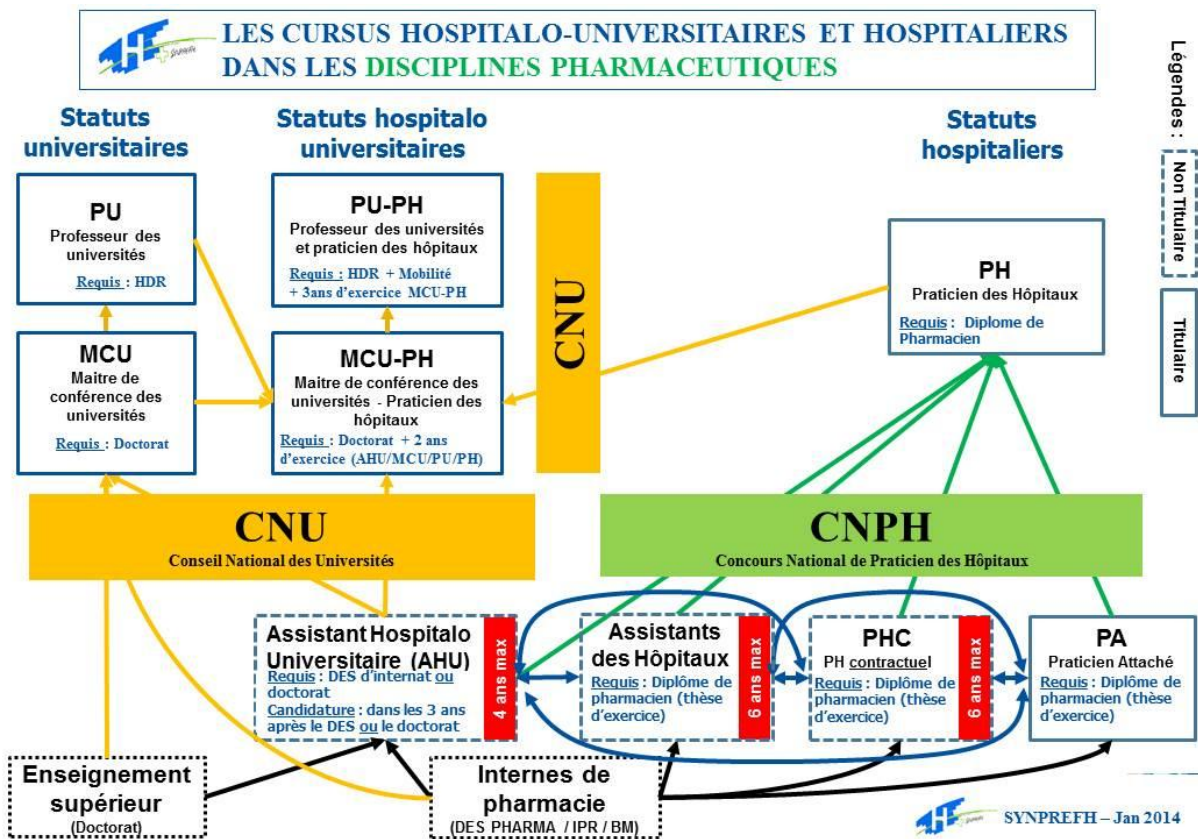


Figure 6 : Schéma général des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires (source SYNPREFH)

ii. Dans le secteur privé

Le recrutement en secteur privé est quelque peu différent de celui du public que nous venons de voir.

En effet, il existe beaucoup moins de statuts différents. La preuve en est que pour l'inscription à la section H de l'Ordre des pharmaciens des établissements publics il existe plus de 12 statuts différents et seulement 2 dans le privé, en établissement à but lucratif ou en ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif). Ces deux statuts dans le privé sont soit gérant soit adjoint. Il existe un pharmacien gérant par PUI assisté par un nombre non défini d'adjoint(s).

Pour postuler sur un de ces deux statuts du privé, il suffit d'être titulaire du Doctorat de Pharmacie. Aucun diplôme supplémentaire (DES, DU,...) n'est exigé ni une durée minimale d'expérience.

Certaines conditions doivent tout de même être remplies en plus du diplôme de pharmacien à savoir :

- être de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou faisant partie d'un 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 ;
- être inscrit à l'Ordre des Pharmaciens.

Contrairement à certaines déclarations dans le milieu des représentations syndicales de la profession, il n'existe pas de chiffre sur le nombre de pharmaciens titulaires d'un DES parmi les pharmaciens du secteur privé.

Un même pharmacien peut assurer la gérance de deux PUI relevant de gestionnaires différents. Ce nombre peut être porté à trois lorsque les PUI considérées relèvent d'établissements médico-sociaux. Ces gérances peuvent être exercées sous réserve que le pharmacien concerné puisse accomplir le temps de présence qu'il doit assurer dans chaque pharmacie et remplir quotidiennement ses missions dans chacune d'elles, notamment les urgences, et qu'il ait, en outre, obtenu l'accord de la personne chargée de sa désignation dans chaque établissement (Article R. 5126-44 du Code de la Santé Publique).

En revanche depuis la publication du décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur, un pharmacien associé au sein d'une SEL (Société d'Exercice Libéral) ne peut désormais exercer qu'au sein de la SEL. En effet, ce décret a abrogé l'article R. 5091-6 du Code de la Santé Publique qui autorisait le cumul des fonctions de gérance et d'associé en SEL (52).

La gérance d'une PUI relevant d'une personne privée est assurée par un pharmacien salarié qui, remplissant les conditions d'exercice de la pharmacie requises par l'article L. 4221-1 du Code de la Santé Publique ou ayant obtenu l'autorisation mentionnée aux articles L. 4221-9, L. 4221-11 ou L. 4221-12 du Code de la Santé Publique, est lié à l'établissement par un contrat de gérance conforme à un contrat-type (Arrêté du 6 mars 1989 relatif aux contrats types des pharmaciens gérants des établissements de soins, complété par le décret 2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux PUI).

Ce contrat-type peut comporter des clauses spécifiques pour la gérance des pharmacies des structures d'hospitalisation à domicile et des unités de dialyse à domicile (Article R. 5126-34 du Code de la Santé Publique).

Ce contrat comporte notamment les éléments suivants (Article R. 5126-35 du Code de la Santé Publique) :

- le temps de présence du pharmacien qui ne peut être inférieur à l'équivalent de cinq demi-journées par semaine (ou dans les établissements médico-sociaux à l'équivalent de deux demi-journées) et sa répartition hebdomadaire ;
- les obligations de service du pharmacien et les modalités de son remplacement en cas d'absence ;
- les éléments de la rémunération du pharmacien et les conditions d'évolution de celle-ci ;
- les conditions dans lesquelles sont mis à la disposition du pharmacien le personnel ainsi que les locaux, équipements et aménagements nécessaires au bon fonctionnement de la pharmacie.

Voici donc exposé la législation et les modalités d'exercice du métier de pharmacien dans un établissement de santé français, qu'en est-il du contexte européen pour la reconnaissance de la pharmacie hospitalière ?

5. Situation des pharmaciens des établissements de santé en Europe

Dès 1985, la directive européenne DE 85/432/CEE appelle, en son article 3, la Commission européenne à présenter au Conseil *des propositions appropriées concernant les spécialisations en pharmacie, et notamment celle en pharmacie hospitalière* (53) (54). Cette même directive précisait en son préambule qu'elle n'empêchait pas les Etats membres d'exiger des conditions de formation complémentaire pour l'accès à des activités non-incluses dans le champ minimal d'activités coordonné. Cette formulation est reprise dans la DE 2005/36/CE, qui, abrogeant la précédente, conserve clairement la notion de subsidiarité en décrétant qu'elle *ne porte pas atteinte à la possibilité pour les états membres d'exiger des conditions de formation complémentaire pour l'accès à des activités [...] l'Etat membre d'accueil qui exige de telles conditions devrait pouvoir les imposer aux ressortissants titulaires des titres de formation qui font l'objet d'une reconnaissance automatique [...]* », titres de formation qui font l'objet d'une reconnaissance automatique dont fait partie celui de pharmacien (55).

En décembre 2011 est créé par la Commission européenne le dispositif des cadres communs de formation (*common training framework - CTF*) dont la mission première est la possibilité pour un

tiers des Etats membres (soit dix Etats membres depuis l'entrée de la Croatie dans l'UE en 2013) de créer un socle commun de connaissances et de compétences pour faciliter la reconnaissance des qualifications des professions couvertes par le système général (donc non-soumises à une reconnaissance automatique comme celle de pharmacien) (56). Une révision de la directive par le Conseil européen a permis en juin 2013 d'intégrer également les professions à reconnaissance automatique au sein de ce dispositif. Cette révision a été actée par le Parlement européen en sa séance du 9 octobre 2013 et par le Conseil le 15 novembre 2013. La nouvelle directive européenne DE 2013/55/UE (57) révisant la DE 2005/36/CE est entrée en vigueur le 17 janvier 2014 et devra, comme il est d'usage, être transposée dans le droit des Etats membres avant la fin de l'année 2015. Elle implique donc à l'avenir :

- l'encouragement de la mobilité des pharmaciens sur le territoire européen (la mobilité des pharmaciens en Europe est très faible = 1.7% de pharmaciens étrangers en France en 2014) (58).
- la possibilité pour dix Etats membres, en contrepartie de créer un cadre commun de formation, de reconnaître une « spécialisation » pour une profession, en l'occurrence pour nous le métier de pharmacien hospitalier.

L'Association Européenne des Pharmaciens Hospitaliers (*European Association of Hospital Pharmacists-EAHP*) avait déjà fait savoir par un communiqué du 29 octobre 2013 qu'elle mobiliserait activement les membres de son conseil d'administration en vue d'accomplir l'objectif fixé (59). 5 états membres, dont la France, ont déjà été identifiés pour intégrer le groupe de travail sur le tronc commun de formation, les 5 autres pays nécessaires devraient être trouvés très rapidement.

Il n'existe pas actuellement au sein de l'Union européenne d'homogénéité en termes de spécialisation en pharmacie. En effet, la formation à travers l'internat en pharmacie hospitalière telle qu'on la connaît en France n'est pas identique sur tout le territoire européen, variant de 12 à 48 mois au-delà du socle commun comme le montre la carte suivante (Figure 7).

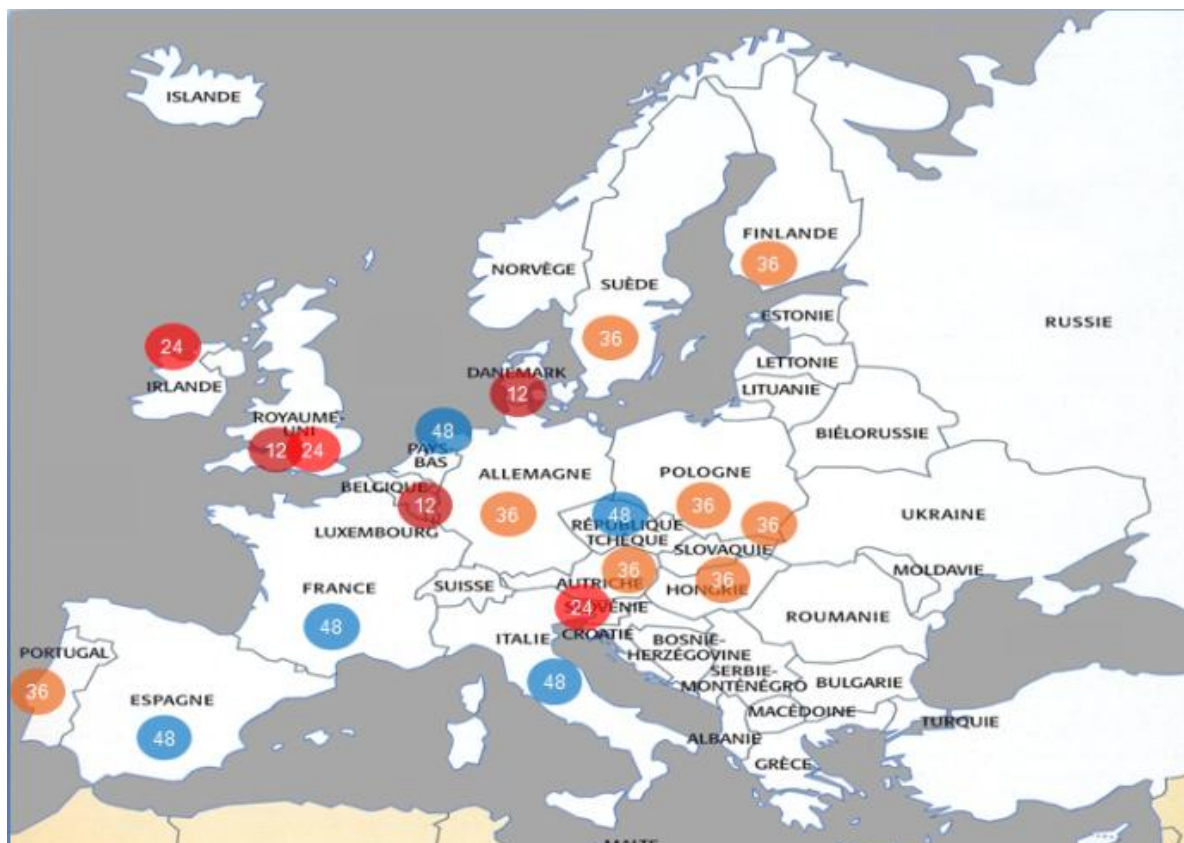


Figure 7 : Durée de l'internat/résidence dans les différents pays européens (source G.Sujol)

Le nombre limité de pays demandant une spécialisation sur la base d'un internat d'une durée minimale de 48 mois peut s'affranchir par le fait que ces pays représentent plus de 75% de la population européenne. D'autres pays ont un internat d'une durée de 36 mois mais débutent celui-ci au sortir de la 6^{ème} année d'études contrairement à la France (60). Du point de vue de la formation, l'internat en pharmacie des pays demandeurs est similaire dans sa forme, alliant un tiers de formation théorique et deux tiers de formation pratique.

A l'occasion de la révision de la Directive Européenne, le président de l'EAHP, Roberto FRONTINI, a été interrogé directement pour évaluer l'impact de la mesure et, de façon plus concrète faire part des interrogations des internes français quant à la reconnaissance prochaine de la formation pratique que constitue l'internat en pharmacie en France.

Mr Roberto FRONTINI a précisé dans sa réponse plusieurs éléments (extrait de la lettre) :

«[...]At this stage, the Common Training Framework is still a very new concept and does not yet exist as a realised legal tool - rather it is something that professions will now have the potential to form in the future. We await further information from the European Commission about the precise rules and

procedures for constructing a CTF for example. Accordingly, in terms of impacts to national education systems such as France, we can only hypothesise. However, from EAHP's perspective our principal desire is to enable countries that wish to, to form a platform for mutually recognising hospital pharmacy specialisation qualifications across countries. The 'new' part of the Common Training Framework tool is that unlike existing mechanisms for recognising medical specialisms, the platform need not stipulate the required duration of the qualification, but may instead be based on an agreed set of competencies. So, for example, achievement of the qualification could be 3 years in one country, 4 years in another. As long as the agreed competencies were met, this would be the important aspect[...]

Ainsi, à l'heure où nombre d'éléments doivent encore être précisés, une avancée notable est que, dorénavant, les socles communs de formations se feront sur la base de compétences communes sanctuarisées et non plus sur la base de la durée des formations spécialisantes, ce qui permettra à première vue de s'affranchir des disparités de durée de l'internat en Europe.

A plus long terme, c'est donc bien la reconnaissance de la spécialisation en Pharmacie hospitalière que compte porter l'EAHP, au-delà des pays comme le nôtre qui sont déjà résolument engagés dans la reconnaissance d'une qualification du diplôme de pharmacien hospitalier. Celle-ci passera par une deuxième révision de la DE 2005/36/CE qui, en son article 45 relatif à l'exercice des activités professionnelles de pharmacien, devra définir clairement l'ensemble des activités spécifiques du pharmacien hospitalier méritant sur la base du principe de protection du patient une reconnaissance de qualification.

L'avenir de la Pharmacie Hospitalière fait désormais consensus au niveau européen (61). Le 15 mai dernier à Bruxelles, lors du Sommet de la Pharmacie Hospitalière Européenne les représentants des pharmaciens hospitaliers, des médecins, des infirmiers et des patients ont adopté une nouvelle charte. Cet accord stipule que tous les hôpitaux doivent avoir accès à un pharmacien hospitalier ayant la responsabilité générale de l'utilisation optimale des médicaments. Les pharmaciens des hôpitaux doivent être impliqués dans toutes les étapes de soins de manière à influencer de manière prospective une prise de décision thérapeutique multidisciplinaire. Ils doivent ainsi y jouer un rôle à part entière, incluant le conseil, la mise en œuvre et le suivi des modifications de traitements en partenariat avec les patients et les autres professionnels de la santé. Toutes les prescriptions doivent être examinées et validées dès que possible par les pharmaciens de l'hôpital. Ils doivent prendre l'initiative de développer, suivre et améliorer les processus d'utilisation des médicaments et des technologies médicales connexes. Les pharmaciens doivent avoir accès au dossier de santé des patients, précise encore le document, et leurs interventions cliniques doivent être consignées dans le dossier médical

et analysées afin de guider des interventions d'amélioration de la qualité. Les services de pharmacie clinique doivent évoluer en permanence pour optimiser les résultats pour les patients (62).

La pharmacie clinique dont il est question est déjà très développée au Canada, mais comment est reconnu le métier de pharmacien hospitalier de l'autre côté de l'Atlantique ?

6. Et en Amérique du Nord

a. Qualification en pharmacie hospitalière au Québec

On peut lire dans un quotidien de Montréal en 1962 que la mise en place du Diplôme de Pharmacie Hospitalière va contribuer à la naissance de pharmaciens spécialistes (63). Avec la refonte du Code des professions en 1973, l'ensemble du système professionnel québécois a été revu en profondeur (63). Cette refonte a fait notamment en sorte que le port du titre de spécialiste n'est autorisé que si le membre inscrit au tableau d'un Ordre satisfait aux conditions d'émission du certificat de spécialistes. En d'autres mots, il est interdit de porter le titre de spécialiste si aucune formation n'est reconnue par l'Ordre applicable et le système professionnel québécois. Si les médecins ont profité de l'émission de certificats de spécialistes au Canada depuis 1929, la Loi sur la pharmacie du Québec n'a été amendée qu'en 1989, moment où le privilège a également été donné à l'Ordre des Pharmaciens du Québec d'émettre des certificats de spécialistes à ses pharmaciens détenant une formation spécialisée (63). Toutefois, en écho à cet amendement, le Code des professions n'a toujours pas été amendé, de sorte que la formation de maîtrise en pharmacie hospitalière n'a pas été reconnue comme première spécialité pharmaceutique à ce jour.

Dans le cadre des États généraux de la pharmacie tenus en 2002, plus de 80% des pharmaciens participants, tant du milieu communautaire qu'hospitalier, étaient en faveur d'une reconnaissance de pharmacien spécialiste donnée à ceux exerçant en pharmacie hospitalière (54) (64).

Depuis Septembre 2013 un projet de loi ajoute de nouvelles activités réservées à l'exercice de la pharmacie au Québec, incluant notamment des droits de prescrire des médicaments et des tests de laboratoire. Bien que l'adoption de ces changements réglementaires espérée en 2014 soit applicable à l'ensemble des pharmaciens en exercice, la reconnaissance de la spécialité en pharmacothérapie avancée va permettre une meilleure hiérarchisation de l'accès, des programmes de soins, des activités pharmaceutiques et des priorités cliniques au sein des établissements de santé.

L'Ordre des Pharmaciens du Québec soutient la reconnaissance de spécialités en pharmacie notamment parce qu'elle considère que cette reconnaissance permet : « 1) de conserver une expertise

essentielle, 2) d'assurer la protection du public, 3) de stimuler les étudiants en pharmacie à compléter la maîtrise, de combler un manque à gagner d'effectifs » (65). Le pharmacien spécialiste en pharmacothérapie avancée apportera une contribution spécifique dans les situations suivantes :

- Emploi d'une thérapie médicamenteuse en contexte d'urgence, en contexte de soins aigus, en contexte de soins innovants, en développement ou en investigation qui requiert une évaluation ou une surveillance nécessitant des expertises particulières ou la présence de plateaux technologiques

- Emploi d'une thérapie médicamenteuse pour un patient qui présente une condition clinique associée à des risques élevés ou complexes à gérer, un problème de santé inhabituel ou peu courant, un état instable, une absence de réponse à la pharmacothérapie conventionnelle ou aux solutions de rechange courantes, des manifestations cliniques inhabituelles potentiellement liées à la thérapie médicamenteuse.

- En plus de ce qui est décrit précédemment, le pharmacien spécialiste en pharmacothérapie avancée aura une expertise spécifique en matière d'organisation de soins de santé pour évaluer les besoins en matière de soins ou de services pharmaceutiques, planifier et mettre en œuvre la prestation des soins et des services pharmaceutiques, assurer la performance (efficacité, sécurité, efficience) du circuit du médicament dans son domaine d'activité, incluant les aspects technologiques qui y sont associés et la gestion des risques, par exemple ceux liés aux médicaments dangereux, évaluer la qualité des interventions, évaluer, planifier et organiser les activités d'enseignement et de recherche associées aux soins et services pharmaceutiques ou aux médicaments et contribuer au développement et à l'implantation de pratiques collaboratives

Le modèle proposé ne repose pas sur le lieu d'exercice comme il va être le cas en France, mais plutôt sur la réussite d'une formation spécialisée.

b. Qualification en pharmacie hospitalière aux Etats Unis

Les pharmaciens américains se sont dotés, dès 1976, d'un organisme de certification pharmaceutique en créant le Board of Pharmaceutical Specialties (BPS). Il ne s'agit pas d'un Ordre professionnel comme nous le connaissons en France depuis la fin de la seconde guerre mondiale pour les pharmaciens, mais d'un organisme qui développe des exigences et des examens de certification dans plusieurs spécialités pharmaceutiques, comme la radiopharmacie (depuis 1978), la pharmacothérapie nutritionnelle (1988), la pharmacothérapie avancée (1988), la pharmacothérapie psychiatrique (1992), la pharmacothérapie oncologique (1996), la pharmacothérapie ambulatoire

(2009) et pharmacothérapie pédiatrique (en développement). En outre, des examens de spécialités sont aussi développés en maladies infectieuses et en cardiologie.

Au 1er décembre 2013, le BPS reconnaît près de 15 000 pharmaciens spécialistes dans le monde, dont 13 864 aux Etats-Unis, 188 au Canada et un seul en France (66). Bien qu'aucun Ordre professionnel américain n'ait à ce jour, reconnu le titre de pharmacien spécialiste aux détenteurs du BPS, le système américain n'empêche pas les pharmaciens détenteurs de cette certification de porter le titre de spécialiste, contrairement à la plupart des provinces canadiennes qui permettent le port de ce titre uniquement aux détenteurs de diplômes/examens sanctionnés par la province. Le modèle américain permet le port de nombreux titres et donne davantage de libertés aux professionnels en matière de dénomination et de publicité.

c. Harmonisation en Amérique du Nord

Depuis la fin des années 2000, ces deux pays essaient de créer un modèle unifié d'exercice de la pharmacie en établissement de santé avec d'un côté le projet SCPH 2015 de la Société Canadienne des Pharmaciens d'Hôpitaux et d'autre part le projet de modèle d'exercice de la pharmacie (Pharmacy Practice Model Initiative [PPMI]). Les objectifs principaux sont de définir et d'affirmer le rôle des pharmaciens au sein des équipes de soins de santé et d'établir un modèle d'exercice cohérent et largement reconnu qui, en définitive, améliorera les résultats cliniques associés à la pharmacothérapie des patients (67).

7. Modification à venir en France

a. L'internat « qualifiant »

Si la nécessité de qualifier l'internat en pharmacie au travers du DES de pharmacie dans sa forme actuelle (régie par l'arrêté du 31 octobre 2008 (68)) pour l'exercice en PUI est aujourd'hui bien établie, il est aussi important de prendre en compte l'histoire de l'exercice de la pharmacie à l'hôpital pour comprendre que le DES de pharmacie n'était, au moment de sa création au début des années 1980, pas qualifiant. Si l'obtention du concours ne peut justifier en soit une qualification, la validation de quatre années pleines d'internat l'est en revanche. Il est en effet admis, qu'il s'agisse des formations et spécialisations médicales et paramédicales, que la spécialisation en santé revêt un caractère distinct et aboutit à la protection du public. S'agissant de la pharmacie hospitalière, cette protection du public peut prendre plusieurs formes : prévention des accidents liés à la nature ou à la dose de l'anticancéreux administré, prévention de l'iatrogénie médicamenteuse liée à l'accumulation de traitements

hospitaliers sur les traitements ambulatoires, prévention de la survenue d'infections nosocomiales par la validation de méthodes de stérilisation adaptées, etc... (69) La reconnaissance est un processus qui prend du temps au niveau des mentalités et des instances dirigeantes.

b. Etat des lieux: des initiatives et une avancée concrète

i. Avant l'année 2011

Durant les années 1990 et 2000, quelques initiatives des internes et de leur structure représentative, de syndicats de pharmaciens hospitaliers ou d'autres acteurs de la pharmacie hospitalière ont tenté de faire avancer ce dossier, sans succès. Les commissions créées pour l'occasion et les travaux réalisés n'aboutissaient pas, engendrant à chaque fois une déception immense pour des générations d'internes en pharmacie. A la suite de la publication en 1992 d'une loi permettant d'encadrer et de définir l'exercice de la pharmacie en PUI, une question écrite au gouvernement est posée en 1995 s'inquiétant de l'absence de reconnaissance des internes en pharmacie (70). Sans réponse concrète à cette question, les internes portent alors la problématique devant le Commission Européenne en 1998 (71). En 2001, la FNSIP publie des propositions de réforme du DES de Pharmacie Hospitalière et des Collectivités pour répondre aux évolutions de la profession, mettant l'accent sur la nécessité de qualification qui y est associée. L'internat sera réformé en 2008 en suivant en partie ces propositions mais la reconnaissance n'aboutira pas. Il faudra attendre 2011 et l'initiative concomitante de différents acteurs pour que le dossier soit ré-ouvert et que des avancées notables et inédites puissent se réaliser.

ii. La reprise des travaux

Au cours de l'année 2011, sous les impulsions simultanées d'une part de la coordination nationale du DES de pharmacie et, d'autre part, de la FNSIP à travers une première contribution (72), Christian THUILLEZ, alors conseiller pour les affaires hospitalo-universitaires et la recherche du ministre de la Santé, est sensibilisé à la problématique. Il saisit ainsi la DGOS et charge cette dernière de ré-ouvrir le dossier. En fin d'année 2011, une première rencontre entre les services de la DGOS et différents représentants de la profession (coordonnateurs des DES Pharmacie et Innovation Pharmaceutique et Recherche, conférence des doyens de pharmacie et FNSIP) permet de jeter les bases des travaux à engager en vue, dans un premier temps, d'évaluer le rationnel de la démarche et de son éventuelle faisabilité. Aux prémices du projet, alors que la démarche idéologique peine à s'imposer, deux points fondamentaux sont identifiés : il s'agit premièrement d'engager une démarche

auprès de la Fédération Hospitalière Privée (FHP) afin de préciser les impacts prévisibles d'un monopole d'exercice en milieu hospitalier de pharmaciens titulaires du DES de pharmacie et, deuxièmement, d'envisager en collaboration avec le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR) la nécessité d'une base législative dans le code de l'éducation pour la mise en place d'un DES de pharmacie qualifiant. En parallèle, le conseil national de l'Ordre des pharmaciens, au travers de la section H (pharmaciens des établissements de santé ou médico-sociaux) est impliqué également dans le projet. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires « Loi HPST » a en effet autorisé l'autorité ordinaire à qualifier au sein de la profession de pharmacien une spécialisation (9). Elle permet ainsi de s'affranchir d'une barrière réglementaire qui pouvait contribuer, à son niveau, à décourager les tentatives de projets relatifs à la qualification du DES de pharmacie pour l'exercice en PUI envisagées avant 2011.

iii. Vague de consultations et validation du concept idéologique

Après une période de transition liée aux élections présidentielles et législatives, et après un retour positif de la section H de l'ONDP courant juin 2012, la DGOS décide d'élargir les consultations à une dizaine d'organisations syndicales et représentatives plus ou moins impliquées dans le domaine de la pharmacie hospitalière. Il en ressortira au courant du mois de septembre 2012 un retour d'avis majoritairement positifs, à l'exception des fédérations représentant l'exercice hospitalier et médico-social privé. Les argumentaires invoqués, principalement relatifs au spectre d'une revalorisation de la rémunération des pharmaciens hospitaliers d'une part et au réservoir probablement insuffisant de pharmaciens titulaires du DES de pharmacie d'autre part, reçoivent un accueil mitigé de la part de la DGOS. Le premier argument ne sera pas retenu par les autorités ministérielles, en effet les prérogatives de santé publique priment sur la rémunération que cela engendrerait pour le secteur privé uniquement. Du deuxième argument résultera une enquête approfondie, ainsi que le soutien de la mission des formations de santé de la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle (DGESIP) du MESR.

Au-delà de cette vague de consultations revenue globalement favorable au projet, c'est le conseil national de l'Ordre des pharmaciens qui, en octobre 2012, scelle dans le cadre d'une délibération de sa séance administrative « *le projet de création d'une spécialisation en pharmacie hospitalière exigeant l'obtention d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées de « pharmacie hospitalière et exercice en établissement de santé »* » (73). Prenant acte de ce dernier retour venu marquer la fin des discussions relatives à la démarche idéologique, les services de la DGOS opèrent la transition vers une étape de démarche réglementaire avec l'accord du cabinet de la ministre de la Santé. En parallèle

d'une seconde rencontre en janvier 2013 entre les services de la DGOS et les acteurs du projet apparaissent deux points de *dissensus* conséquents, identifiés par la mission de santé de la DGESIP. Le premier est relatif à un contexte européen peu favorable à la création de spécialisations qualifiantes, et le deuxième est lié aux craintes d'un trop faible effectif de pharmaciens titulaires du DES de pharmacie.

Au vu de tous les éléments présentés précédemment au point « 4. Situation des pharmaciens des établissements de santé en Europe », il n'y a plus lieu de statuer en l'état sur un contexte européen défavorable à la reconnaissance de spécialisations en pharmacie. Le deuxième point concernant le pool de pharmaciens titulaires du DES de pharmacie sera abordé dans la deuxième partie de cette thèse et répondra aux inquiétudes de la DGESIP.

c. De la contribution au projet de décret

A travers une contribution publiée en mai 2013 (72) (74), la Fédération représentative des internes en Pharmacie (FNSIP) a souhaité faire le point sur l'avancement du dossier, source d'attente et de reconnaissance pour l'ensemble des internes en pharmacie hospitalière d'hier et d'aujourd'hui. Cette contribution proposait des pistes de réflexion concrètes alors même que le vecteur réglementaire le plus adapté n'était pas encore défini (voie législative ou non). En parallèle de la qualification du DES de Pharmacie pour l'exercice en PUI, la FNSIP souhaitait accompagner cette évolution de mesures de bon sens. Parmi celles-ci :

- l'extension de la qualification aux personnels attachés, dans la logique de la protection des patients en tant que principe fondamental de la qualification des professions dans le domaine de la santé,
- la possibilité de remplacement en PUI pour les internes en pharmacie remplissant les conditions d'un certain niveau d'expérience (similaire aux internes des DES médicaux, chirurgicaux et de biologie médicale). Cette mesure permettrait d'une part aux internes de découvrir et d'appréhender l'environnement de la PUI en établissement privé trop souvent méconnu et d'autre part à ces dits-établissements de ne pas se retrouver en situation de difficulté à faire remplacer sur de courtes périodes le pharmacien gérant,
- la mise en place d'une passerelle à destination des pharmaciens non-titulaires du DES de Pharmacie et désireux d'exercer en PUI. Cette passerelle, sur le même modèle que l'internat, ne serait rendue accessible aux candidats qu'après 5 années d'exercice du métier de pharmacien dans un environnement extrahospitalier (afin d'éviter l'effet de contournement du concours de l'internat). Elle associerait formation pratique et théorique afin de conférer aux candidats le bagage nécessaire pour exercer l'art pharmaceutique en PUI dans un cadre de sécurité optimum pour le patient. La

contribution suggérait une durée minimale de 3 années de formation pour pouvoir prétendre à une qualification ordinaire par la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Cette qualification pourrait se rapprocher de ce qui existe en biologie médicale à savoir la mise en place d'une qualification ordinaire par la VAE. Il s'agirait alors de créer une fiche au sein du Répertoire Opérationnel des Métiers (ROME) dédiée uniquement à la pharmacie hospitalière, ce qui n'est pas le cas actuellement (75).

A l'automne 2013, la DGOS écarte finalement la possibilité d'inscrire la qualification du DES par voie législative. Elle propose une modification substantielle du CSP (Code de la Santé Publique) par voie décrétole afin de restreindre l'accès à l'exercice en PUI aux seuls titulaires du DES de Pharmacie ou équivalent (en référence aux DES existants avant qu'ils ne soient remplacés par l'actuel). Une réunion finale a eu lieu le 17 décembre 2013 en présence des principaux acteurs de la pharmacie hospitalière et des deux ministères de tutelles. Une fois le projet de texte écrit par la DGOS, une nouvelle vague de consultations a commencé. Là encore toutes les fédérations (FHP, FEHAP, FHF, UNICANCER), les syndicats représentatifs aussi bien officinaux, hospitaliers qu'industriels (FSPF, SYNPREFH, SNPH-PU, FNSPBHU, SNPGH, LEEM), l'Ordre des Pharmaciens, ainsi que les ministères (de la Défense, de l'Intérieur, de la Santé et de l'Enseignement Supérieur) ont reçu le texte final pour validation. Tous ont répondu à la consultation excepté la DGCS malgré l'intervention du cabinet de Mme la Ministre de la Santé, en la personne de Raymond LE MOIGN.

Le projet de décret, a été soumis au Conseil d'Etat le mardi 25 mars 2014. Début mai, celui-ci a fait l'objet d'un retrait alors qu'il était déjà en cours d'étude. En effet, celui-ci n'était pas conforme avec la réglementation concernant les pharmaciens étrangers ayant bénéficiés d'une PAE (Procédure d'autorisation d'Exercice) par le CNG. Le projet ne contenant pas de période dérogatoire pour ces pharmaciens, la DGOS a donc retravaillé le texte et soumis une saisine correctrice au Conseil d'Etat le 05 juin 2014 (Annexe 2). Quelques éléments de ce décret sont cependant déjà connus suite à des fuites dans la presse lors de la consultation du début 2014 (76)(77)(78) :

- il sera décrété une exclusivité d'exercice en PUI pour tous les titulaires du DES de Pharmacie et des anciens DES similaires (exemple : PHC et PIBM), cela intègre l'ensemble du DES actuel sans discrimination d'options de DES (PH-PR ou PIBM). En revanche, cela exclu les titulaires de l'ancien DES de Pharmacie Spécialisée et les actuels titulaires du DES d'Innovation Pharmaceutique et Recherche (IPR).
- il reconnaît cette exclusivité d'exercice pour les PUI de l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux, y compris pour les sapeurs-pompiers et les hôpitaux militaires à l'exception des pharmaciens non gérants,

- le décret reconnaissant le DES de Pharmacie comme une expérience, il sera rétroactif à l'ensemble des praticiens ayant exercés l'équivalent de deux années à temps plein en PUI avant le premier septembre 2016 sur justification d'inscription à la section H de l'Ordre des pharmaciens.
- la possibilité pour les internes de remplacer les pharmaciens, à l'exception du pharmacien gérant, au sein d'une PUI à condition d'avoir validé cinq semestres et les quatre domaines de la pharmacie hospitalière à savoir :
 - o Pharmacie clinique et dispensation
 - o Dispositifs médicaux et stérilisation
 - o Préparation et contrôle
 - o Et économie de la santé et vigilances.

Cette exclusivité d'exercice entrera en vigueur le 01 septembre 2014.

d. Conclusion et perspectives des évolutions à venir

Ce projet, qui retient depuis trente ans l'attention de nombreuses générations d'internes et de pharmaciens hospitaliers, pourrait arriver aujourd'hui à son terme. Malheureusement la reconnaissance n'est pas complète car tout le travail universitaire des internes (les 60 ECTS, le mémoire de DES, les publications, les posters) n'est pas pris en compte dans cette exclusivité d'exercice qui ne reconnaît que les 4 ans d'expériences à l'hôpital. Le travail se fera auprès du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche qui ne reconnaît qu'un seul diplôme en pharmacie, le Doctorat de Pharmacie et nullement le DES. Sans cette reconnaissance de diplôme il n'est pas possible de mettre en place d'éventuelles passerelles comme par exemple une VAE rendant le système très rigide. Tout comme une qualification ordinale n'est pas possible, en effet il faudra prouver une expérience significative en PUI, or la profession de pharmacien étant réglementée, pour justifier de cette expérience la personne en question se rendra coupable d'exercice illégale de la pharmacie hospitalière. Cette exclusivité d'exercice est donc « seulement » une étape vers la reconnaissance du DES de pharmacie et de la spécialisation en « pharmacie hospitalière » (79).

Partie II : la démographie des pharmaciens en établissement de santé

II. Démographie des pharmaciens en établissement de santé

1. Introduction

Comme nous l'avons vu en première partie de ce travail, le métier de pharmacien des établissements de santé est en pleine évolution et de plus en plus reconnu dans le système de santé français.

Il existe un seul diplôme de Docteur en Pharmacie, mais différentes filières (en contenu et en durée) pour exercer des fonctions hospitalières. Le métier de pharmacien hospitalier peut être exercé dans des structures différentes allant du planning familial, au CHU, en passant par un CLCC (Centre de Lutte Contre le Cancer) ou bien un hôpital d'instruction des armées. Ces pharmaciens peuvent être amenés à exercer leur métier simultanément dans différentes structures dont certaines ne sont pas des établissements de santé (par exemple un pharmacien gérant à mi-temps en EPHAD et à mi-temps adjoint en officine). Il a donc été nécessaire de distinguer d'une part les établissements publics pour lesquels nous avons beaucoup de données et d'autre part les établissements privés.

Pour faire le point sur la démographie des pharmaciens dans les établissements de santé et établir le taux de renouvellement, il est nécessaire de s'appuyer sur des chiffres consolidés afin de confronter les données démographiques des pharmaciens en activité avec les données des pharmaciens en formation, ceci permettant d'envisager quelles sont les perspectives de renouvellement des effectifs.

Tous les pharmaciens en activité dans un établissement de santé ont l'obligation d'être inscrits à la section H de l'Ordre (n.b. section G, pour les pharmaciens biologistes). Pour ne pas mettre un frein à cette dynamique de reconnaissance et ce besoin croissant en pharmaciens, il ne faudrait pas, d'une part que le nombre d'étudiants formés en France soit trop faible au risque de ne pas être en mesure de pourvoir tous les postes vacants ainsi que toutes les créations de postes, et d'autre part à l'inverse, que les débouchés dans les établissements de santé soient trop faibles pour le nombre d'étudiants formés sous peine de ne plus attirer les étudiants dans cette filière.

Aussi, la question principale est la suivante : qui sont actuellement les pharmaciens des établissements de santé et leur démographie ? Les autres questions sont relatives aux perspectives : quel est le taux de renouvellement du métier de pharmacien des établissements de santé ? Est-ce que le nombre d'étudiants formés est en adéquation avec les besoins grandissants en professionnels compétents ?

2. Matériel et méthode

Afin d'établir la démographie des pharmaciens des établissements de santé, nous avons recensé toutes les sources de données disponibles, telles que :

- le point sur la démographie au 1^{er} janvier de 2005 à 2014 effectué par l'Ordre tous les ans,
- le rapport d'activité annuel du CNG faisant le point sur la profession de Praticien Hospitalier,
- les listes des lauréats du concours d'internat et du concours CNPH
- les publications au Journal Officiel du nombre de places ouvert au concours d'internat et de PACES,
- les différents rapports et propositions de l'ONDPS sur les propositions de *Numerus Clausus*,
- et les données des ARS (Agence Régionale de Santé).

Pour compléter ces données, nous avons demandé à la conférence des Doyens de Pharmacie les chiffres sur le post-internat, en particulier le nombre d'AHU. Nous avons également fait appel à l'Ordre National des Pharmaciens pour connaître le nombre de pharmaciens, de 55 ans et plus, susceptibles de cesser leurs activités dans les dix prochaines années.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un bilan de la démographie des pharmaciens des établissements de santé afin d'établir un profil type du pharmacien hospitalier : secteur, quotité de travail (activité plein temps ou partielle), domaines d'activités, etc...

Par la suite, nous avons isolé les établissements de santé publics, sur lesquels les données sont plus complètes en raison du concours national de praticien hospitalier, sésame obligatoire pour la titularisation.

Puis nous avons recherché le nombre de futurs pharmaciens des établissements de santé en cours de formation (durant l'internat et lors de la mise en responsabilité en post-internat avant d'être titularisé). Nous avons choisi d'intégrer dans cette partie deux enquêtes cruciales de l'Ordre des pharmaciens et de la FNSIP-BM qui apportent des précisions sur l'avenir et le ressenti des étudiants et des nouveaux pharmaciens sur leurs perspectives.

En croisant les données sur le nombre de titulaires susceptibles de cesser leur activité et le nombre d'étudiants en formation, nous avons pu établir le taux de renouvellement de la profession.

Enfin, pour illustrer notre propos, nous avons pris l'exemple de la démographie de la région Midi-Pyrénées.

Toutes les données qui vont suivre sont donc issues de sources officielles, excepté celles émanant des enquêtes FNSIP-BM et de « l'Opération jeunes pharmaciens » qui sont basées sur des réponses à un questionnaire.

3. Résultats et commentaires

a. Pharmaciens inscrits à la section H de l'Ordre des Pharmaciens

Chaque année, l'Ordre des pharmaciens publie un document reprenant la démographie de l'ensemble des différentes sections au 1^{er} janvier (80)(81)(82)(83)(84)(85)(86)(58). Voici les résultats pour l'année 2014.

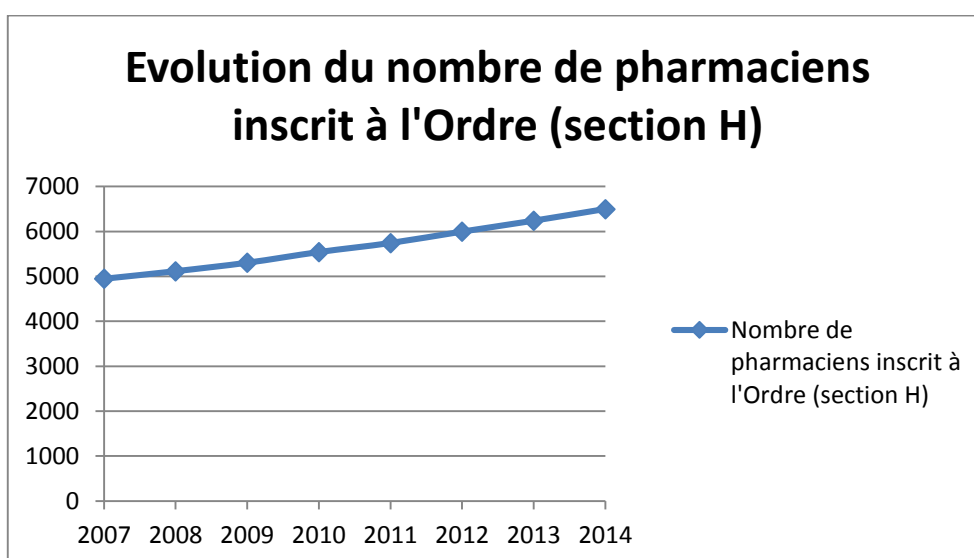


Figure 8 : Evolution du nombre de pharmaciens inscrits au tableau de la section H de l'ONDP depuis 2007

Nous pouvons observer une croissance continue du nombre de pharmaciens inscrits à la section H (Figure 8). Cette section est la plus dynamique de l'Ordre alors que le nombre de pharmaciens officinaux et biologistes diminue. Le nombre de nouveaux inscrits à la section H varie de 3 à 4 points chaque année. En 2014, la section H est avec la section D (des adjoints en officine), la section la plus féminisée avec 76% de femmes contre 67% en moyenne dans les autres sections.

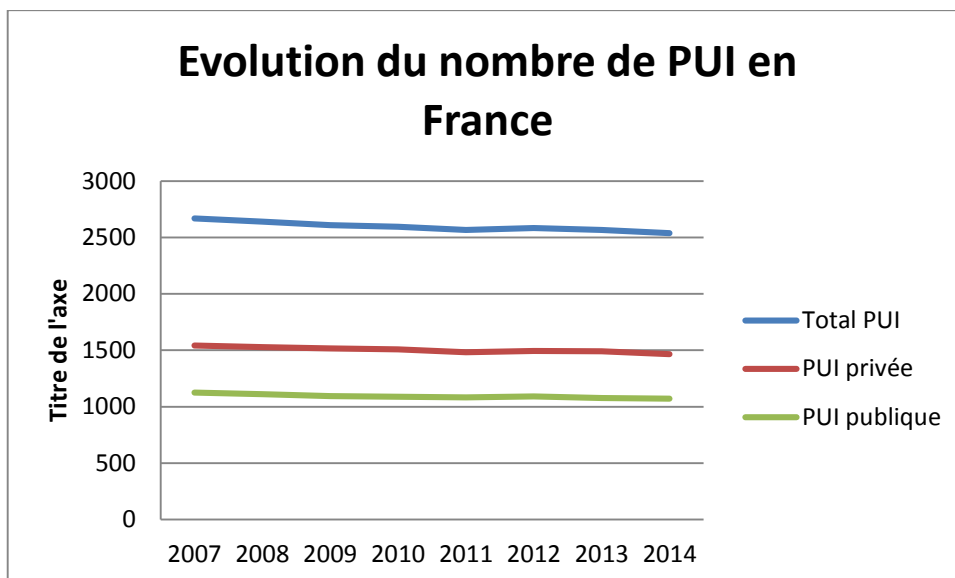


Figure 9 : Evolution du nombre de PUI en France depuis 2007 (source ONDP)

Dans le même temps, nous constatons que le nombre de PUI en France diminue aussi bien dans les établissements publics que dans les établissements privés (Figure 9). La répartition des pharmacies à usage intérieur assure une présence pharmaceutique moyenne de 4 PUI pour 100 000 habitants. Il existe toujours plus de PUI dans le privé que dans le public. En parallèle, nous observons une augmentation du nombre de GCS. Un GCS est un outil de coopération entre établissements de soin, on en distingue deux catégories (87) :

- Les GCS de moyen
- Les GCS érigés en établissements de santé.

En 2012, les GCS étaient au nombre de 23 (+3 par rapport à 2011), répartis sur 12 régions métropolitaines et employant 44 pharmaciens. En moyenne, on retrouve 2 pharmaciens par GCS par région. En 2013, ce chiffre a doublé pour atteindre 47 GCS répartis sur 18 régions et employant en moyenne 2.6 pharmaciens. La répartition des GCS est hétérogène : certaines régions n'en ont pas, d'autres très peu comme en Midi-Pyrénées où il n'existe qu'un seul GCS avec 2 pharmaciens, quand dans la région Pays de la Loire, 8 GCS et 32 pharmaciens. Ces différences peuvent être mises en corrélation avec des politiques régionales différentes selon les ARS.

Comment sont répartis les pharmaciens en fonction du type de PUI ?

Répartition par activité - Exercice en Pharmacie à Usage Intérieur					
	PUI 2012	Postes 2012	PUI 2013	Postes 2013	Évolution poste 2012-2013
Public	1076	3824	1072	3992	4,4 %
Privé	1490	2222	1466	2246	1,1 %
Total	2566	6046	2538	6238	3,2 %

Figure 10 : Répartition des pharmaciens par PUI et par secteur (source ONDP)

Malgré le plus faible nombre de PUI dans l'ensemble des établissements publics, celles-ci comptent en leur sein un plus grand nombre de pharmaciens (Figure 10). En moyenne, il y a 3,55 pharmaciens par PUI dans le public contre un 1,49 pharmacien par PUI dans le privé. Comme le nombre de nouveaux inscrits à la section H de l'Ordre, le nombre de pharmaciens dans les PUI augmente et cela plus rapidement dans le public que dans le privé.

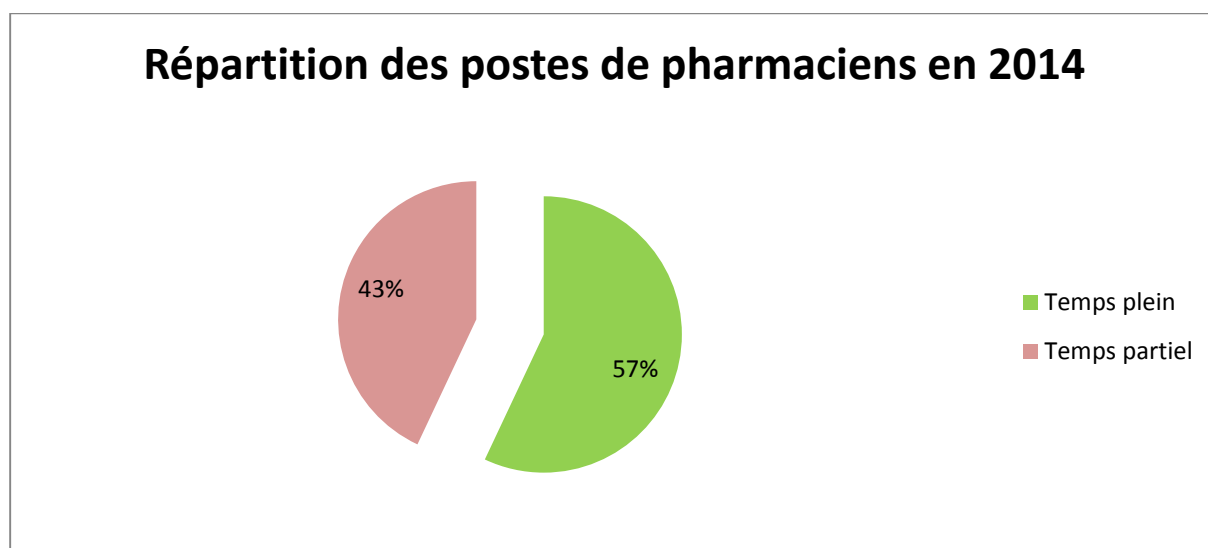


Figure 11 : Répartition des postes de pharmacien en 2013 en fonction du secteur (source ONDP)

Sur les plus de 6 000 pharmaciens inscrits à la section H, 3 sur 5 sont employés à temps plein (Figure 11).

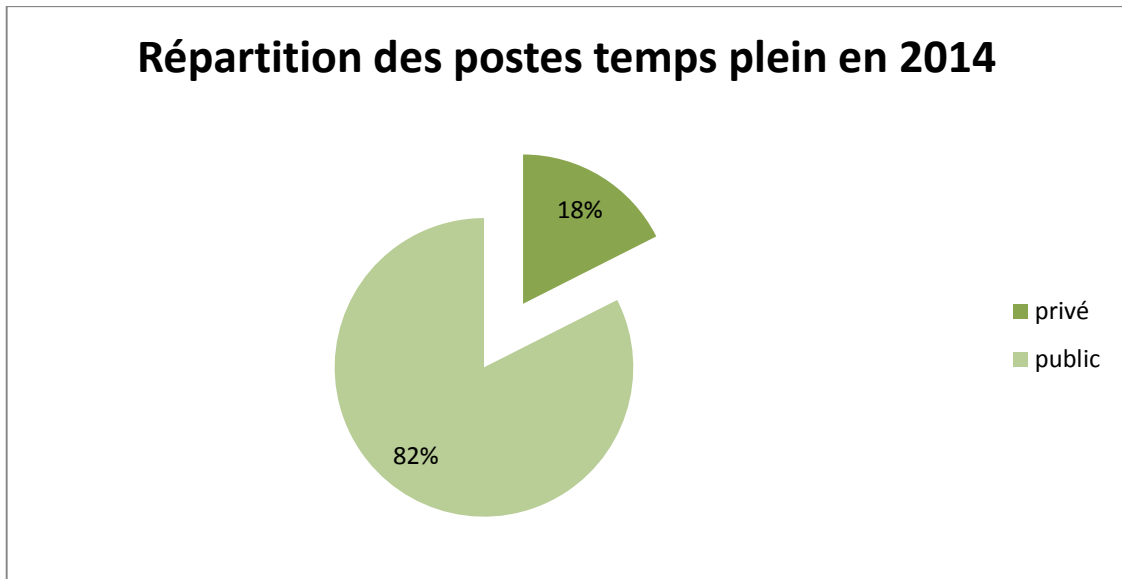


Figure 12 : Répartition des postes de pharmaciens à temps plein en 2013 (source ONDP)

Sur les 56% des pharmaciens à temps plein, 4 sur 5 exercent dans le public (Figure 12).

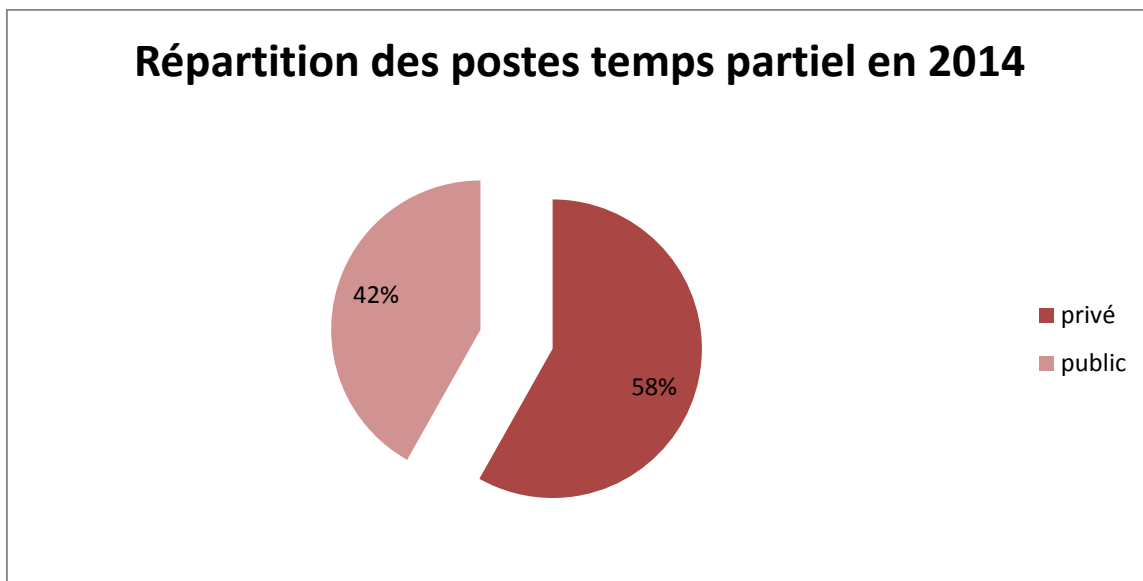


Figure 13 : Répartition des postes de pharmaciens à temps partiel en 2013 (source ONDP)

A contrario, sur les 43% des pharmaciens à temps partiel, un peu plus de la moitié exercent en privé (Figure 13).

Ces chiffres sont en adéquation avec l'image de la profession perçue par les internes selon la dernière enquête de l'Ordre. Ils souhaitent majoritairement travailler à temps plein et donc souhaitent s'orienter vers le public (statut de Praticien Hospitalier). Il existe toutefois une part non négligeable de pharmaciens travaillant à temps partiel dans le public.

Cette répartition est-elle stable et comment va-t-elle évoluer ?

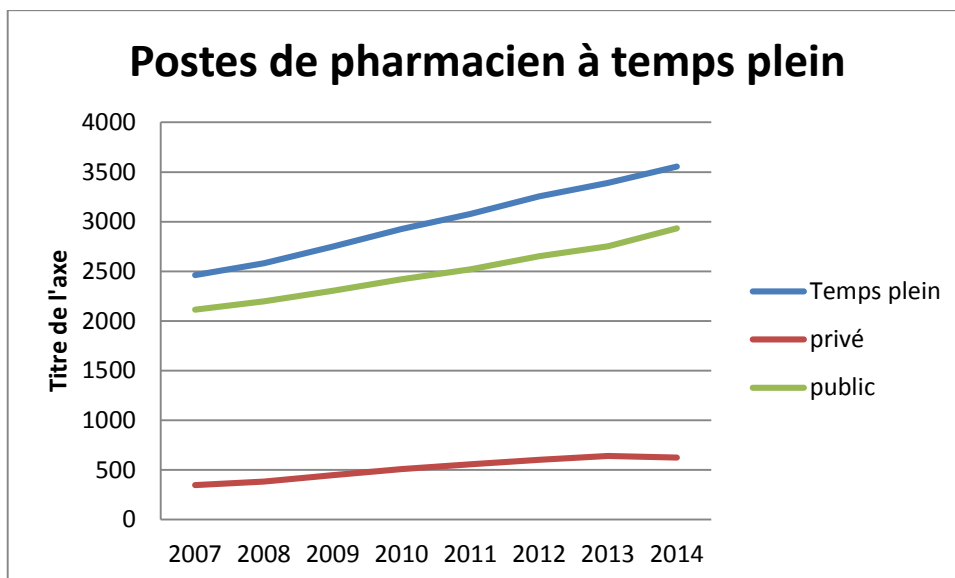


Figure 14 : Evolution du nombre de pharmaciens à temps plein (source ONDP)

Depuis maintenant plus de 6 ans, le nombre de postes à temps plein augmente conjointement dans le public et dans le privé, avec une croissance légèrement plus forte dans le secteur public (Figure 14). Cette année, nous observons une légère diminution du nombre de postes de pharmacien à temps plein dans le privé. Ce chiffre serait à mettre en corrélation avec les difficultés du secteur privé en 2013 où certains établissements ont converti des postes à temps plein en poste à temps partiel.

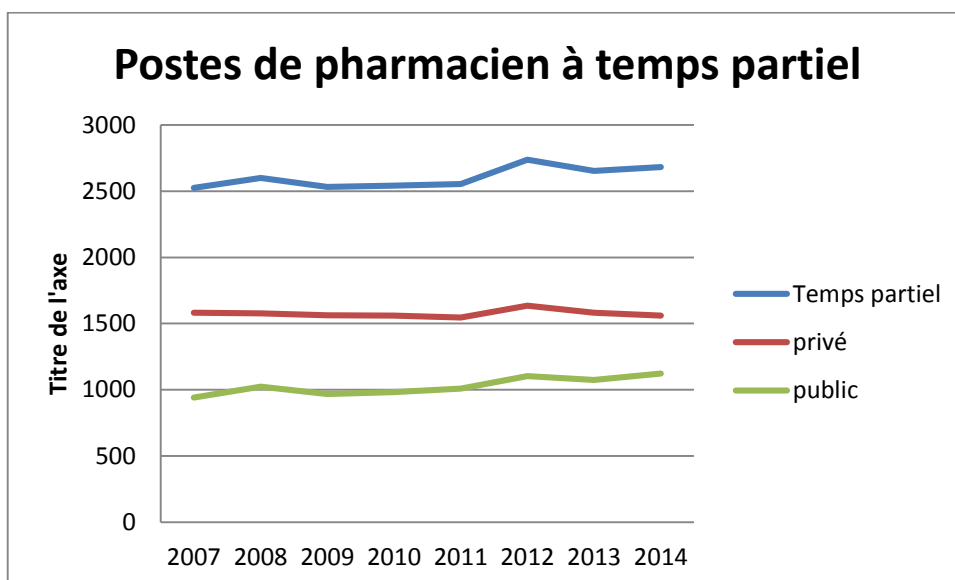


Figure 15 : Evolution du nombre de pharmaciens à temps partiel (source ONDP)

De même, pour les pharmaciens à temps partiels, la répartition privé/public reste constante dans le temps (Figure 15). En revanche, nous n'observons pas d'augmentation du nombre de postes mais plutôt une stagnation. On constate une légère augmentation du nombre de postes à temps partiels dans le privé, ce qui compense les postes à temps plein en diminution. Bien souvent dans le

secteur public, les postes à temps partiels sont mutualisés pour créer des postes à temps pleins, c'est généralement le cas lors de la création de GCS.

Il existe une palette de fonctions et de lieux d'exercice très différents pour les pharmaciens de la section H ; ils sont répertoriés dans la catégorie « autre » sur les documents de l'Ordre (Figure 16):

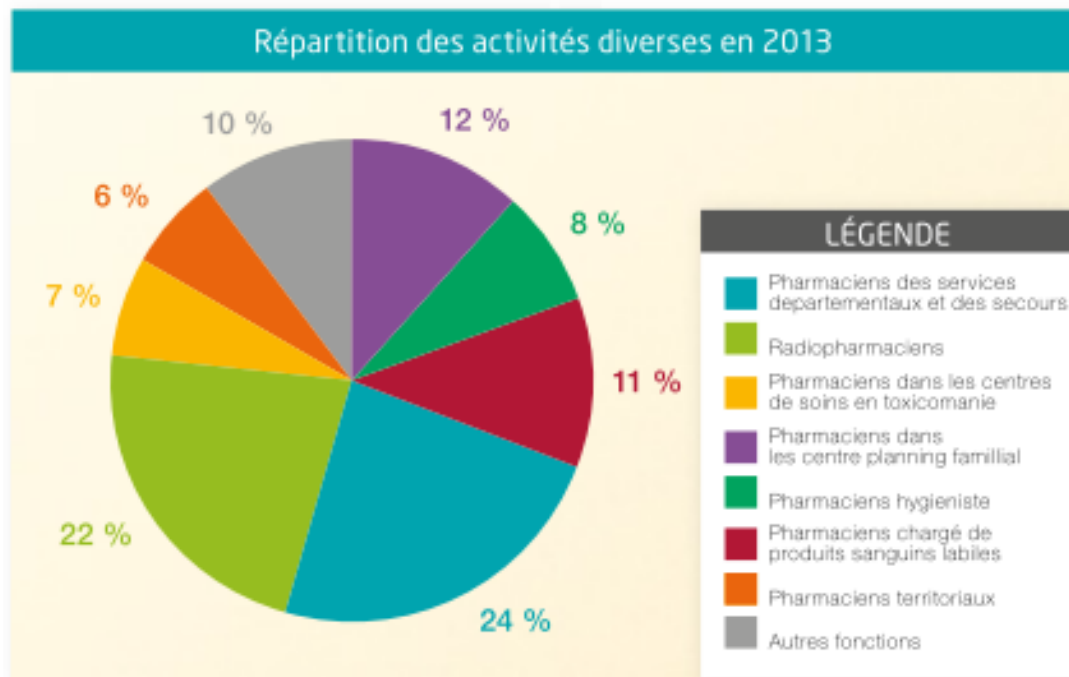


Figure 16 : Répartition des diverses activités de pharmacien hors PUI

Cette partie de la section H est très minoritaire, en effet les pharmaciens des SDIS qui représentent un quart des pharmaciens avec une activité diverse ne sont qu'une centaine en France. Les pharmaciens des établissements de santé sont donc présents majoritairement dans les PUI mais également dans les départements de médecine nucléaire, les plannings familiaux, les SDIS, etc...

Deux tiers des pharmaciens des établissements de santé sont employés dans le secteur public ; leur titularisation passe par le concours national de PH. Que peut nous apprendre ce concours sur la démographie des pharmaciens titulaires du secteur public ?

b. Les pharmaciens titulaires du secteur public et le Concours National PH (CNPH)

Chaque année, le CNG publie son rapport d'activité comprenant la démographie des Praticiens Hospitaliers dans les différentes spécialités ainsi que les résultats du CNPH(88)(89)(90)(91)(92)(93).

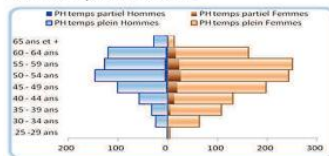
Voici les résultats au 1er janvier 2013 :

Pyramides des âges selon la discipline. *ICNG-SIGMED au 1er janvier 2013*

Sur l'ensemble des pyramides des âges, le rajeunissement du corps des praticiens hospitaliers observé en 2010 poursuit sa faible croissance jusque probablement aux premiers effets de l'évolution du *numerus clausus* qui a été porté à 7 400 et qui devrait s'amplifier dans la même période afin de faire face aux besoins de santé de la population et assurer le remplacement des praticiens hospitaliers partant à la retraite.

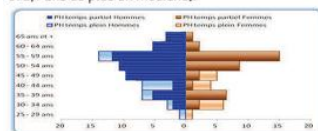
BIOLOGIE

Une discipline dont la féminisation se confirme . La part des femmes passe de 62,7% en 2012 à 65% en 2013 chez les PH temps plein, et de 73% en 2012 à 81,7% en 2013 chez les PH temps partiel
âge moyen = 51,5 ans et âge médian = 52,4 ans
 [soit 3 mois de moins qu'en 2012 en moyenne et 8 mois de plus en médiane].

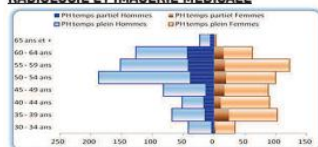


ODONTOLOGIE

Une discipline atypique, à dominante masculine (67% pour les PH temps plein et 57% chez les PH temps partiel), exercée en majorité par les PH temps partiel, et ce, malgré la diminution de leur poids qui passe de 53,6% de l'effectif en 2012 à 51,7%.
âge moyen = 49,7 ans et âge médian = 51,4 ans
 [soit 1,6 an de plus qu'en 2012 en moyenne et 2,1 ans de plus en médiane].

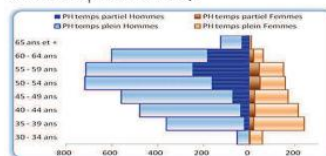


RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE



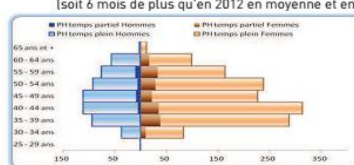
CHIRURGIE

Une discipline qui reste à dominante masculine, quel que soit le statut, malgré le recul de 1 point de la part des hommes qui passe de 78,3% en 2012 à 77,3% en 2013 pour les PH temps plein, et de 81,4% en 2012 à 80,6% en 2013 chez les PH temps partiel
âge moyen = 51,3 ans et âge médian = 52,4 ans
 [soit 3 mois de moins qu'en 2012 en moyenne et 7 mois de plus en médiane].



PHARMACIE

Une discipline à dominante féminine quel que soit le statut. Si la part des femmes (71%) est restée stable chez les PH temps plein, celle des PH temps partiel a augmenté de près de 7 points en passant de 76,3% en 2012 à 83,2% en 2013.
âge moyen = 47,1 ans et âge médian = 45,8 ans
 [soit 6 mois de plus qu'en 2012 en moyenne et en médiane]



RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

Discipline à dominante masculine malgré le recul du poids des hommes quel que soit le statut.

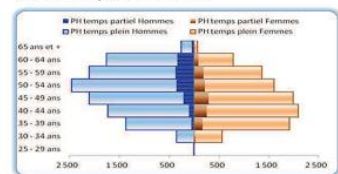
Pour les PH temps plein, la part des hommes passe de 56,6% en 2012 à 54,9% en 2013, et pour les PH temps partiel de 64,4% en 2012 à 63,4% en 2013.

âge moyen = 50,9 ans et âge médian = 51,6 ans

[soit 2 mois de moins qu'en 2012 en moyenne et 7 mois de plus en médiane].

MEDECINE

Une discipline à majorité masculine mais dont la part des hommes diminue légèrement en passant de 55,1% en 2012 à 53,9% [PH temps plein] et de 55,1% à 54,3% [PH temps partiel] en 2013.
âge moyen = 49,3 ans et âge médian = 49,3 ans
 [soit 2 mois de moins qu'en 2012 en moyenne et 3 mois de plus en médiane].



PSYCHIATRIE

Une discipline dont la féminisation progressive se confirme, avec une évolution singulière dans les tranches d'âges les plus jeunes quel que soit le statut. La part des PH temps plein passe de 52,3% en 2012 à 53,2% en 2013.
âge moyen = 51,0 ans et âge médian = 52,0 ans
 [soit 4 mois de moins qu'en 2012 en moyenne et 2 mois de plus en médiane].

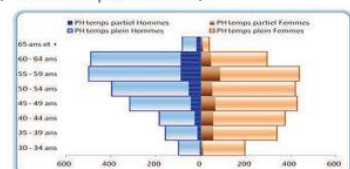
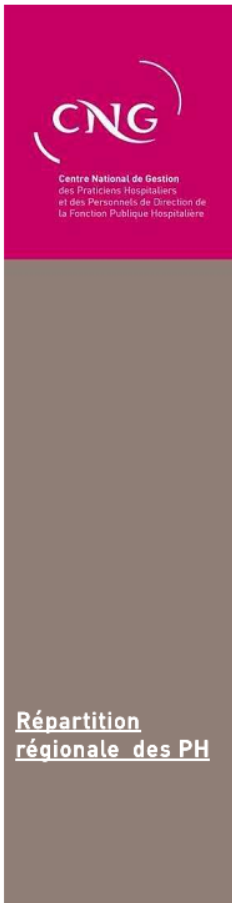


Figure 17 : Pyramides des âges des différentes disciplines de praticiens hospitaliers

Nous observons que seule la spécialité pharmacie possède une répartition des âges en forme de « pyramide » quand les autres spécialités ont une forme de « pyramide inversée » (Figure 17). Cette forme indique que la profession est très jeune et qu'il n'y aura pas d'effet « papy-boom » comme dans les autres professions. Il n'y aura donc pas de départ en retraite massif dans les années à venir. Cette tendance est confirmée par l'âge moyen des pharmaciens qui est de 47.1 ans et l'âge médian qui est de 45.8 ans, faisant de la pharmacie la profession « médicale » la plus jeune.

On peut expliquer cette exception par l'évolution récente du statut de PH pour les pharmaciens et une augmentation croissante des missions du pharmacien, impliquant un recrutement très important au début des années 2000.



REPARTITION REGIONALE DES EFFECTIFS REMUNERES AU 1ER JANVIER 2011

Région	PH temps plein	PH temps partiel	Total PH	Densité (p. 100 000 hb)
Alsace	58	3	61	3
Aquitaine	74	6	80	3
Auvergne	37	13	50	4
Basse-Normandie	52	2	54	4
Bourgogne	56	11	67	4
Bretagne	98	9	107	3
Centre	86	5	91	4
Champagne-Ardenne	47	4	51	4
Corse	6	1	7	2
Franche-Comté	38	5	43	4
Haute-Normandie	47	11	58	3
Ile de France	333	24	357	3
Languedoc-Roussillon	63	11	74	3
Limousin	31	5	36	5
Lorraine	86	11	97	4
Midi-Pyrénées	72	14	86	3
Nord-Pas-de-Calais	114	15	129	3
Pays-de-la-Loire	91	15	106	3
Picardie	59	4	63	3
Poitou-Charente	59	8	67	4
Provence-Alpes-Côte Azur	133	22	155	3
Rhône-Alpes	174	39	213	3
France Métropolitaine	1014	238	2052	3
Guadeloupe	11	0	11	3
Guyane	5	0	5	2
Martinique	18	1	19	2
Réunion	12	0	12	1
Saint-Pierre-et-Miquelon	1	0	1	0
France entière	1061	239	2100	3

Une Densité relativement homogène sur la France métropolitaine, qui varie de 2 PH (Corse) à 5 PH (Limousin) pour 100 000 habitants

Douze régions se situent au niveau de la densité moyenne de 3 PH pour 100000 habitants

Répartition régionale des PH

55

Figure 18 : Répartition régionale des effectifs de PH

Les PH ont une répartition très homogène sur tout le territoire, il n'existe pas de désert pharmaceutique (Figure 18). Les régions les moins peuplées sont paradoxalement les mieux dotées en PH/100 000 habitants. Cela peut s'expliquer par la présence de nombreux petits hôpitaux périphériques publics.

Mais existe-t-il des postes vacants ?

Au 1er janvier 2012, le taux de vacance des postes de PH à temps plein pour la pharmacie est de 9% (-1.5 points par rapport à 2011) quand il est de :

- 15,2% en biologie
- 23,8% en médecine
- 24,6% en chirurgie
- 25,8% en psychiatrie

Le CNG considère donc que tous les postes sont pourvus sur l'année. Cette valeur très basse s'explique par l'absence de secteur libéral permettant de réguler la profession et d'offrir une alternative au pharmacien sans poste de PH.

Pour obtenir le statut de PH, il faut satisfaire au concours national de PH. Voici les taux de réussites pour chaque spécialité en fonction du type I ou II.

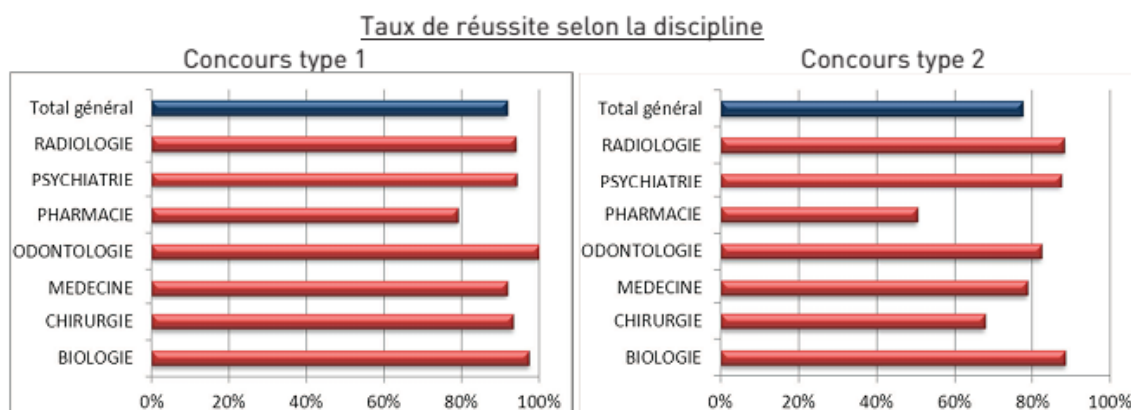


Figure 19 : Taux de réussite au CNPH en fonction de la discipline et du type de concours (Données 2012)

Nous observons que le taux de réussite au concours en pharmacie que ce soit au titre 1 ou au titre 2, est le plus faible des différentes spécialités (Figure 19). Ce taux est de 79% pour le titre 1 et de 50% pour le titre 2, alors qu'il est en moyenne de 92.5% pour le titre 1 et de 77.5% pour le titre 2 dans les autres spécialités. Malgré cette sélection drastique l'autorégulation ne fonctionne pas comme le montre l'évolution des entrées et des sorties au CNPH depuis 2001 :

Evolution des entrées et des sorties

Pharmaciens		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012
Entrées	Lauréats	35	70	68	89	90	105	120	118	109	127	149
	Congé de fin d'exercice	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sorties	Décès	0	1	1	2	2	0	3	4	0	0	0
	Démission en cours d'exercice	0	1	0	1	2	0	2	2	1	0	1
	Licenciement	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Mise à la retraite	10	12	4	7	8	12	20	17	18	28	26
	Radiation	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
	Total Sorties	12	14	5	10	12	12	27	23	20	28	27
Solde entrées - sorties		+23	+56	+63	+79	+78	+93	+93	+95	+89	+99	+122

Un renouvellement très soutenu avec un solde des entrées et des sorties en forte croissance depuis 2001

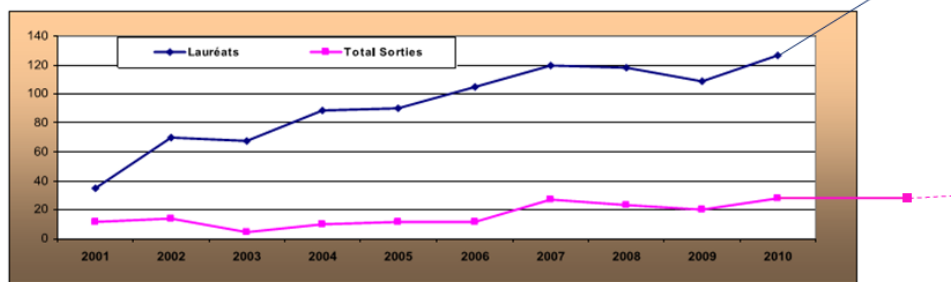


Figure 20 : Evolution des entrées et des sorties au CNPH

Le taux de départ en retraite est constant dans le temps avec une légère augmentation ces 5 dernières années pour atteindre 27 sorties en 2012. En revanche, le nombre de lauréats augmente bien plus rapidement pour devenir exponentiel ces dernières années. En 2012 ce différentiel était de 122 personnes entre le nombre de lauréats et les départs (Figure 20).

Ces 27 sorties, représentant 2.6% de la profession, sont à plus de 96% des départs en retraite. En 2012, seul 1 PH a démissionné sur les 27 sortants.

L'âge moyen des départs en retraite est de 64.5 ans.

Caractérisant la jeunesse de la profession en exercice, il existe un écart d'environ 20 années entre l'âge moyen des PH en activité et l'âge moyen des praticiens faisant valoir leurs droits à la retraite.

Qu'en est-il des créations de postes depuis 2003 ?

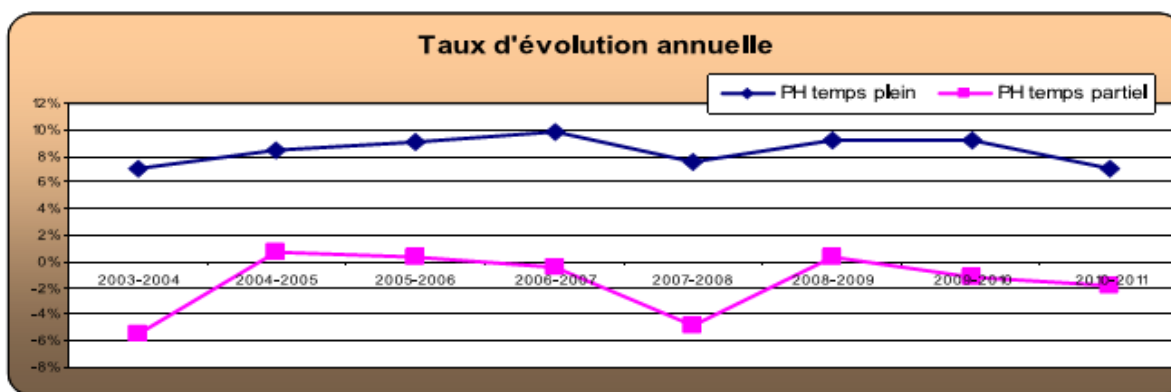


Figure 21 : Taux d'évolution annuelle du nombre de postes de Praticien Hospitalier (Données 2011)

Le taux d'évolution annuelle du nombre de postes est constant dans le temps. Il est positif pour les postes de PH à temps plein et négatif pour les postes de PH à temps partiel (Figure 21). On peut s'inquiéter de la légère décroissance des courbes depuis 2008-2009, indiquant que le nombre de création de postes est moins important que les autres années. Le suivi de ces chiffres permettra de voir si la dynamique de croissance n'est pas brisée.

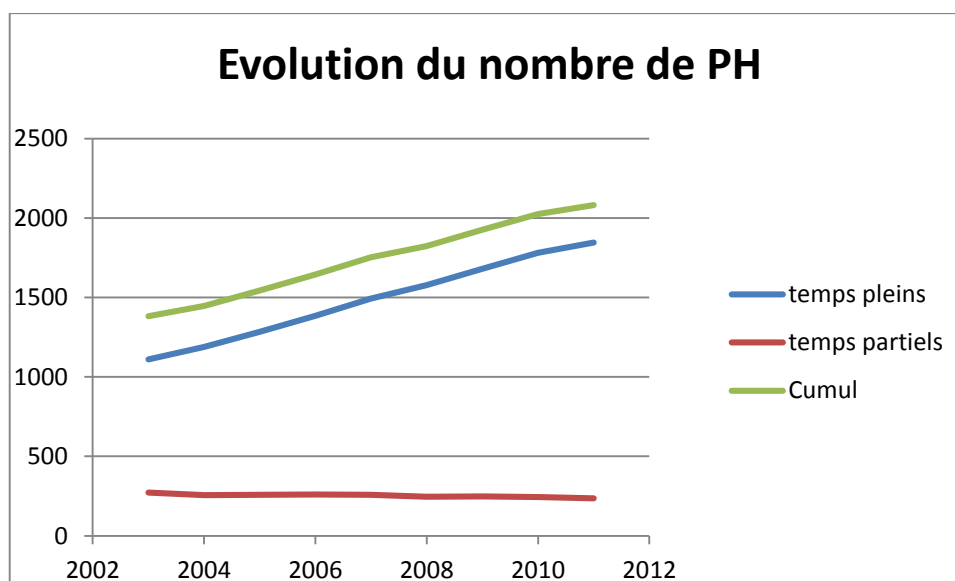


Figure 22 : Evolution du nombre de postes de Praticien Hospitalier sur la période 2003-2011 (source CNG)

Nous observons que sur 10 ans, le nombre de postes de PH est en perpétuelle augmentation passant de 1111 PH à temps plein en 2003 à 1846 en 2011 (Figure 22). Le nombre de PH à temps partiels, en revanche, recule.

Cependant, il est nécessaire de nuancer ces chiffres réconfortants et ce pour 3 raisons principales :

- Le taux d'évolution qui restait au-dessus de 6% annuellement depuis 10 ans est passé à 3.4% en 2012.
- Il y a moins de création de postes que cela ne laisse à penser, en effet un certain nombre de postes à temps partiels sont convertis en poste à temps plein.
- la profession est jeune ; lorsque celle-ci vieillit, la masse salariale augmente : les quelques départs des PH dernier échelon ne compensent pas la masse salariale des avancements dans la profession. En conséquence dans les années à venir, il ne pourra y avoir autant d'embauche qu'auparavant car il faudra payer les PH en poste, c'est le glissement vieillissement technicité, GVT.

Spécialité	Nb de lauréats encore inscrits sur la liste d'aptitude / année de concours											Publication 2011 Tour printemps et automne			
	2007 (1)		2008 (2)		2009 (3)		2010 (4)		Ensemble			Nb postes publiés/2 tours			Nb de lauréats /poste
	T. 1	T. 2	T. 1	T. 2	T. 1	T. 2	T. 1	T. 2	T. 1	T. 2	Tous	T1	T2	Les 2	
maladies infectieuses, maladies tropicales	2		3		8		15		28	0	28	19		19	1.5
médecine de la reproduction et gynécologie méd	1			1			5		6	1	7	1	3	4	1.8
médecine d'urgence	36	13	45	11	86	19	296	63	463	106	569	897	180	1077	0.5
médecine du travail	2		2		3	2	8	2	15	4	19	18	2	20	1.0
médecine générale	24	11	28	11	48	20	145	79	245	121	366	587	217	804	0.5
médecine interne	1	2	5	1	6	1	26	4	38	8	46	72	1	73	0.6
médecine légale					5		6	2	11	2	13	27	3	30	0.4
médecine physique et de réadaptation	1	1	4	3	2	1	19	7	26	12	38	83	16	99	0.4
Néphrologie	6	2	1	1	9	4	24	16	40	23	63	110	5	115	0.5
Neurologie	3	1	4	3	12	2	45	12	64	18	82	156	20	176	0.5
oncologie médicale	1			1	6	1	10	9	17	11	28	126	18	144	0.2
oncologie radiothérapique	1	1			2	3	9	7	12	11	23	51	3	54	0.4
Pédiatrie	24	11	28	8	50	28	146	43	248	90	338	404	84	488	0.7
pharmacologie clinique et toxicologie	6		7		7		9	2	29	2	31	4	3	7	4.4
Pneumologie	4	3	6	2	5	9	32	19	47	33	80	175	31	206	0.4
réanimation médicale	2		3	2	8	4	16	6	29	12	41	132	10	142	0.3
Rhumatologie	4	1		1	4	3	17	8	25	13	38	28	11	39	1.0
santé publique	3	1	5	1	7	2	20	11	35	15	50	88	24	112	0.4
pharmacie	42	25	41	31	65	28	111	47	259	131	390	135	66	201	1.9
pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	42	25	41	31	65	28	111	47	259	131	390	135	66	201	1.9
Psychiatrie	29	27	21	11	62	35	179	169	291	242	533	1239	289	1528	0.3
psychiatrie polyvalente	29	27	21	11	62	35	179	169	291	242	533	1239	289	1528	0.3
Radiologie-imagerie médicale	19	12	13	2	25	25	102	56	159	95	254	708	179	887	0.3
médecine nucléaire	1	2	1		2	2	11	3	15	7	22	15	6	21	1.0
Radiologie-imagerie médicale	18	10	12	2	23	23	91	53	144	88	232	693	173	866	0.3
Toutes disciplines	355	194	355	146	724	334	2050	975	3484	1649	5133	8626	1793	10419	0.5

Figure 23 : Nombre de lauréats versus nombre de postes de PH (source CNG)

Il y a en moyenne 2 candidats pour un poste PH en pharmacie malgré les départs dans la profession et les créations de postes (Figure 23). Cette moyenne est la plus élevée de toutes les spécialités du concours PH avec la spécialité Pharmacologie clinique et toxicologie convoitée là encore par certains pharmaciens souhaitant exercer en CRPV (Centre Régional de Pharmacovigilance) par exemple.

Les perspectives de titularisation dans la fonction publique hospitalière n'étant pas encourageantes, quelle est la démographie des pharmaciens préparant ce concours et leur ressenti ?

c. Le post-internat

D'après l'Ordre, il y avait en 2013, 610 assistants tous statuts confondus (assistant spécialiste, praticien attaché, assistant partagé) contre 575 en 2012.

Il y avait également, d'après la Conférence des Doyens de Pharmacie en 2013, 63 AHU en UFR de pharmacie contre 57 en 2012.

Ces chiffres officiels indiquent qu'il existe une augmentation du nombre de pharmaciens en post-internat à l'instar de ce qui se passe en médecine avec le clinicat.

Il est donc très difficile avec ces quelques chiffres de se faire une idée des débouchés pour les internes sortants de l'internat.

Devant cette absence de données fournies par l'Ordre et les syndicats seniors, nous avons souhaité identifier, grâce au réseau de la FNSIP-BM, le devenir des internes en fin de cursus. Une enquête, auprès des promotions d'internes « sortants », a été réalisée à deux reprises au cours de ces deux dernières années.

Cette enquête a été envoyée aux anciens internes début novembre et était accessible par internet pendant plus d'un mois. Sur la base du volontariat, les anciens internes ont indiqué leur situation d'activité professionnelle. En fonction de cette réponse, le questionnaire était divisé en deux parties :

- si la réponse est OUI, il est demandé à l'ancien interne :
 - dans quelle structure a-t-il trouvé un emploi,
 - son statut,
 - si cela correspondait à ses souhaits,
 - s'il avait déjà effectué un stage dans cette structure
 - et enfin si, à plus ou moins long terme, il y a un projet de titularisation ?
- Si la réponse est NON, nous lui demandons :
 - où a-t-il postulé,
 - et pourquoi il n'a pas trouvé d'emploi en fonction des propositions qui lui étaient faites ?

Résultats des enquêtes FNSIP

En 2012, sur les 151 internes sortants, nous avons eu 86 réponses soit un taux de réponse de 57%. Sur ces 86 réponses, 78 anciens internes avaient un emploi et 8 n'avaient pas d'emploi soit 9.3%.

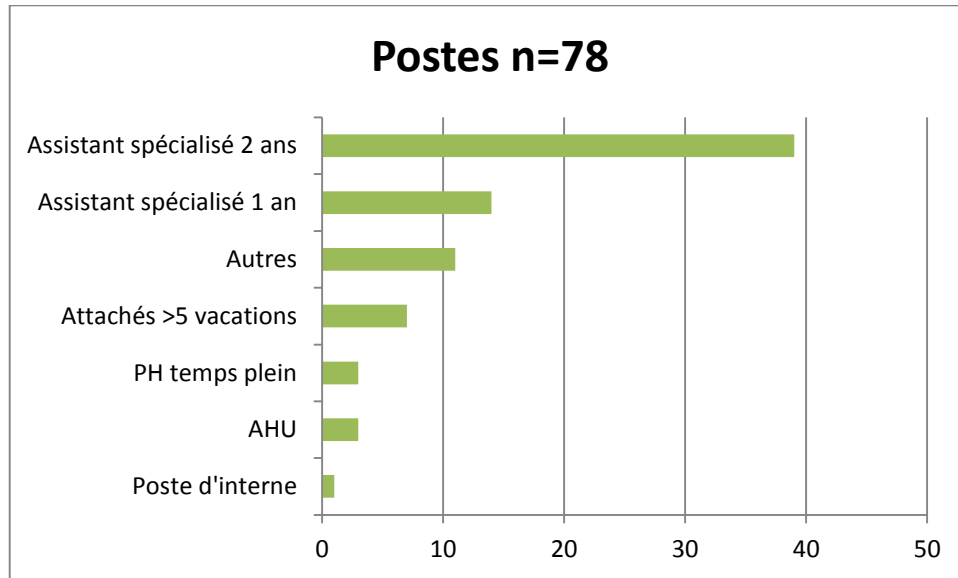


Figure 24 : Post-internat des anciens internes en novembre 2012

On observe que la moitié des internes sortants ont un poste d'assistant spécialisé pour 2 ans, vient ensuite les postes d'assistants spécialisés d'une durée de 1 an (sans prime d'engagement) (Figure 24). Un peu plus de 10 anciens internes ne font pas de pharmacie hospitalière (industrie, officine, agences,...). Sur les 78 internes sortants seuls 3 ont un poste de titulaire et pérenne directement à la sortie. Certains internes ayant fini l'internat repartent sur des postes précaires d'internes (FFI vraisemblablement).

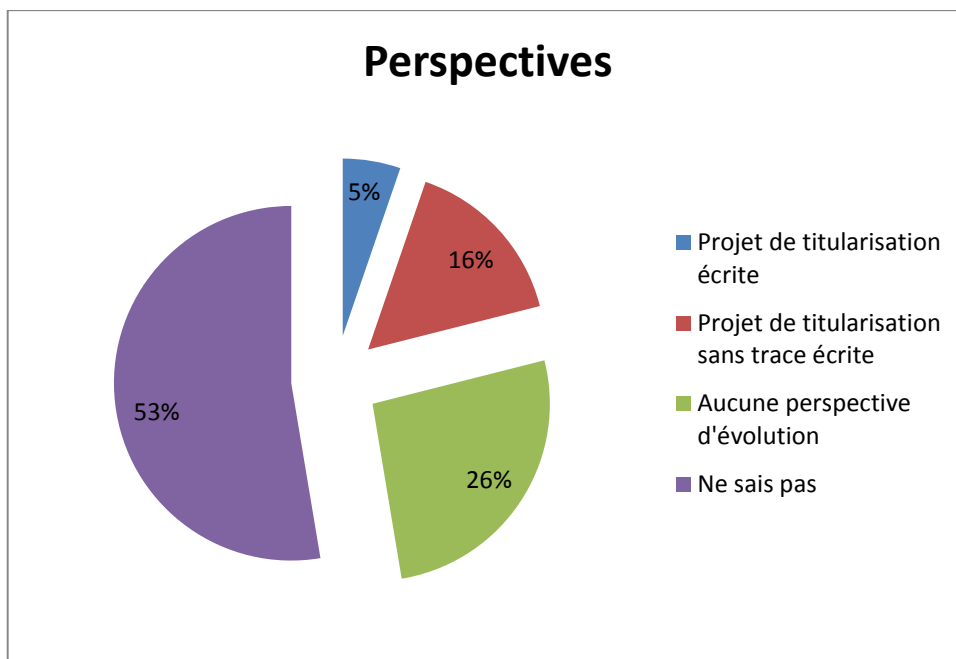


Figure 25 : Perspectives de titularisation des anciens internes en novembre 2012

En ce qui concerne les perspectives de titularisation, seul 1 ancien interne sur 20 ayant décroché un emploi, a une promesse de titularisation écrite et 16% une promesse orale. Les 4/5^{ème} restants n'ont pas de perspectives d'avenir dans leur poste actuel (Figure 25).

En 2013, sur les 306 internes sortants, nous avons 121 réponses, soit un taux de réponse de 39.5%. Sur ces 121 réponses, 109 avaient un emploi et 12 anciens internes n'avaient pas d'emploi soit 10%.

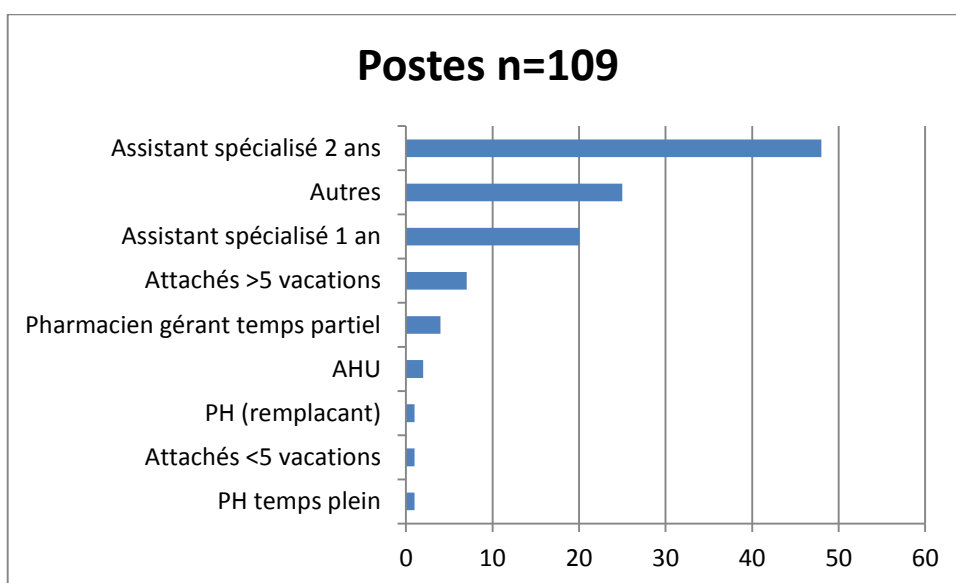


Figure 26 : Post-internat des anciens internes en novembre 2013

Les chiffres 2013 sont quasiment identiques à ceux de 2012 avec une grande majorité de postes d'assistants spécialisés de 2 ans (Figure 26). En revanche, près d'un quart des sondés ne font pas de pharmacie hospitalière à l'issue de leur internat. Là encore, seulement 6 internes sur 109 ont un poste de titulaire (pharmacien gérant ou praticien hospitalier contractuel en attendant de passer le concours PH).

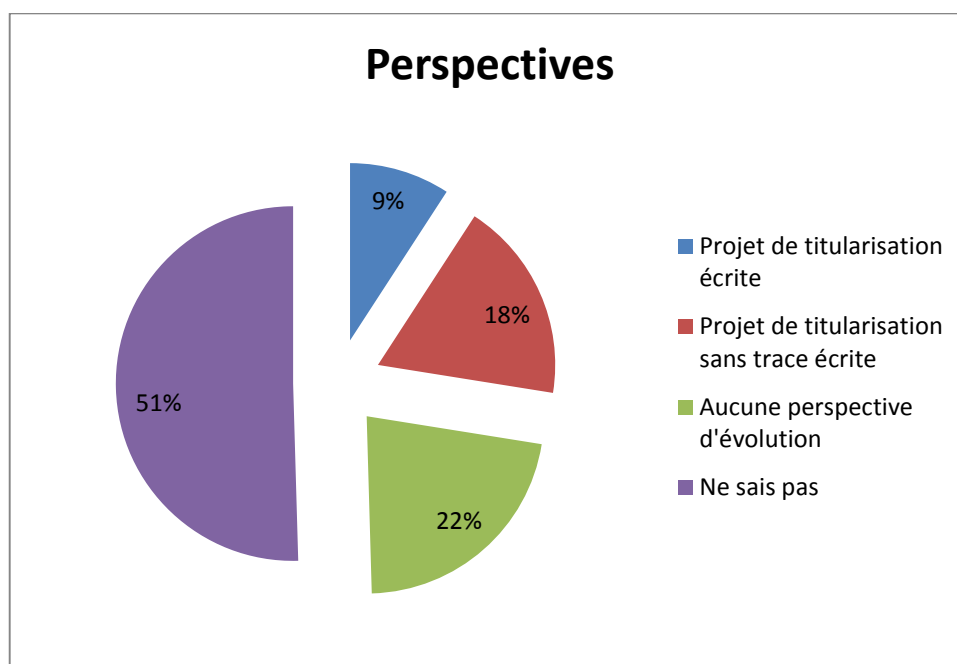


Figure 27 : Perspectives de titularisation des anciens internes en novembre 2013

En 2013, les projets de titularisation écrite et orale sont plus nombreux que l'année précédente (Figure 27). Il est à noter cependant que ces promesses, même écrites, n'ont aucune valeur.

Pour rappel, en cas de période sans emploi, il n'existe aucune allocation ni prise en charge à la fin de l'internat. En effet un interne ne peut pas bénéficier d'une allocation chômage car selon le statut de l'interne, il n'a jamais travaillé ni reçu de salaire, c'est un agent public, praticien en formation spécialisée, touchant des émoluments. De plus la quasi-intégralité des internes sortants ont plus de 25 ans et ne peuvent bénéficier du Revenu de Solidarité Active – RSA. Pour constituer un dossier il faut fournir les justificatifs de ressources des 3 derniers mois ; L'interne en 4^{ème} année touchant près de 2 000€ mensuels, il ne peut donc pas bénéficier du RSA.

Pour établir un taux de renouvellement, il faut connaître le nombre d'étudiants prochainement formés, voici la démographie des internes et leur perception de la profession de pharmacien des établissements de santé.

d. Les internes

Depuis le début des années 2000, le NC des internes en pharmacie est en forte augmentation (Figure 28). Il a atteint son niveau maximum en 2010 et 2011 avec 320 places ouvertes au concours d'internat pour le DES de Pharmacie. Depuis deux ans, il tend à se stabiliser autour de 295 places par an(94)(95)(96)(97)(98)(99)(100)(101)(102)(103)(104)(105)(106)(107).

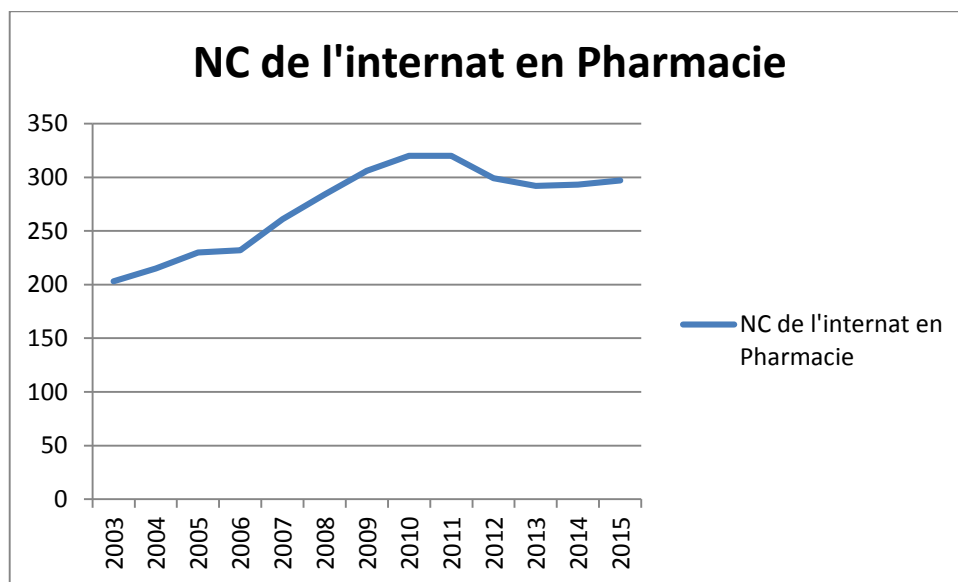


Figure 28 : Evolution du *Numerus Clausus* de l'Internat en Pharmacie depuis 2003

En corrélation avec ce NC, nous observons une augmentation continue du nombre d'internes en cours d'internat (Figure 29). En effet, les promotions d'internes rentrant en formation sont toujours plus grandes que celles qui sortent. Il n'y a jamais eu autant d'internes en pharmacie formés qu'en 2013 avec 1245 internes en cours d'internat. Ce chiffre devrait diminuer légèrement dans les 4 prochaines années et se stabiliser autour de 1200 internes en cours d'internat si le NC reste constant.

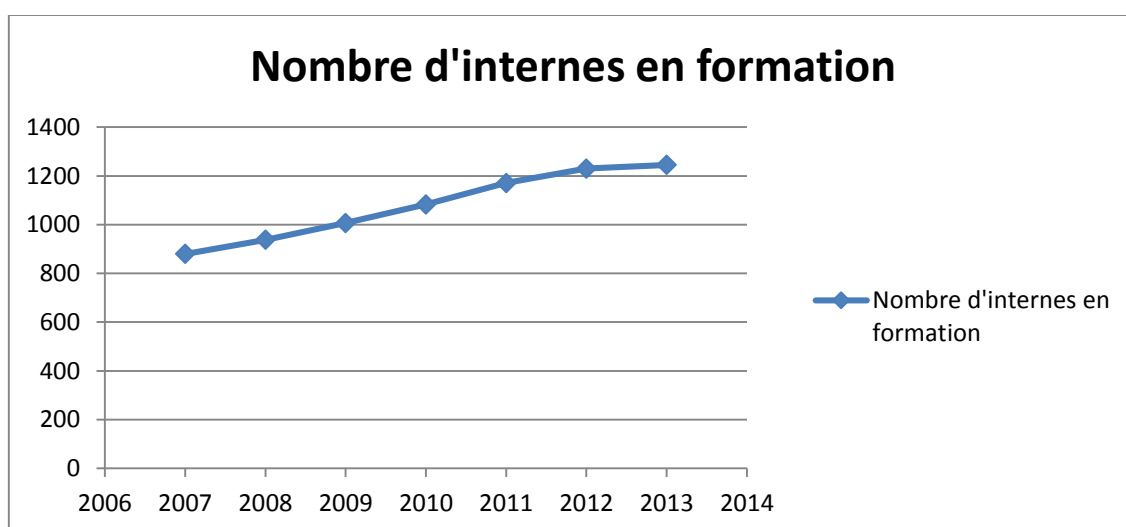


Figure 29 : Nombre d'internes en formation chaque année en fonction de la réussite au concours de l'internat

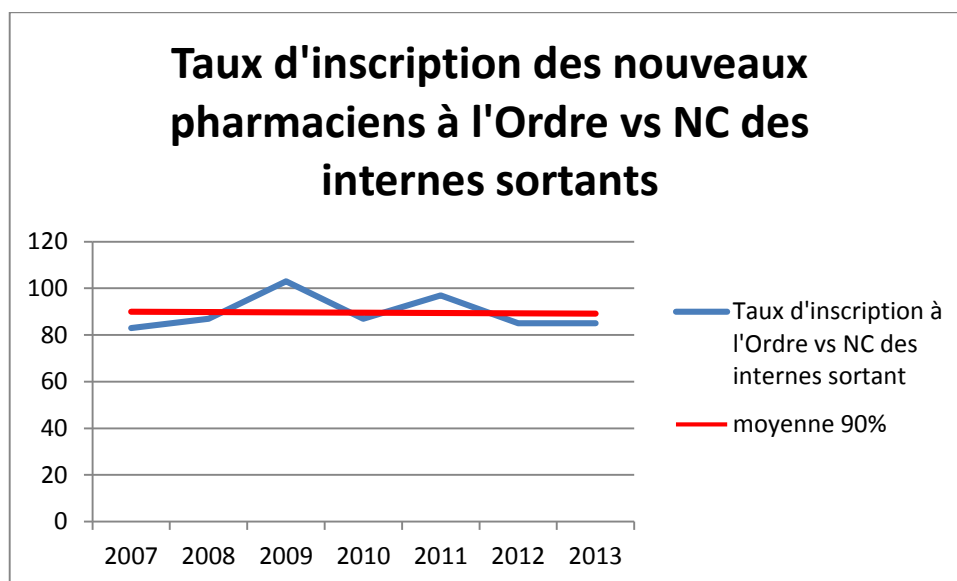


Figure 30 : Taux d'inscription à la section H de l'ONDP versus le Numerus Clausus des reçus à l'internat 4 ans plus tôt

L'Ordre fournit chaque année le nombre de nouveaux inscrits à la section H. En comparant ce chiffre au nombre d'internes finissant leur internat, on obtient une moyenne de 90% des internes sortants s'inscrivant à la section H de l'Ordre. Ce chiffre varie peu d'une année à une autre (Figure 30). Nous savons que pour s'inscrire à la section H, il faut un contrat dans un établissement de santé ; il y a donc une majorité d'interne sortant qui s'inscrivent à l'Ordre mais pas la totalité. De plus, nous pouvons constater l'inscription de pharmaciens n'ayant pas fait l'internat par le chiffre de 2009 (cette année-là, il y a eu plus d'inscrits à la section H que d'internes sortants).

L'Ordre a émis l'idée, en juillet 2013, de réaliser un sondage auprès des jeunes pharmaciens de moins de 35 ans et les étudiants pour connaître leurs aspirations et l'image qu'ils se font de la profession. Ce sondage a pour but d'établir des recommandations pour la feuille de route de l'Ordre des Pharmaciens pendant les 5 prochaines années.

Nous avons donc élaboré le questionnaire de 72 questions conjointement avec l'Ordre. Ce questionnaire a été soumis à tous les internes durant le mois de janvier 2014. Plus de la moitié des internes français a répondu à ce questionnaire à savoir 920, regroupant les 3 DES (Biologie, IPR, Pharmacie).

Voici, par exemple, les réponses à 3 questions majeures concernant l'état d'esprit des internes et leur vision pour le futur.

Une des questions (la question 54) était la suivante : une fois votre diplôme obtenu, dans quelle structure voulez-vous exercer ?

Choix de la structure idéale

	Officine	Industrie	Internat	Total
Publique	28%	6%	71%	56%
Privé	69%	20%	24%	33%
Etablissement industriel	1%	73%	4%	9%
NSP	2%	1%	1%	2%

Figure 31 : Réponse à la question 54 de l'Opération jeunes pharmaciens de l'Ordre des Pharmaciens

Quasiment $\frac{3}{4}$ des internes, pharmacie et biologie confondues, souhaitent exercer dans le public et par voie de fait devenir praticien hospitalier (PH). Seul un quart souhaite travailler dans le privé et un très faible pourcentage en industrie. Nous sommes loin des statistiques retenues par l'ONDPS pour établir le NC qui table sur 20% des internes souhaitant aller en industrie. Fait intéressant, près d'un quart des étudiants de 6^{ème} année en filière officine souhaitent travailler dans une structure publique. Ces étudiants souhaitent donc travailler par conséquent à l'hôpital sans obligatoirement passer l'internat (Figure 31).

A la question 69 : « êtes-vous fiers d'être pharmacien ? » la réponse des internes est plus nuancée que les autres filières (Figure 32):

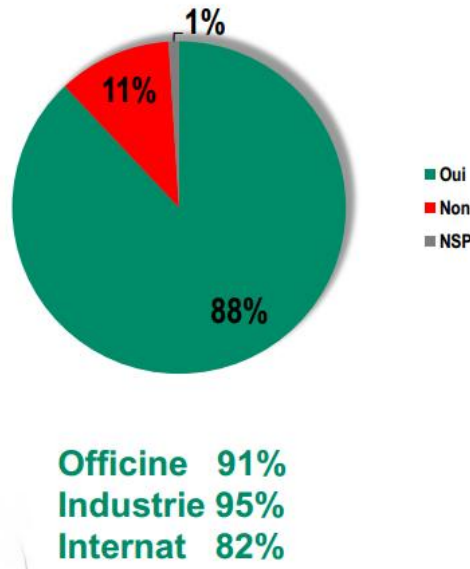


Figure 32 : Réponse à la question 69 de l'Opération jeunes pharmaciens de l'Ordre des Pharmaciens

Enfin, nous avons profité de ce questionnaire pour évaluer le ressenti des internes sur le niveau du NC. Voici donc les résultats des 920 internes ayant répondu à la question suivante, « le *numerus clausus* au concours de l'internat en pharmacie est actuellement de 142 places en DES de biologie médicale, 292 places en DES de pharmacie et 46 en DES innovation pharmaceutique et recherche, pensez-vous que ces derniers sont... » (Figure 33):

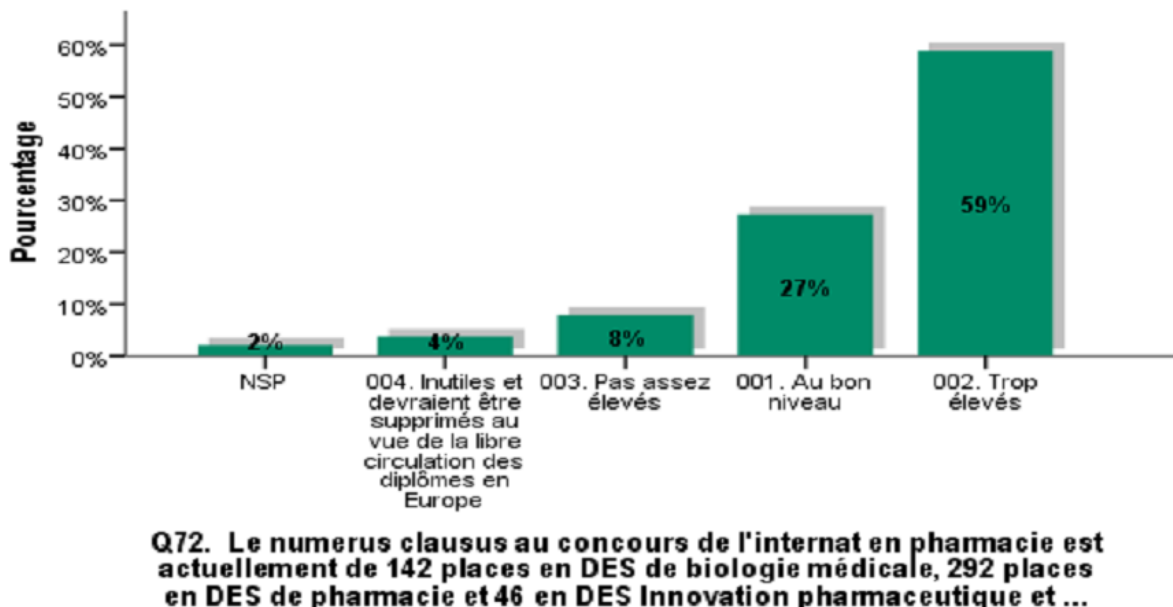


Figure 33 : Réponse à la question 72 de l'Opération jeunes pharmaciens de l'Ordre des Pharmaciens

Près de 60% des internes sondés pensent que le NC est trop élevé. Il faut noter que les réponses regroupent les internes des 3 différents DES (Biologie, IPR, Pharmacie) et qu'une grande majorité des internes en biologie ont répondu « au bon niveau » et « pas assez élevés ». C'est

révélateur de l'état d'inquiétude des internes du DES de Pharmacie sur leurs débouchés à la fin de l'internat et cela avant même la diffusion des chiffres qui vont suivre auprès des doyens, des coordonnateurs et du ministère de la Santé.

Quelles sont les perspectives pour tous ces internes et ont-ils raison d'être pessimistes sur leur avenir malgré les évolutions prochaines et la reconnaissance du métier de pharmacien des établissements de santé ?

e. Calcul du taux de renouvellement

Pour établir un taux de renouvellement, il est nécessaire de se baser à la fois sur le nombre d'étudiants en formation (cf. paragraphes précédents) et sur le nombre de départs en retraite dans la profession.

Voici la pyramide des âges des pharmaciens inscrits à la section H de l'Ordre des Pharmaciens (Figure 34).

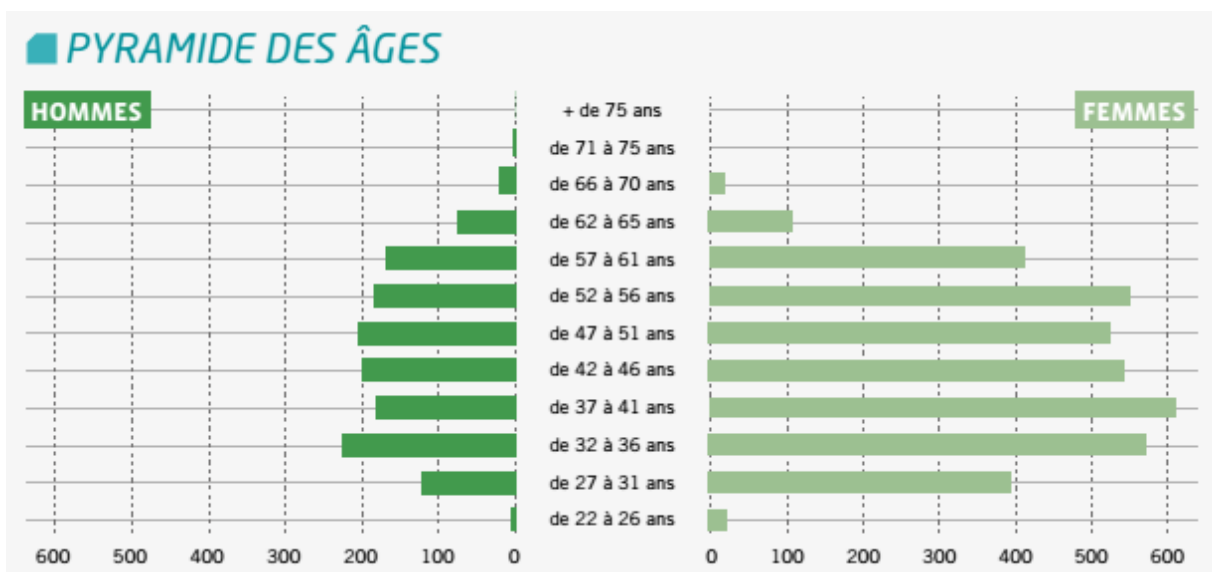


Figure 34 : Pyramide des âges de la section H de l'ONDP en 2013

Cette pyramide est semblable à la pyramide des Praticiens Hospitaliers du secteur public. Là encore il est clair qu'il n'y aura pas de départ massif en retraite, « papy-boom », au cours des dix prochaines années. La tranche de population majoritaire est comprise entre 32 et 41 ans. La moyenne d'âge de la section H est de 44.8 ans en 2013, une des sections les plus jeunes de l'Ordre. Comme le montre la pyramide, la profession est très féminisée 3 pharmaciens des établissements sur 4 sont des femmes.

Nous remarquons qu'il existe des pharmaciens inscrits âgés de 22 à 26 ans. Sachant qu'un étudiant ayant fait l'internat est diplômé à plus de 26 ans (9 ans d'études après le baccalauréat), l'internat n'est donc pas la seule porte d'entrée pour exercer le métier de pharmacien des établissements de santé.

Chiffre intéressant pour la démographie et les départs en retraite, il existe des pharmaciens exerçant à plus de 75 ans.

La pyramide des âges fournie par l'Ordre n'est pas assez précise pour établir le nombre exact de pharmaciens ayant 55 ans et plus. J'ai donc demandé à l'Ordre des Pharmaciens de me fournir des données démographiques des pharmaciens inscrits à la section H ayant 55 ans et plus.

FONCTION	Total
ASSISTANT GENERALISTE (ETS PUBLIC)	1
GERANT CENTRE HOSPITALIER PUBLIC	3
GERANT HOPITAL LOCAL (PUBLIC)	5
GERANT PROV. CENTRE HOSPITALIER	1
PHARMACIEN	13
PHARMACIEN ADJOINT ES PRIVÉ T.PARTI	90
PHARMACIEN ADJOINT ES PRIVÉ T.PLEIN	20
PHARMACIEN CONTRACTUEL T.PARTIEL	72
PHARMACIEN CSAPA	4
PHARMACIEN DE PLANNING FAMILIAL	8
PHARMACIEN ET. TRANS. SANG.	1
PHARMACIEN GÉRANT ES PRIVÉ T.PARTI	285
PHARMACIEN GÉRANT ES PRIVÉ T.PLEIN	128
PHARMACIEN GÉRANT PUI RESP. DE PÔLE	4
PHARMACIEN GÉRANT PUI RESP. STRU IN	7
PHARMACIEN HYGIENISTE	3
PHARMACIEN PRATICIEN CHEF DE SCE.	176
PHARMACIEN PRATICIEN CONTRACTUEL	21
PHARMACIEN RECHERCHE CLINIQUE	1
PHARMACIEN RESP. DEPOT DE SANG	1
PHARMACIEN SAPEUR-POMPIER	1
PHARMACIEN SAPEUR-POMPIER GERANT	13
PHARMACIEN SP ADJOINT PROFESSIONNEL	1
PHARMACIEN SP ADJOINT VOLONTAIRE	17
PHARMACIEN TERRITORIAL	2
PHARMACIEN TERRITORIAL PROVISOIRE	5
PHARMACIEN-PRATICIEN HOSPITALIER	231
PRATICIEN ADJOINT CONTRACTUEL	1
PRATICIEN ATTACHE	89
PRATICIEN DES HOPITAUX TEMPS PART.	63
PRATICIEN HOPIT.CHEF SERV.T.PART.	2
PROFESSEUR-PRATICIEN HOSPITALIER	10
RADIO PHARMACIEN	12
Total général	1291

Figure 35 : Tableau des différents statuts des pharmaciens âgés de 55 ans et plus inscrits à la section H de l'Ordre

Nous remarquons qu'il existe un très grand nombre de statuts différents pour le métier de pharmacien des établissements de santé (Figure 35). Il y a donc en France, 1291 pharmaciens inscrits à la section H de l'Ordre qui ont 55 ans et plus. Les statuts prépondérants sont les pharmaciens gérants à temps partiel dans le privé, les PH à temps plein et les PH chef de service. A noter que certains pharmaciens de plus de 55 ans ont des statuts dits « précaires », comme par exemple le poste d'assistant généraliste.

D'ici 10 ans, il y aura donc **1291 départs en retraite.**

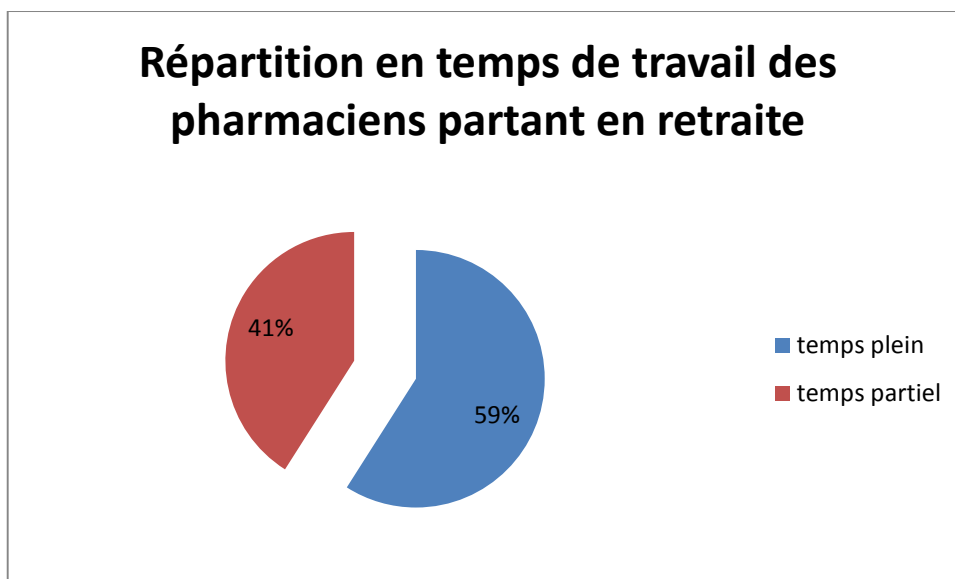


Figure 36 : Répartition en quotité de travail des pharmaciens de plus de 55 ans de la section H

La répartition temps plein/temps partiel des départs en retraite est là encore similaire à la répartition de la profession dans son ensemble (Figure 36). Nous pouvons donc estimer à 800 le nombre de postes à temps pleins libérés par les pharmaciens partant à la retraite qui seront proposés dans les 10 prochaines années aux nouveaux diplômés.

En 10 ans, combien d'internes seront formés au métier de pharmacien des établissements de santé ?

Nous avons vu précédemment que le NC du DES de Pharmacie se stabilise autour de 300 places par an. Si le NC reste constant, dans les 10 prochaines années, **3 000 nouveaux pharmaciens seront formés**. Ce qui nous fait un taux de renouvellement de $[(1500 \text{ internes en 5 ans}) / 1291 \text{ départs en retraite}] \times 100 = 116 \%$. Ce chiffre est donc bien supérieur au 92% avancé par l'ONDPS.

A titre indicatif, si nous rapportons la pyramide des âges au NC annuel nous obtenons le graphique suivant (Figure 37) :

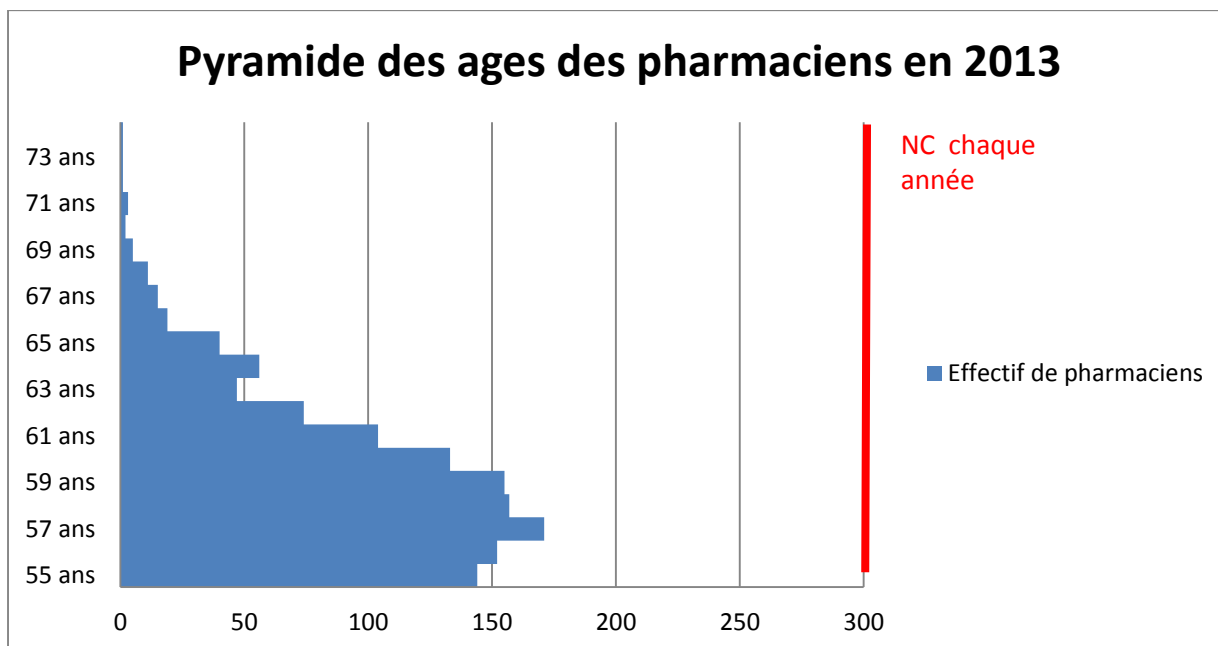


Figure 37 : Pyramide des âges des pharmaciens de 55 ans et plus versus le *Numerus Clausus* annuel

Nous avons souhaité évaluer s'il existait des différences entre les régions. Connaissant les NC de l'internat publié au JO pour chaque inter-région, nous avons réalisé une analyse des départs en retraite en fonction des inter-régions correspondantes.

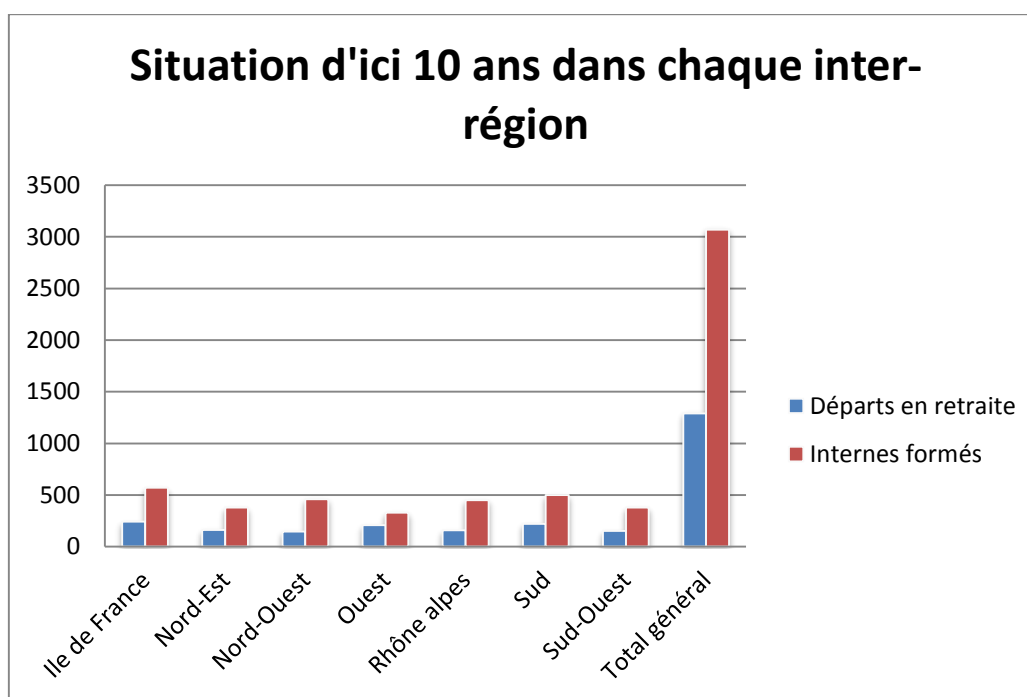


Figure 38 : Situation démographique des pharmaciens des établissements de santé selon l'inter-région

Nous observons que les départs en retraite sont inférieurs aux internes formés pendant la même période dans les différentes inter-régions (Figure 38). On note toutefois des variations entre régions. Le Nord-Ouest est l'inter-région où l'on forme le plus d'interne au regard des départs en

retraite, ce rapport est de 3 pour 1. La région avec le rapport le plus bas est l'Ouest avec 2 internes formés pour un départ en retraite.

Ce graphique indique clairement qu'au niveau inter-régional, les demandes de formation ne sont pas en adéquation avec les départs en retraite.

f. Exemple de la région Midi-Pyrénées

Nous venons de présenter qu'il n'existe pas d'adéquation au niveau inter-régional entre la formation et les départs en retraite. Afin de se faire une image plus précise de la situation, nous avons ciblé notre étude sur la région Midi-Pyrénées (108).

L'ORDPS demande chaque année un *Numerus Clausus* de 18 internes à former pour la région Midi-Pyrénées.

L'extraction du tableau de la section H de l'Ordre indique que 65 pharmaciens en Midi-Pyrénées ont 55 ans et plus, avec la répartition suivante :

Région	FONCTION	Total
Midi-Pyrénées	ASSISTANT GENERALISTE (ETS PUBLIC)	1
	PHARMACIEN	1
	PHARMACIEN ADJOINT ES PRIVÉ T.PARTI	5
	PHARMACIEN ADJOINT ES PRIVÉ T.PLEIN	3
	PHARMACIEN CONTRACTUEL T.PARTIEL	2
	PHARMACIEN GÉRANT ES PRIVÉ T.PARTI	12
	PHARMACIEN GÉRANT ES PRIVÉ T.PLEIN	6
	PHARMACIEN GÉRANT PUI RESP. DE PÔLE	1
	PHARMACIEN PRATICIEN CHEF DE SCE.	11
	PHARMACIEN RECHERCHE CLINIQUE	1
	PHARMACIEN SP ADJOINT VOLONTAIRE	1
	PHARMACIEN-PRATICIEN HOSPITALIER	15
	PRATICIEN ATTACHE	4
	PRATICIEN DES HOPITAUX TEMPS PART.	1
	RADIO PHARMACIEN	1
Total Général		65

Figure 39 : Répartition des départs en retraite en Midi-Pyrénées en 2013 (source ONDP)

Il y aura donc au mieux 65 départs en retraite en Midi-Pyrénées durant les 10 prochaines années (Figure 39). Ce chiffre représente 22% des pharmaciens de l'ensemble de la région (N=297 en

2014) (109)(110)(111). C'est un peu plus que les 20% en France de pharmaciens inscrits à la section H ayant 55 ans et plus.

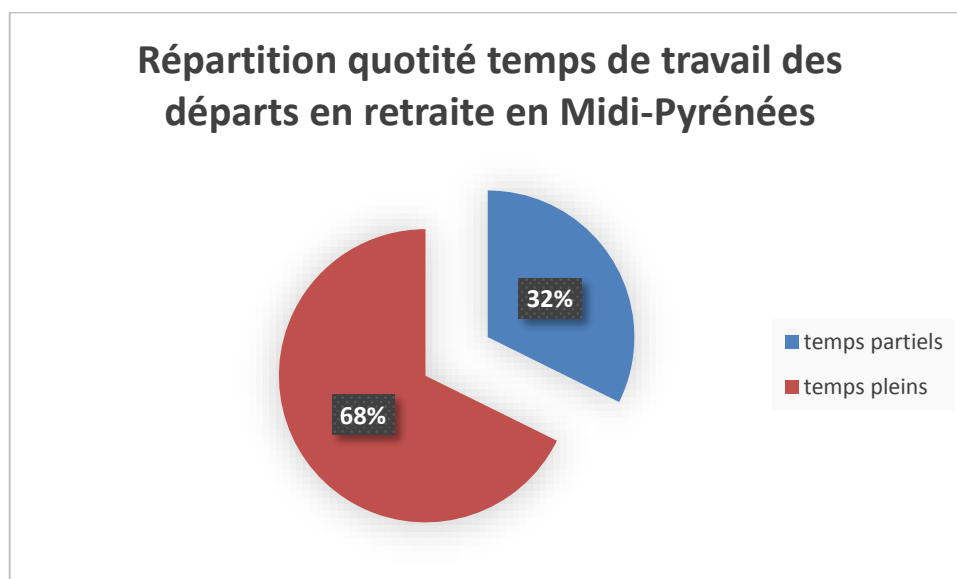


Figure 40 : Répartition des temps de travail des départs en retraite en Midi-Pyrénées

Sur ces 65 postes libérés d'ici 10 ans deux tiers seront à plein temps (Figure 40).

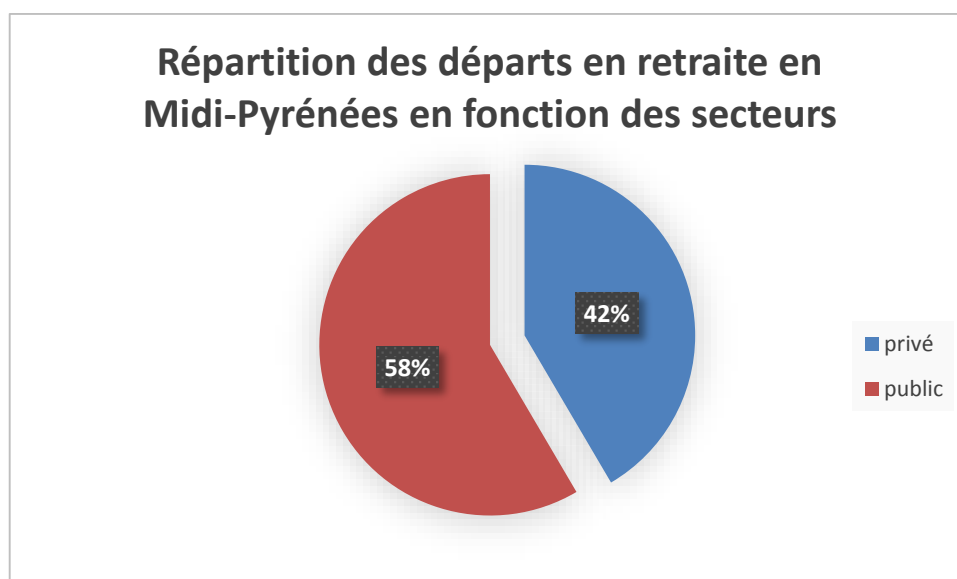


Figure 41 : Répartition des secteurs des départs en retraite en Midi-Pyrénées

Pour informer les internes sortants, il est préférable de s'orienter vers les établissements de santé publics car ils fourniront près des 3/5^{ème} des postes (Figure 41).

Le taux de renouvellement dans la région Midi-Pyrénées [(18 internes par an x 5 ans)/ 65 départs en retraite] x 100 = 138 %. En 10 ans, si le NC reste constant, on aura formé 180 internes pour 65 départs en retraite. Il y aura donc quasiment 3 fois trop d'internes formés.

Dans l'immédiat quelle est la situation pour les internes finissant leur internat en novembre 2014 ?

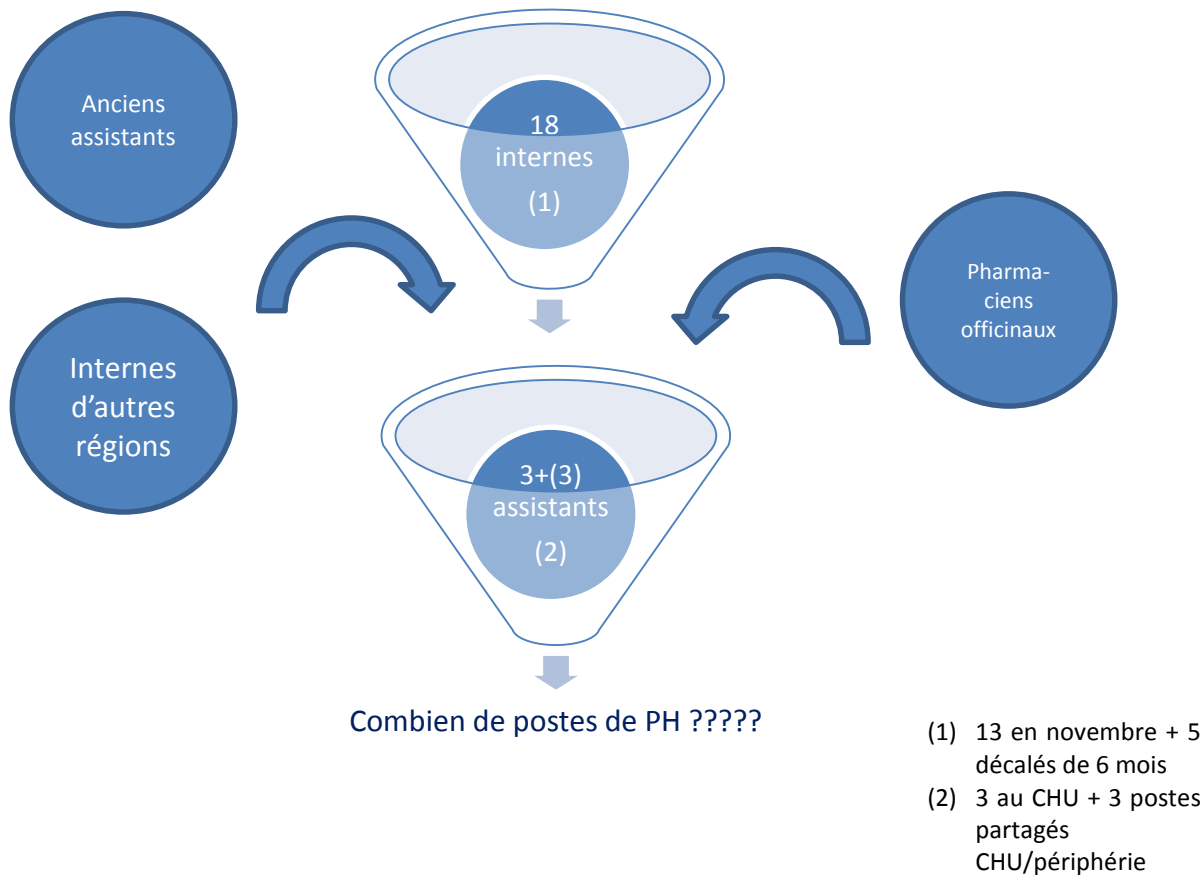


Figure 42 : Schéma démographique du post-internat en région Midi-Pyrénées (données 2014)

La promotion sortante compte 18 internes, 13 sortants en novembre 2014 et 5 décalés de 6 mois sortants en mai 2015. Peuvent également se présenter sur les postes, les internes des autres régions, des assistants finissant leur contrat dans la région ou dans d'autres régions mais également des pharmaciens n'ayant pas fait l'internat, sortants de la faculté ou bien ayant exercé dans une autre section de l'Ordre (Figure 42).

En conclusion, les capacités de débouchés professionnels de la région Midi-Pyrénées sont nettement inférieures au nombre d'internes terminant l'internat. Tout cela sans prendre en compte les mouvements des internes venant d'autres régions, des assistants poursuivant l'assistantat et des pharmaciens non titulaires du DES de pharmacie qui pourraient augmenter les chiffres.

4. Discussion

Devant l'absence et le manque de précision de certaines données, nous avons obtenu auprès de l'Ordre des pharmaciens des données complémentaires. Cependant, il aurait été intéressant d'avoir, dans les chiffres fournis, la formation de base des pharmaciens de la section H (ont-ils une spécialisation en pharmacie hospitalière ?) car seul le diplôme du Doctorat de Pharmacie est demandé pour s'y inscrire (112).

Le problème des débouchés des pharmaciens hospitaliers, est-il récent ? D'après un extrait du rapport du CNE (Centre national d'Evaluation) de 1998 faisant le point sur la formation des pharmaciens en France (Figure 43), les 2000 pharmaciens hospitaliers et les internes formés seraient déjà trop nombreux par rapport aux places disponibles au concours national PH :

Les pharmaciens hospitaliers

Ils sont environ 2 000. Leur répartition se fait en fonction du nombre de lits des hôpitaux ou cliniques, mais leur recrutement est faible : 30 postes sont actuellement ouverts au concours, réservés en principe aux internes, alors que l'internat produit 120 titulaires d'un DES de pharmacie hospitalière et des collectivités.

Figure 43 : Rapport du CNE sur la formation des pharmaciens en France (juillet 1998)

Ce document montre bien que cette interrogation sur les débouchés des pharmaciens titulaires du DES de pharmacie hospitalière ne date pas de 2014.

Les auteurs concluent ce rapport avec le paragraphe suivant (Figure 44):

Se pose le problème des débouchés des étudiants. Les postes en pharmacie hospitalière sont ouverts au compte-gouttes. L'industrie préfère recruter dans le vivier des post-doctorants, et dans le domaine de l'analyse biologique, la concurrence des médecins est vive. Quelle plus-value représente alors l'internat ? Certes, une formation exigeante, au contact des malades. Ne faudrait-il pas laisser aux internes beaucoup plus de temps, pour qu'ils construisent leur projet, puissent faire de la recherche, dans des équipes de recherche reconnues et labellisées, en accordant systématiquement une année-recherche au cours des 4 années de l'internat ?

Figure 44 : Conclusion du rapport d'évaluation sur la formation des pharmaciens en France (1998)

Suite à ce rapport, nous pouvons nous demander qu'elles ont été les conséquences sur la formation des étudiants, à savoir y a-t-il eu un impact sur la détermination du NC d'internes en pharmacie hospitalière ?

Avant 2011, le NC de l'internat était établi conjointement entre le MASS et la conférence des doyens de pharmacie. Depuis l'ONDPS a pour mission de proposer au MASS un NC de postes ouverts au concours d'internat en s'appuyant sur les ORDPS.

Dès la première année l'ONDPS s'est donc intéressé aux internes en pharmacie et a rédigé ce rapport (Figure 45) :



Ce réajustement des postes de la filière biologie et la légère réduction de la filière IPR pouvant entraîner une diminution assez sensible des postes d'internes, l'option a été prise d'opérer un rééquilibrage en augmentant le DES de pharmacie.

Les inflexions à la hausse sont ciblées en priorité dans les régions au sein desquelles les postes de biologie devraient diminuer, en sorte que globalement les dotations en postes ouverts à l'internat par inter-région sont proches de celles qui leur ont attribuées dans le dernier arrêté.

Au sein de ce DES, cette augmentation devrait concerner essentiellement l'option pharmacie hospitalière, compte tenu des incertitudes sur les débouchés de l'option pharmacie industrielle et biomédicale.

Figure 45 : Rapport ONDPS 2010-2011 "extraits choisis"

Le constat est alarmant. L'ONDPS ne s'appuie pas sur une éventuelle analyse démographique pour établir le NC mais résonne uniquement en dotation globale d'interne. L'ONDPS a choisi d'augmenter le NC en DES de pharmacie afin de garder une dotation constante d'internes et ce malgré la connaissance des incertitudes sur les débouchés en industrie.

Voici l'argumentaire fourni par l'ONDPS l'année suivante :

La méthodologie retenue consiste en une prévision pluriannuelle des postes d'internes, à l'instar des travaux effectués sur l'internat de médecine. Cependant, il convient de souligner qu'il pèse sur le nombre de pharmaciens à former de lourdes incertitudes au regard de la perspective des futures concentrations d'officine et du fait que les pharmaciens exerçant en laboratoire pharmaceutique ne sont pas tenus de s'inscrire à l'Ordre, leur nombre n'étant pas estimable à l'heure actuelle.

Dans la mesure où l'ONDPS souligne que pour la pharmacie d'officine, près de 70 % des effectifs de 55 ans et plus seraient remplacés par les pharmaciens formés sur les 5 ans dans cette filière, je vous propose de suivre ces propositions.

Figure 46 : Proposition à Mme la ministre de la Santé sur le nombre de postes d'internes en pharmacie à ouvrir au titre de l'année universitaire 2013-2014 – ONDPS - 12 novembre 2012 – « Extraits choisis »

Il n'est pas question de pharmacie hospitalière, seuls les secteurs de l'officine et de la biologie médicale sont mentionnés (Figure 46). L'ONDPS reconnaît toutefois que la méthodologie est contestable car certains chiffres de pharmaciens ne sont pas estimables.

Il faut attendre mai 2013 pour que le directeur de la DGOS reconnaisse que l'ONDPS s'est, depuis le début, trompé sur l'établissement de ce NC. En effet, le critère principal pour l'établissement du NC des pharmaciens des établissements de santé à former était le nombre de départs en retraite des pharmaciens adjoints d'officine et non des pharmaciens des établissements de santé (Figure 47).

Le nombre de postes ouverts dans cette spécialité est passé de 320 en 2011-2012 à 299 en 2012-2013, et sera de 292 postes en 2013-2014. Cette baisse avait été justifiée par l'analyse des données démographiques relatives au remplacement des pharmaciens d'officine sur les cinq prochaines années. Cependant, les internes inscrits en DES de pharmacie exercent pour la plupart en PUI et non en officine.

Faute de bénéficier de données quantitatives sur la reconversion des titulaires du DES de pharmacie vers les officines, **je vous propose de ne pas retenir le critère des départs à la retraite de la branche officinale pour établir les besoins de formation en DES de pharmacie.**

Figure 47 : Cadrage général et tendance du nombre de postes à ouvrir pour l'internat de pharmacie pour la période quinquennale 2014-2018 – 27 mai 2013- DGOS – Mr Debeaupuis – Directeur Général

Le NC établi un mois plus tard lors de la réunion du 7 juillet 2013 pour le concours 2013-2014 a augmenté de 1 place pour s'établir à 293.

Comment l'ONDPS a-t-il pu évaluer les besoins sur un calcul erroné depuis des années ?

Il faut remonter en 2005 pour expliquer une partie de cette erreur. Jusqu'en 2005, voici le schéma représentant l'organisation de l'Ordre.

LES STRUCTURES DE L'ORDRE

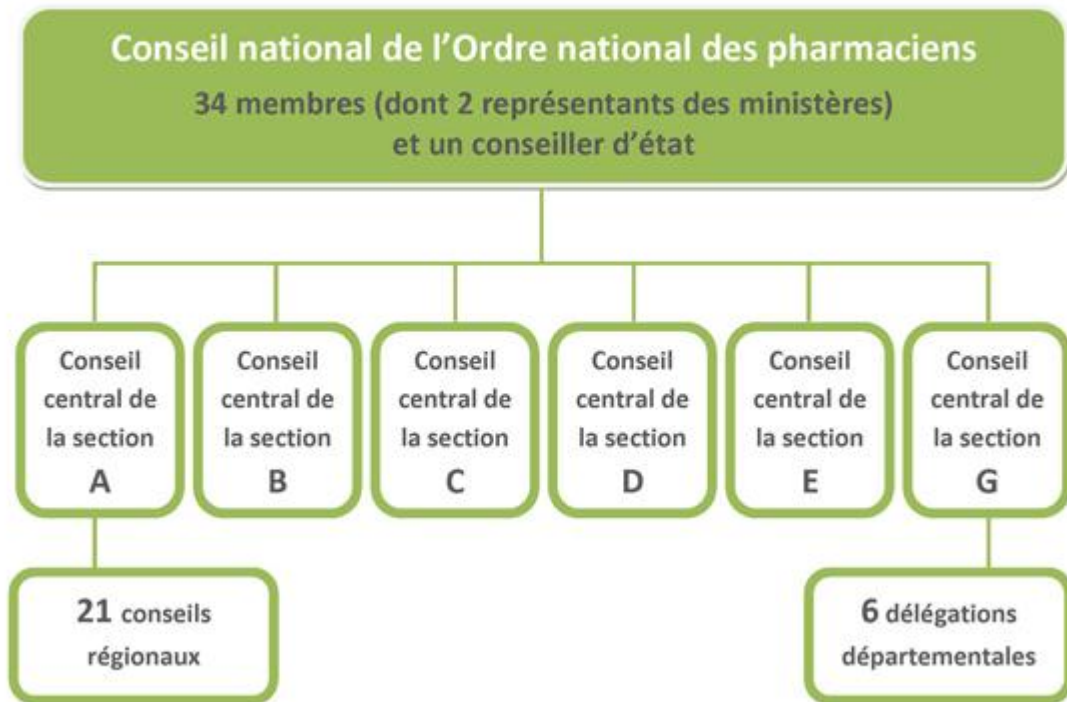


Figure 48 : Organigramme de l'ONDP avant 2005

On note que la section H, regroupant les pharmaciens des établissements de santé, n'existe pas (Figure 48). A cette époque la section D regroupe :

- tous les "adjoints" quel que soit leur secteur d'activité,
- les adjoints et remplaçants en officine,
- les pharmaciens non responsables exerçant dans l'industrie ou la distribution,
- les pharmaciens en organisme tutélaire ou enseignants,
- les adjoints dont on ne connaît pas le secteur d'activité,
- les adjoints ou gérants en secteur hospitalier non biologistes,
- les gérants d'officine mutualiste ou de secours minier.

Or depuis 2005 et la création de la section H, les pharmaciens exerçant dans un établissement de santé sont bien identifiés (Figure 49).

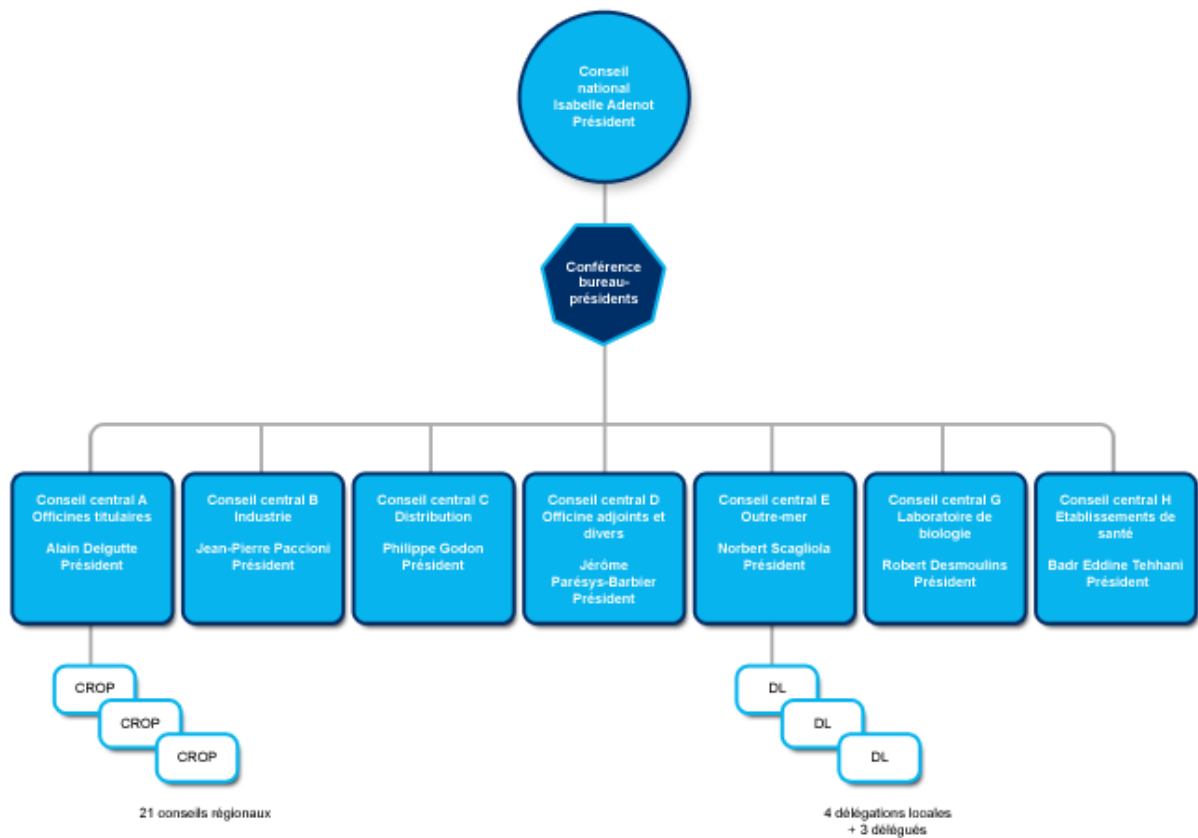


Figure 49 : Organigramme de l'ONDP en 2014

L'ONDPS a donc continué à demander à l'Ordre des Pharmaciens la démographie de la section D. Malheureusement la section D représente 36,7% des inscrits à l'Ordre contre 8% pour la section H. Il y a donc logiquement beaucoup plus de départs en retraite parmi les 27186 inscrits en section D que de départs en retraite parmi les 6084 inscrits en section H.

Comment est calculé actuellement le NC nécessaire ?

L'ONDPS s'appuie sur les ORDPS pour établir les besoins en formation et le NC. Or, lors des réunions ORPDS auxquelles j'ai pu assister, toutes les décisions sont prises par la DGOS avant la réunion via une circulaire indiquant ses consignes aux ORDPS, comme le montre la Figure 50 :

Objet : Cadrage général et tendances du numerus clausus sages-femmes et pharmacie 2013-2014 (rentrée 2014-2015) et du nombre de postes à ouvrir pour l'internat de pharmacie pour la période quinquennale 2014-2018.

Lors de notre rencontre du 10 janvier dernier, je m'étais engagé à vous faire part des grandes tendances que souhaite poursuivre notre ministère d'une part, sur le numerus clausus (NC) sages-femmes et pharmacie du nombre d'étudiants inscrits en première année commune aux études de santé (PACES) et autorisés à poursuivre leurs études en maïeutique et en pharmacie à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2013-2014 et, d'autre part, sur le nombre de postes d'internes en pharmacie à ouvrir pour la période 2014-2018.

Figure 50 : Lettre de cadrage de Mr DEBEAUPUIS au Président de l'ONDPS

Le ministère a le dernier mot sur le NC proposé par l'ONDPS, malgré les arguments des ORDPS dans le sens d'une augmentation ou d'une diminution. Dans le tableau suivant (Figure 51), l'ONDPS demande une diminution du NC et le ministère arrête par décret une augmentation de 6 postes.

Interrégion	Arrêté du 14/12/2011 (rentrée 2012)				Proposition annuelle ONDPS (rentrée 2013)			
	Biologie médicale	Pharmacie	Innovation pharmaceutique et recherche	TOTAL	Bio Med	Pharma	IPR	TOTAL
Ile-de-France	31	57	8	96	28	57	8	93
Nord-Est	17	36	7	60	18	34	6	58
Nord-Ouest	20	42	10	72	25	42	9	76
Ouest	19	33	4	56	19	31	4	54
Rhône-Alpes								
Auvergne	19	46	5	70	20	45	5	70
Sud	20	50	8	78	22	46	8	76
Sud-Ouest	19	35	7	61	17	37	6	60
Total général	145	299	49	493	149	292	46	487

Figure 51 : Exemple de tableau de proposition de NC de l'ONDPS pour l'année 2012

Méthode de calcul de l'ONDPS :

Au cours de la période 2014-2018, l'ONDPS propose d'ouvrir 1 486 postes en DES pharmacie.

Si 80 % de ces internes, c'est-à-dire la moyenne observée de 2008 à 2012, choisissent l'option *pharmacie hospitalière - pratique et recherche*, soit 1 189 internes, **l'indicateur de remplacement des pharmaciens travaillant en PUI de 55 ans et plus serait de 92 %** (alors qu'il est de 62 % pour l'ensemble des pharmaciens).

L'appréciation des perspectives démographiques de chaque spécialité s'énonce à partir d'un indicateur de remplacement. Celui-ci résulte du rapport entre les effectifs âgés de 55 ans et plus au 1er janvier 2013 (données RPPS), qui sont donc susceptibles de cesser leur activité au cours des 10 prochaines années, et des effectifs d'internes en formation, susceptibles de les remplacer au cours des 5 prochaines années. Un pourcentage de 50 % indique qu'un renouvellement des effectifs à l'identique est prévisible, si les flux restent stables. Un pourcentage inférieur à 50 % signale que les flux actuels ne devraient pas permettre un renouvellement à l'identique des effectifs.

Pour l'Observatoire, cet indicateur n'est pas performatif : il ne dit pas ce qui devrait être, le « bon » objectif n'est pas a priori de 100 %. Son intérêt est de rendre compte de la progression démographique de chaque spécialité relativement aux autres et de permettre ainsi d'éclairer le débat sur les priorités nécessaires, compte tenu des besoins de santé et de l'évolution des métiers et des prises en charge des patients.

Figure 52 : Méthode de calcul de l'ONDPS

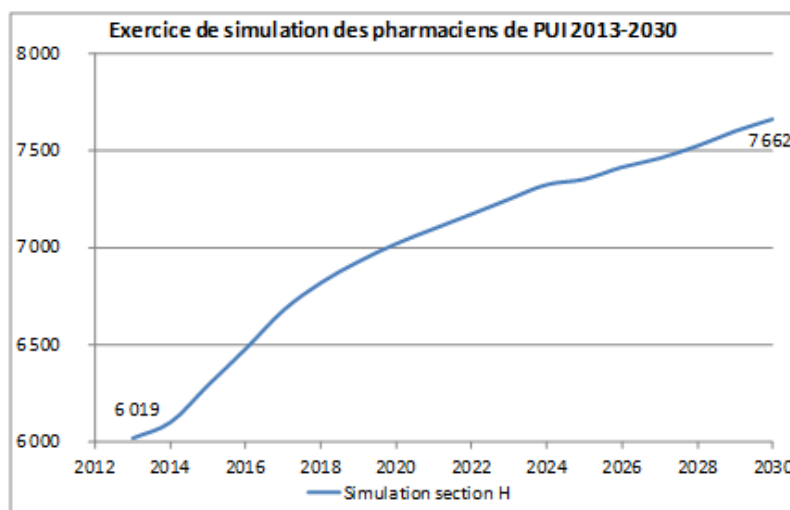
La méthode de calcul est la même pour toutes les professions (Figure 52). Il est étrange de rapporter le nombre de départs en retraite au cours des 10 prochaines années au nombre d'internes formés pendant 5 ans. Pourquoi ne pas choisir le nombre d'internes formés en 10 ans ?

Il est indiqué qu'un taux de 50% est suffisant pour compenser tous les départs en retraite. Cela n'est pas suffisant pour une profession dynamique qui crée des emplois. Ce taux est porté à 62% pour l'ensemble de la profession de pharmacien et atteint 92% pour les pharmaciens des établissements de santé.

Ce chiffre de 92% est, en réalité, très sous-estimé car l'ONDPS table sur 20% des internes partant en industrie. Cette moyenne est établie entre 2008 et 2012 en même temps que la réforme du DES de pharmacie modifiant l'accès à la filière industrie (PIBM). En effet avant cette période, un quota était fixé pour la filière PIBM, il n'était pas un choix volontaire mais contraint. Depuis, ce pourcentage a beaucoup diminué; l'ONDPS l'indique dans son rapport 2010-2011 et donne l'explication « en raison des incertitudes sur les postes industriels ». Ce chiffre s'établit dorénavant, et l'enquête de l'Ordre le prouve, autour de 5%.

Partant de cette méthode de calcul et en prévision d'une obligation d'être titulaire du DES de Pharmacie pour être pharmacien des établissements de santé, l'ONDPS propose une simulation du nombre de pharmaciens en 2030 (à NC constant) afin de s'assurer que les internes formés arriveraient à compenser tous les départs en retraite dès 2018.

Graphique 5



Source : RPPS 2013 - Traitement DREES

L'équilibre actuel des postes ouverts à l'internat n'a pas à être modifié ni même infléchi pour permettre que les pharmaciens travaillant en PUI et qui partiront en retraite soient remplacés exclusivement par les nouveaux diplômés à compter de 2018.

Figure 53 : Exercice de simulation du nombre de pharmaciens hospitaliers en 2030 par l'ONDPS en 2013

Partant du nombre actuel de pharmaciens inscrits à la section H de l'Ordre en 2013, en 2023, seront formés 3000 internes moins 20% partant en industrie selon l'ONDPS (soit 600 internes) moins 1291 départs en retraite, nous obtenons presque 1200 internes formés en plus soit exactement le nombre de nouveaux pharmaciens en 2023 par rapport à 2013 selon ce graphique (Figure 53).

L'ONDPS est parti du postulat que tous les internes formés compenseront d'une part les départs en retraite et d'autre part, bénéficieraient tous d'une ouverture de poste. Si tel est le cas, en 2030, il y aura 7662 pharmaciens inscrits à la section H. Selon l'ONDPS, il n'est donc pas nécessaire de modifier « l'équilibre actuel des postes ouverts à l'internat ». Il faut donc pour respecter cette hypothèse que pendant les 15 prochaines années, il y aient près de 200 postes créés chaque année et qu'un nombre bien plus important d'internes s'orientent vers les agences et les industries. Malheureusement ces secteurs ne sont pas en pleine croissance et n'absorbent déjà pas tous les étudiants formés. Il est donc peu vraisemblable que ces deux conditions soient respectées jusqu'en 2030, surtout en l'absence immédiate d'exclusivité d'exercice qui laisse la porte ouverte au recrutement d'étudiants n'ayant pas fait l'internat ou bien de pharmaciens en reconversion venant de l'officine de ville, de l'industrie ou de la répartition.

Nous avons vu que le NC augmentait ces dernières années pour se stabiliser autour de 295 internes en pharmacie par an. Mais quelle est la qualité de la formation de tous ces internes ? Il est

intéressant de savoir que d'après le panorama 2013 de la DRESS (21), un interne en médecine est encadré par 3 praticiens salariés quand dans le même temps un interne en pharmacie est encadré par deux fois moins de praticien titulaire. Ce chiffre nous amène à penser que soit, il n'y a pas assez d'internes en médecine formés si un interne peut être encadré par moins de 3 titulaires soit inversement il y a trop d'internes en pharmacie formés au vue de l'encadrement par les titulaires.

Nous venons d'exposer un certain nombre d'arguments pouvant expliquer ce taux de renouvellement très important, mais notre étude ne saurait être exhaustive.

5. Les limites de cette étude démographique

Il existe cependant un certain nombre de limites à notre travail démographique et donc à l'évaluation d'un taux de renouvellement.

La toute première, et non des moindres, réside dans le fait qu'il n'existe pas de fichier unique regroupant l'ensemble des pharmaciens. On ne sait d'ailleurs pas exactement combien il y a de pharmaciens exerçant en France.

Dès 2004, le rapport de l'ONDPS pointe du doigt des différences notables entre les trois principales sources de données sur les effectifs de pharmaciens. Ces trois sources sont à l'époque :

- le fichier ICOP de l'Ordre des pharmaciens,
- le fichier ADELI mis à jour par les anciennes Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales - DDASS (Figure 54)
- et les cotisants à la Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens (CAVP).

En effet, les pharmaciens peuvent s'inscrire à différentes sections et créer des doublons, surestimant ainsi le nombre de pharmaciens en exercice. Dans ce même fichier, on notera que tous les pharmaciens ne sont pas obligés de s'inscrire à l'Ordre (pharmaciens enseignants mono-appartenant, pharmaciens exerçant en milieu industriel et n'exerçant pas les fonctions suivantes : Pharmacien responsable titulaire ou intérimaire, pharmacien délégué titulaire ou intérimaire ou pharmacien adjoint). Par exemple, dans l'industrie pharmaceutique, seul les pharmaciens responsables, délégués, responsables intérimaires, délégués intérimaires et adjoints sont tenus de s'inscrire à l'Ordre. Idem dans les instances et les institutions, certains pharmaciens sont dispensés d'inscription à l'Ordre (exemple : pharmaciens à l'ANSM, pharmaciens des OMEDIT, pharmaciens de l'HAS (Haute Autorité de Santé), pharmaciens inspecteurs de santé publique,...). De son côté, le fichier Adeli est retravaillé pour éliminer tous les doublons, mais là encore, il n'est pas stipulé que tous les pharmaciens doivent

s'inscrire. Enfin le fichier CAVP ne recense que les pharmaciens libéraux et concerne donc exclusivement les pharmaciens titulaires d'officine et de laboratoire de biologie médicale.(113)

Section	Adeli (act. Principale)		Ordre sans double cpte		Différence
	Effectif	%	Effectif	%	
A	28404	45,0%	27493	41,2%	3,2%
B et C	763	1,2%	828	1,2%	-7,9%
D	26663	42,3%	29396	44,1%	-9,3%
E	1019	1,6%	1168	1,8%	-12,8%
G	6224	9,9%	7809	11,7%	-20,3%
Total	63073	100,0%	66694	100,0%	-5,4%

Source : Adeli corrigé au 1^{er} janvier 2002 (DREES), ICOP au 1^{er} janvier 2002.

Figure 54 : Tableau comparant les effectifs de pharmaciens entre le fichier de l'Ordre et le fichier Adeli

Ensuite, notre étude s'est appuyée principalement sur les chiffres de la section H. Il est nécessaire de rappeler que la section H a été créée récemment et que certains pharmaciens ont pu débiter leurs activités professionnelles sans avoir eu l'obligation d'une inscription à l'ordre pour signer leur contrat (aujourd'hui exigée par l'employeur). Egalement, il ne faut pas oublier que les pharmaciens inscrits à l'Ordre sont répartis en section en fonction, non seulement du métier exercé, mais également en fonction de leur lieu d'exercice. C'est le cas de la section E, qui regroupe tous les pharmaciens des DOM-TOM (Départements d'Outre-Mer - Territoires d'Outre-Mer). Il faut donc rajouter à notre démographie les 154 pharmaciens des DOM-TOM exerçant dans des établissements de santé répartis sur 35 PUI en secteur public et 4 en secteur privé. Même si cette section est relativement âgée par rapport aux autres sections, le nombre de départ en retraite n'est pas significatif.

Concernant le taux de renouvellement et le nombre d'étudiants formés chaque année, nous n'avons pas de chiffre officiel de pharmaciens des établissements de santé non titulaire d'un DES s'inscrivant à la section H de l'Ordre. Ce chiffre aurait été intéressant pour établir le *Numerus Clausus* car une partie des postes de pharmaciens des établissements de santé sont pourvus par des étudiants n'ayant pas réalisé l'internat.

Une autre limite réside dans le peu de chiffres concernant l'évaporation des diplômés. Quand on sait que 26% des diplômés sortants des facultés françaises ne s'inscrivent pas à l'Ordre des Pharmaciens et ce principalement après avoir pris l'option officine et industrie. Cette proportion d'évaporation peut atteindre 65% par promotion pour certains UFR comme par exemple Besançon où les diplômés s'exilent à l'étranger (Allemagne et Suisse en tête). C'est pourquoi l'Ordre des Pharmaciens a lancé cette « Opération jeunes pharmaciens » afin de suivre ces diplômés non-inscrits.

De plus, les pharmaciens en Europe sont très peu mobiles. En 2014, on estime à 1.7% le nombre de pharmaciens étrangers en France. On est très loin des 25% de médecins étrangers inscrits à l'Ordre des Médecins. Mais on ne peut pas négliger cette proportion de pharmaciens étrangers qui va surement augmenter ; déjà en 2002 dans son rapport, l'ONDPS indiquait : « une inquiétude se fait jour à l'égard de possibles flux migratoires en provenance des pays de l'Est du fait de l'extension de l'Union Européenne » (114). Paradoxalement, ce sont les pharmaciens belges qui représentent 64% des pharmaciens diplômés de l'Union Européenne exerçant en France. Pour les pharmaciens diplômés hors Union Européenne, il s'agit principalement de pharmaciens venant du Maghreb.

L'enquête FNSIP sur le post-internat n'est pas exhaustive. Nous n'arrivons pas à toucher plus de la moitié des internes sortants car ceux-ci n'adhèrent plus à la FNSIP-BM. De plus, il n'est pas possible de lister tous les profils de postes existants à la fin de l'internat. La case « Autre » regroupe donc des métiers bien différents que sont les postes de pharmaciens en agence, en industrie ou bien encore en officine. En ce qui concerne les retours de pharmaciens titulaires du DES en officine, nous n'avons pas la possibilité de savoir s'ils sont volontaires ou par défaut.

Une autre des limites de notre étude est la focalisation sur le NC de l'internat et non sur tous les NC comme celui de la PACES, car c'est lui qui conditionne le nombre d'étudiants se présentant au concours d'internat 4 ans plus tard.

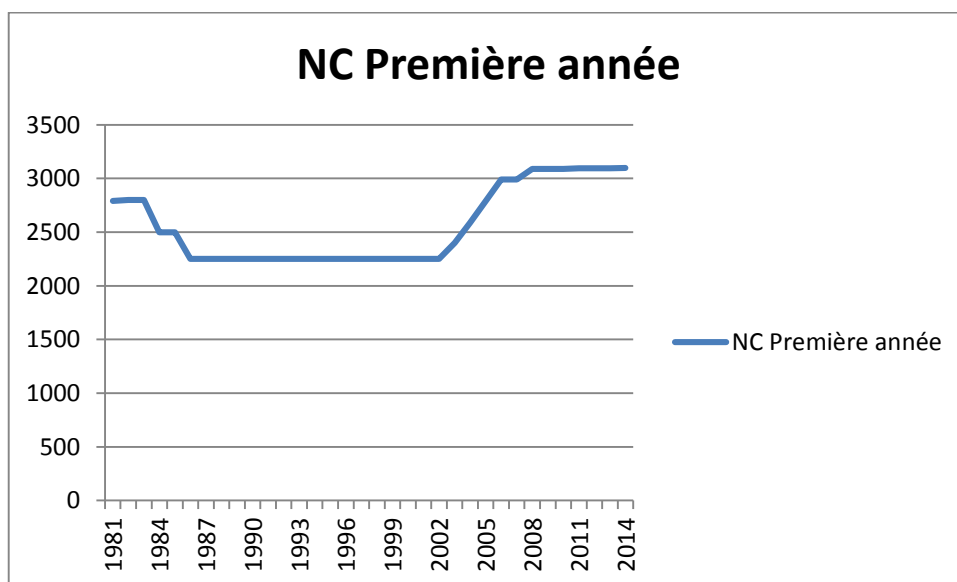


Figure 55 : Numerus Clausus des études de Pharmacie

Le NC de première année de pharmacie a longtemps été stable autour de 2250 étudiants par an en France pour augmenter dans les années 2002-2005 et se stabiliser actuellement autour de 3100 étudiants en pharmacie acceptés au concours de première année (Figure 55).

Depuis la création de la PACES en 2010 et l'évolution du métier, principalement en officine, le choix de filière des étudiants en pharmacie a radicalement changé.

La répartition était la suivante en 1996 (Figure 56):

	Filière Industrie	Filière Officine	Filière Internat
Aix-Marseille II	26	113	15
Amiens	13	30	15
Angers	4	31	11
Besançon	20	87	8
Bordeaux II	7	47	11
Caen	13	38	14
Clermont-Ferrand I	14	39	6
Dijon	18	47	8
Grenoble I	23	130	9
Lille II	26	114	20
Limoges	48	79	56
Lyon I	41	78	53
Montpellier I	45	103	17
Nancy I	25	82	15
Nantes	17	45	10
Poitiers	6	33	12
Reims	NC	NC	NC
Rennes I	20	57	-
Rouen	10	40	9
Strasbourg I	30	59	8
Toulouse III	24	80	12
Tours	21	56	-
Paris V	125	80	70
Paris XI	73	99	22
Total	649	1 567	401

NC : information non communiquée

Source : Conférence des Doyens des Facultés de Pharmacie (octobre 1996)

Figure 56 : Répartition des étudiants en 5ème année des études de Pharmacie

Le nombre d'étudiants souhaitant s'orienter vers l'internat était alors de 15%. Le taux de réussite au concours était alors quasiment de 100% car l'année précédente le NC était de 380 places pour près de 400 inscrits.

Maintenant, les 3 filières s'équilibrent pour donner un chiffre de 33% en filière internat, 33% en filière industrie et 33% en filière officine. Bien sûr, l'internat en pharmacie ne pourra pas satisfaire l'ensemble de ces étudiants se présentant au concours et on voit mal également l'industrie absorber cette augmentation du nombre d'étudiants.

Ces problématiques de *Numerus Clausus* à l'entrée des formations pour les professions réglementées, dont la pharmacie fait partie, sont au cœur du débat actuellement en France quand, la Commission Européenne recommande cette année encore de les supprimer (115). L'Académie de

Pharmacie rejoint cette position en souhaitant, non pas une suppression pure et simple du *Numerus Clausus*, mais une réorganisation rapide du mode de régulation des flux d'étudiants (116).

6. Conclusions sur la démographie des pharmaciens en établissements de santé

L'ensemble des données exposées, au regard des limites avancées, laisse à penser qu'il n'existe pas une corrélation stricte entre les débouchés et les effectifs d'étudiants formés.

En effet, l'unicité du diplôme qui, jusqu'à maintenant, persiste dans notre métier, excepté pour la biologie et quelques débouchés particuliers (hygiène, radiopharmacie,...), permet aux pharmaciens au cours de leur exercice professionnel de changer de secteur en pharmacie. Il est donc très difficile d'établir une démographie très précise et des besoins correspondants. Au-delà du chiffrage nécessaire des flux annuels des sorties et entrées en cours de carrière, des études de cohorte et des enquêtes plus qualitatives pourraient identifier des régularités éventuelles (sous forme de «parcours type», d'âge au moment du changement, etc.) qui permettraient d'intégrer ces phénomènes de réorientations dans les prévisions.

La mise en place d'une spécialisation en pharmacie hospitalière avec un cursus-type, permettant aux futurs pharmaciens des établissements de santé d'acquérir un socle de compétences spécifiques, pourrait permettre une meilleure adéquation entre les besoins de formation et les débouchés. Il faut néanmoins une période définie pour la mise en place d'une telle réforme et stabiliser la situation afin d'adapter la démographie des pharmaciens des établissements de santé.

Bilan et perspectives

III. Bilan et perspectives

1. Faire reconnaître le métier de pharmacien hospitalier

Le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a dévoilé au mois d'avril 2014, le Rapport COURAUD – PRUVOT portant sur la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales (117). Celui-ci impacte indirectement l'internat en pharmacie car le DES de biologie est commun avec les médecins. Ce rapport fait le point sur l'internat, il indique que :

Le dispositif actuel présente plusieurs faiblesses :

- une superposition de formations mono-disciplinaires sans organisation générale de la formation de troisième cycle ;
- l'absence d'une articulation formalisée entre les DES et les DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires);
- une absence de progression pédagogique au sein de chacune des formations;
- la quasi-absence d'évaluation formalisée des compétences ;
- une période de mise en responsabilité aléatoire selon les disciplines et les sites;
- une faible lisibilité.

Certains de ces constats peuvent s'appliquer à l'internat en pharmacie. Le rapport préconise :

- **La reconnaissance du DES comme étant le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice de la spécialité.**
- La mise en place d'une progression dans le contenu pédagogique des DES sous la forme de trois phases successives : La phase socle, la phase intermédiaire et la phase de mise en responsabilités;
- La mise en place d'une évaluation des compétences acquises tout au long du cursus;
- L'intégration de la pluridisciplinarité au sein de la formation, chaque fois que cela est nécessaire, par la mise en place d'une équipe pédagogique pluridisciplinaire autour du coordonnateur ;
- L'interdiction d'enseigner une partie du programme officiel d'un DES à un interne en formation initiale de ce DES via un Diplôme d'université (DU) ou un Diplôme Inter-Universitaire (DIU);
- La création d'options au sein des DES permettant ainsi des sur-spécialisations sans rupture et sans allongement de la formation

- Une meilleure reconnaissance de la spécificité de la formation des hospitalo-universitaires (formation à la recherche) et une meilleure intégration à l'université des étudiants de troisième cycle des études médicales.

Si la reconnaissance ne se fait pas au niveau français, l'Europe tente d'imposer cette reconnaissance au mieux à partir de 2015. Le projet PHARMINE (118) a déjà commencé à recenser les spécificités de formation des pharmaciens à travers l'Europe en prenant en compte notamment l'application de la réforme LMD aux études de pharmacie. Un groupe de travail de PHARMINE a déjà établi en 2011 les compétences demandées aux pharmaciens hospitaliers. Ce travail va permettre d'élaborer plus rapidement un Common Training Framework autorisé par la Commission Européenne et la circulaire 2013/55/UE qui permet de reconnaître enfin la spécialité « pharmacie hospitalière ». Mais certaines données nous manquent encore comme, par exemple, les conditions d'accès à la profession de pharmacien des établissements de santé dans les différents pays européens. Afin de faire le point sur la formation au métier de pharmacien des établissements de santé, nous avons réalisé avec Aurélie GUÉRIN, interne en pharmacie à l'Hôpital Sainte Justine à Montréal, un questionnaire à destination de 50 pays du continent européen dont les 28 pays de l'Union Européenne (Annexe 2). Nous avons diffusé ce questionnaire via les deux structures européennes représentatives de la pharmacie à savoir l'EAHP pour les pharmaciens diplômés et l'EPSA (European Pharmaceutical Student's Association) pour les étudiants. Ma consœur, représentante des internes, les a rencontrés lors d'une conférence à Bruxelles intitulée "Modernisation of the Professional Qualifications Directive: safe mobility" (119). Ces deux associations ont envoyé le questionnaire à l'ensemble de leurs représentants nationaux. Sur les 28 pays de l'UE 25 ont répondu, nous permettant ainsi d'être représentatif sur la situation de la pharmacie hospitalière européenne. Les premiers résultats seront publiés très rapidement et conservés par l'EAHP comme élément de travail pour l'élaboration du « tronc commun de formation ».

2. Utiliser ces compétences dans tous les établissements sanitaires et médicaux-sociaux

Nous avons fait le constat que beaucoup d'internes en pharmacie sont formés chaque année. L'idéal serait d'utiliser toutes ces personnes formées et ces compétences acquises au service des établissements de santé français.

Bien des études ont démontré le rôle du pharmacien au sein des établissements de santé. Pour s'en rendre compte, il suffit de rechercher dans Pubmed® les deux mots clés MesH (Medical Subject

Headings) « impact & pharmacists », le résultat donne plus de 2141 publications en date du 04 juillet 2014.

En France, également, divers rapports ont montré l'intérêt de la présence d'un pharmacien au sein d'un établissement de santé. La place du pharmacien dans le secteur sanitaire est déjà reconnue, alors qu'elle l'est moins dans le secteur médicaux-social. En effet, seulement 27,8 % des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes) disposent d'une PUI. Ce qui implique de nombreux problèmes, comme le mentionne le rapport VERGER de décembre 2013 (120):

« Le libre choix de ses praticiens par le résident est une cause supplémentaire de complexité du circuit du médicament en augmentant d'une part, le nombre des prescripteurs dans l'institution et potentiellement d'autre part, le nombre de pharmacies d'officine l'approvisionnant. Les pharmaciens d'officine s'approvisionnent auprès de génériqueurs différents qui produisent chacun des médicaments sous des formes galéniques différentes, ce qui rend plus difficile l'identification des médicaments déconditionnés par l'équipe soignante. »

Devant ce problème l'IGAS dans son rapport « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) 2013-2017 IGAS-IGF (juin 2012) » (121), fait la promotion de la création de PUI au sein des établissements de santé :

« Un autre levier de maîtrise des prescriptions injustifiées, mais plus difficilement activable dans les petits établissements, passe par le développement des pharmacies à usage intérieur (PUI) qui permettent de mieux maîtriser la prescription, d'éviter certaines hospitalisations et de réaliser des achats groupés de médicaments. Ainsi, l'installation d'une PUI, y compris son coût, permettrait une baisse de 14% des dépenses de médicaments soit une économie d'environ 100M€ par an. »

Dans l'optique de mutualisation dont parle ce rapport, Mme Marisol TOURAINE dans son projet de loi et de Stratégie Nationale de Santé va plus loin dans la simplification de mise en place de GCS (122). Cette position est appuyée par toute la profession en particulier les syndicats hospitaliers seniors. D'ailleurs, les chiffres de l'Ordre le confirment car tous les ans le nombre de GCS est multiplié par deux. Cette simplification et cette incitation à la mutualisation permet la fusion de très petites PUI voir la création de PUI pour les établissements qui n'en possédaient pas avant.

Toujours dans ce même rapport VERGER sur les médicaments en EHPAD, le pharmacien est mis au cœur du fonctionnement de l'établissement médicaux-social :

« Ce travail a mis en évidence, d'une part, l'importance du thème du médicament et la présence effective du pharmacien référent en commission de coordination gériatrique (CCG) et d'autre part, l'intérêt de la fonction de pharmacien référent en EHPAD.

Si le temps de présence du pharmacien référent est rarement évalué, en revanche, les missions qu'il accomplit sont connues :

- Préparation des doses à administrer,*
- Participation aux réunions de coordination,*
- Participation à la rédaction de la liste préférentielle,*
- Participation à la rédaction de procédures et à la mise en place de bonnes pratiques,*
- Participation à l'informatisation de la prescription,*
- Et enfin, plus rarement, information sur le bon usage des produits de santé.*

Le positionnement et la reconnaissance du pharmacien référent ont nécessité un temps important de sensibilisation, d'information, de communication pour gagner la confiance et obtenir l'adhésion des autres acteurs.

En l'absence de cadrage national, la présence d'un pharmacien référent au sein de l'EHPAD n'est en effet pas effective dans l'ensemble des établissements, même si dans le cadre de l'expérimentation, les EHPAD disposaient d'un temps de pharmacien en échange de la dotation forfaitaire de 0,35 centimes d'euro jour/résident. »

Les missions du pharmacien gérant de PUI en EHPAD pourraient être les suivantes :

« Dans le cadre de la convention pharmacien référent-EHPAD, sous condition d'être formé à la gérontologie et à la gestion des risques, les missions du pharmacien référent, en coordination nécessaire avec le(s) dispensateur(s), pourraient être définies comme suit :

- Promouvoir le bon usage du médicament,*
- Réaliser l'audit du circuit du médicament et des dispositifs médicaux de l'EHPAD,*
- Participer à l'élaboration de la liste préférentielle des médicaments en EHPAD, sous la responsabilité du médecin coordonnateur,*
- Vérifier la qualité des prescriptions,*
- Elaborer une fiche d'accompagnement et de suivi thérapeutique afin de faciliter la bonne compréhension du traitement et l'observance, destinée au résident et à l'équipe soignante,*
- Mettre à jour le dossier du résident avec les données pharmaco-thérapeutiques,*
- Assurer la gestion du stock de médicaments des résidents et de la dotation d'urgence,*
- Assurer le suivi des consommations de produits de santé pour en informer l'EHPAD et travailler aux axes d'amélioration de la prescription avec le médecin coordonnateur et les médecins prescripteurs,*
- Assurer un rôle de conseil, d'information plus que de formation stricto sensu en recherchant les conditions les plus adaptées aux différents professionnels (médecins libéraux, personnels de nuit, etc...),*

- Participer au travail d'adaptation des prescriptions à la sortie de l'hôpital,
 - Participer à la CCG,
 - Gérer les événements indésirables dans le champ du médicament et du dispositif médical et procéder notamment aux signalements de pharmacovigilance et de matériovigilance,
 - Inciter les professionnels à déclarer les événements indésirables en lien avec les produits de santé.
- Au-delà du pharmacien référent, une meilleure coopération entre les professionnels de santé passe par une définition des rôles de chacun dans le circuit du médicament. »*

Ce rapport se conclut par diverses propositions, dont celle-ci :

« Considérant la méconnaissance du secteur médico-social par la majorité des médecins libéraux mais aussi hospitaliers, et notamment la réalité du fonctionnement des EHPAD, de leurs contraintes et possibilités de prise en charge,

Considérant la même méconnaissance chez les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes,

Favoriser le passage des futurs médecins, et possiblement aussi des futurs pharmaciens et chirurgiens-dentistes, pour des stages en EHPAD. »

Mr VERGER préconise donc que les internes en pharmacie, sous garantie de formation et d'encadrement, puisse effectuer des stages dans les établissements médicaux-sociaux afin d'appréhender le métier de pharmacien dans ces structures mal connues.

En conclusion, il faut d'une part, inciter la création de PUI, notamment par la création de GCS pour les petits établissements et les établissements médicaux-sociaux, et d'autre part donner aux pharmaciens titulaires du DES l'opportunité d'effectuer des stages en EHPAD et leur donner les moyens de réaliser toutes les missions qui leur incombent.

3. Créer un indicateur composite sur l'impact de la présence du pharmacien et le nombre de pharmaciens nécessaires par établissement

Il n'existe pas en France, à l'heure actuelle, d'indicateur ou de quota précisant le nombre de pharmaciens nécessaires et obligatoires pour chaque type d'établissement de santé. L'étude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé de 2009 (123), avance les chiffres suivants (Figure 57):

Catégorie	CHU*	CH	AEPub	PSPH	Privés
Nb moyen de lits	1 261	476	217	165	109
Nb moyen de lits par prescripteur	1.9	5.3	10.3	5.8	3.0
<i>(Il s'agit du nombre de prescripteurs, quelque soit la quotité de présence. La prise en compte de cette quotité pourrait renforcer les disparités de disponibilité médicale)</i>					
Budget moyen de médicaments par lit par an	19.2. k€	5.8 k€	1.3 k€	6.4 k€	9.4 k€
Nb moyen de lits par ETP pharmacien	117	242	291	168	144

* Les sites APHP et HCL ont été traités comme autant de CHU.

Figure 57 : Dépenses en médicament et ETP pharmacien en fonction des établissements de santé

NB : PSPH = établissements privés participant au service public hospitalier et AEPub = Autres établissement publics

Ces chiffres montrent que le nombre de pharmaciens est différent selon les structures. En proportion par rapport au nombre de lits, les pharmaciens sont plus nombreux dans les CHU, où les activités sont multiples (rétrocession, stérilisation,...) et moins nombreux dans les petits établissements publics, par exemple en hôpital psychiatrique. Toutefois, il s'agit de moyenne et le nombre de pharmaciens dans deux établissements de même type sont parfois très différents.

Beaucoup ont essayé de trouver le bon indicateur pour décrire la quantité de travail et le nombre de pharmaciens nécessaire dans les établissements de santé. Il est clair qu'au vu de l'étendue des missions d'un pharmacien d'établissement de santé et les activités non obligatoires que chaque PUI peut demander, chaque établissement est différent et donc qu'un seul et unique indicateur est insuffisant. Il faut donc réfléchir à un indicateur composite rassemblant plusieurs variables. Mr BUSSIERES dans son étude de 2010 a déjà identifié 69 indicateurs d'activités pharmaceutiques différents dans un CHU (124).

La SFPC, de son côté, a travaillé en 2006 puis en 2008 sur les indicateurs en pharmacie hospitalière (125). Dans sa seconde édition du guide des indicateurs, il y avait 67 indicateurs de production et 27 de qualité pour une mesure qualitative et quantitative. Elle sortira cette année la 3^{ème} édition de cet ouvrage avec la mise en ligne l'année prochaine d'un outil pour que chaque pharmacien puisse évaluer son activité et comparer aux structures identiques en taille, en activité,...

À l'image de ce qui se fait en hygiène par le décret n°99-1034 (126), indiquant la composition minimale d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière en fonction, cette fois-ci, du nombre de lits, il pourrait être fait de même en pharmacie hospitalière sur la présence pharmaceutique minimum. L'application de cette présence minimum et son respect serait sous la responsabilité des ARS et de l'HAS par sa certification.

4. Créer une rémunération de l'acte pharmaceutique

Pour le directeur d'un établissement, d'un point de vue de la tarification à l'activité, le pharmacien n'apporte pas de recette directe à l'établissement. L'élément de comparaison est peut-être le pharmacien biologiste, qui lui non plus ne rapporte ou peu de recette directe pour l'établissement, cependant l'activité du pharmacien biologiste est quantifiée par une unité exprimée en B. Malheureusement, l'acte pharmaceutique n'est pas reconnu en terme de quantification puisqu'il n'existe pas de cotation que l'on pourrait appeler « P » rémunérant l'analyse pharmaceutique, la préparation de chimiothérapies, la validation d'un cycle de stérilisation, le contrôle des gaz, etc...

Dès 2010, la section H de l'Ordre dans sa contribution pour le Pacte de confiance à l'hôpital public, en plus de demander la reconnaissance du DES qualifiant, attendait de ce texte la valorisation de l'acte pharmaceutique (127). L'ordre argumentait que cette absence de cotation pénalise les pharmaciens dans la reconnaissance de leurs rôles et activité, alors que la traçabilité informatique permet aujourd'hui de quantifier et évaluer l'activité quotidienne d'un pharmacien.

Au vu des chiffres publiés dans de nombreuses études d'économies réalisés par le pharmacien, la FIP (Fédération Internationale Pharmaceutique) et la Commission Européenne concluait ainsi (128):

« Un niveau de rémunération adéquat pour les pharmaciens est essentiel afin de garantir leur orientation vers une bonne pratique pharmaceutique, et en particulier vers les soins pharmaceutiques. »

Ces données montrent que la rémunération du pharmacien peut avoir un impact sur la qualité de son activité. La création d'une rémunération à l'acte permettrait de valoriser des pratiques sur le bon usage. Néanmoins ce type de rémunération peut engendrer des dérives vers les activités les mieux rémunérées.

5. Adapter le NC à la démographie

Suite à « l'Opération jeunes pharmaciens » menée par l'Ordre, celui-ci s'est inquiété des résultats obtenues auprès des étudiants et notamment concernant les réponses des internes sur le NC et la fierté d'être pharmacien. L'Ordre a également pris connaissance de la démographie qui vient d'être exposée et a pris rendez-vous avec le président de l'ONDPS afin de faire le point sur la situation des internes en pharmacie. Il travaille donc en ce moment pour revoir tous les calculs aboutissant à l'élaboration du *Numerus Clausus*.

Les parlementaires, en particulier Mme LEMORTON (présidente de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale), se sont également émus de la démographie de la pharmacie hospitalière. Son cabinet a indiqué qu'il pourrait demander très rapidement un rapport à l'IGAS sur l'internat en pharmacie afin de faire le point sur cette démographie et les perspectives futures. Tout cela, non pas uniquement dans le but de diminuer le NC de l'internat en pharmacie, mais pour l'adapter aux capacités de formation et aux débouchés. Les conclusions de ce rapport n'aboutiront peut être pas à une augmentation du NC mais permettront au moins de rassurer, non seulement une génération entière d'internes, mais également les pharmaciens des établissements de santé sur la dynamique et les perspectives d'avenir de la profession.

Conclusion générale

IV. Conclusion générale

Le métier de pharmacien des établissements de santé est chargé de plus de 500 ans d'histoire. La pharmacie hospitalière française est aujourd'hui en pleine évolution depuis un peu moins d'un siècle et les missions des pharmaciens sont grandissantes. Au niveau européen et plus globalement au niveau international, la spécialisation en pharmacie hospitalière se structure pour être reconnue par les instances compétentes. Dans ce contexte favorable, la France va reconnaître fin septembre la nécessité d'une formation spécialisée, qu'est l'internat, pour exercer le métier de pharmacien des établissements de santé au sein des PUI. Cette formation devra encore s'améliorer pour s'adapter à ces évolutions, en commençant par l'élaboration d'un référentiel de compétences que tous les internes devront acquérir avant la fin de leur formation.

Les pharmaciens des établissements de santé sont de plus en plus nombreux et majoritairement jeunes. Cette croissance soutenue et cette jeunesse apporte une dynamique positive à la profession. Dans un contexte difficile pour l'officine et l'industrie, les étudiants en pharmacie sont de plus en plus attirés par la filière hospitalière. Malheureusement, jusqu'à maintenant, les places offertes au concours d'internat ont été adaptées en fonction des capacités de formation et non en fonction des débouchés. Il est important et nécessaire d'informer les internes, mais également les étudiants préparant l'internat, sur la démographie des pharmaciens en établissements de santé. Tous les internes en pharmacie formés actuellement ne pourront exercer dans une PUI, alors qu'ils se sont spécialisés pendant 4 années dans les établissements de santé. La place du pharmacien des établissements de santé n'est sûrement pas au sein des PUI. Le manque de débouchés actuel peut très rapidement évoluer si les pouvoirs publics se donnent les moyens de reconnaître au pharmacien hospitalier la véritable plus-value de sa présence au sein des établissements de santé ; mais également la place centrale dans le système de santé français qu'il occupe, notamment dans le lien ville-hôpital. Il s'agit de préoccupations importantes de santé publique quand, dans notre pays, les déserts médicaux augmentent. De plus, le temps médical est précieux laissant la place à une montée en charge des activités du pharmacien comme par exemple la participation à la conciliation médicamenteuse. Sans ces évolutions, il sera nécessaire, à court terme, de revoir les besoins en pharmaciens en France pour ne pas voir augmenter le nombre de pharmaciens inscrits à Pole Emploi qui est de 4600 en 2014, selon les chiffres de Mme ADENOT.

V. Conflits d'intérêts en relation avec ce sujet

- **Financiers :**

GPM (Groupe Pasteur Mutualité)

BNP Paribas/CMV Mediforce

- **Industriels :**

ROCHE

CHUGAI

Servier

Biogaran

GAMIDA

Brucker

Beckman

GSK

Grunenthal

MSD

Actelion

Sanofi-Pasteur

- **Institutionnels :**

MESR (DGESIP)

MASS (DGOS, ONDPS)

Ordre National des Pharmaciens

- **Syndicaux et associatifs :**

EAHP

SYNPREFH

SNPH-PU

ISNI

ISNAR-IMG

FNSIP-BM

VI. Bibliographie

1. Puisieux F. Activités et responsabilités du pharmacien dans ses secteurs professionnels habituels [Internet]. Académie Nationale de Pharmacie; 1999-2000 [cité 29 juin 2014]. Disponible : http://www.acadpharm.org/dos_public/academie2.pdf
2. Grave V-E. État de la pharmacie en France avant la loi du 21 germinal an XI [Internet]. Mantes : chez l'auteur; 1879. [cité 29 juin 2014]. Disponible : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5815864f>
3. Chast F, Julien P, Collectif. Cinq siècles de pharmacie hospitalière 1495-1995. Paris: Edition Hervas; 1995.
4. Dillemann Georges, Michel Marie-Edmée. La réception des pharmaciens en France de la Révolution à l'application de la loi du 21 germinal an XI (1791-1813). Revue d'histoire de la pharmacie, 72e année [Internet]. 1984 [cité 29 juin 2014]; N°260, pp. 42-61. Disponible : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pharm_0035-2349_1984_num_72_260_2674
5. Chast François. 1995 : Année de la pharmacie hospitalière. Revue d'histoire de la pharmacie, 84e année [Internet]. 1996 [cité 26 févr 2014]; N°308, pp. 53-73. Disponible : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pharm_0035-2349_1996_num_84_308_4290
6. Loi n° 92-1279 du 8 décembre 1992 modifiant le livre V du Code de la Santé Publique et relative à la pharmacie et au médicament [Internet]. [cité 28 avr 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000178408>
7. Décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le CSP [Internet]. [cité 28 avr 2014]. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20001230&numTexte=34&pageDebut=20954&pageFin=20963
8. SYNPREFH. Livre blanc [Internet]. 2008 [cité 29 juin 2014]. Disponible : http://www.synprefh.org/Data/upload/Images/Design/pdf/livre-blanc_pharmacie-hospitaliere_2008.pdf
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3A4971C912F362F55DF3BBDBA121FA18.tpdjo17v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id
10. A.H. Pharmacie hospitalière : quel chemin parcouru depuis les années 80 [Internet]. JIM.fr; 17 janvier 2010. [cité 29 juin 2014]. Disponible : http://m.jim.fr/pro_societe/e-docs/00/01/BB/66/document_actu_pro.phtml
11. Pi S. PUI : encadrement juridique. Cours de DES de Pharmacie. novembre 2013.
12. Article L5126-5 du Code de la santé publique [Internet]. [cité 29 juin 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892176&dateTexte=>

13. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité & ministère délégué à la Santé. Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière [Internet]. Juin 2001 [cité 29 juin 2014]. Disponible : <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2001/Rapport/bpph.pdf>
14. SFPC. Référentiel de Pharmacie Hospitalière [Internet]. SFPC; 2010. [cité 27 juill 2014]. Disponible : <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/20-referentiel-de-pharmacie-hospitaliere-sfpc-v2010/0.html>
15. Ordre National des Pharmaciens. Origine de l'Ordre - Qui sommes-nous [Internet]. [cité 31 mai 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/index.php/Qui-sommes-nous/Qu-est-ce-que-l-Ordre/Origine-de-l-Ordre>
16. Ordonnance n°45-919 du 5 mai 1945 portant institution d'un ordre national des pharmaciens [Internet]. [cité 7 juill 2014]. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1C0C5CE085C3ABF05DA6AF91563665FF.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000000886360&categorieLien=id
17. Article L4231-1 du Code de la santé publique [Internet]. [cité 29 juin 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006689094&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110707&oldAction=rechCodeArticle>
18. Décret n°98-1079 du 30 novembre 1998 portant création d'une direction à l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité [Internet]. [cité 02 juil 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000391632&dateTexte=20000722>
19. Insee - L'Insee et la statistique publique - Services statistiques ministériels (SSM) [Internet]. [cité 31 mai 2014]. Disponible : <http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/default.asp?page=sites-statistiques/services-statistiques-ministeriels.htm>
20. Arrêté du 21 février 2012 portant organisation de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en sous-directions et bureaux. [Internet]. [cité 02 juil 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025431338>
21. Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Données sur la démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 31 mai 2014]. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/donnees-sur-la-demographie-des-professionnels-de-sante,11288.html>
22. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Répertoire ADELI [Internet]. [cité 31 mai 2014]. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/repertoire-adel.html>
23. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Observatoire national de la démographie des professions de santé [Internet]. [cité 31 mai 2014]. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/qu-est-ce-que-l-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante.html>
24. Arrêté du 21 octobre 2013 portant nomination à l'ONDPS [Internet]. [cité 31 mai 2014]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Arrete_du_21_octobre_2013_portant_nomination_a_l_ONDPS.pdf

25. Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 - Un exercice de projection au niveau national. Etudes et Résultats [Internet]. Octobre 2005 [cité 24 févr 2014]; N°438. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er438.pdf>
26. Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les pharmaciens en France - Situation démographique et trajectoires professionnelles. Etudes et Résultats [Internet]. Octobre 2005 [cité 24 févr 2014]; N°437. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er437.pdf>
27. Collet M. Projections du nombre de pharmaciens en activité en France à l'horizon 2030: sources, méthode et principaux résultats. Dress [Internet]. Novembre 2005 [cité 26 févr 2014]; N°54. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud54.pdf>
28. Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé [Internet]. [cité 31 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481406&dateTexte=&categorieLien=id>
29. ONDPS. Tome 3 - Des professions de santé en évolution : pharmaciens, orthophonistes, medecins en formation [Internet]. 2010-2011 [cité 19 déc 2013]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_Tome_3_sur_Des_professions_de_sante_en_evolution_pharmaciens__orthophonistes__medecins_en_formation.pdf
30. Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie. L'ONDPS enquête. Observance [Internet]. Octobre-décembre 2011 [cité 26 févr 2014]; Hors-Série n°8, pp. 10-11. Disponible: http://www.fnsip.fr/v2/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=133&Itemid=
31. Fouassier E. Le cadre général de la loi du 21 germinal an XI. Bulletin des lois de la République [Internet]. Mars 2003 [cité 29 juin 2014]; N°270. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/15192/224153/version/2/file/Fouassier-Le-Cadre-general-de-la-loi-de-Germinal.pdf>
32. Trouiller P. Histoire de la Pharmacie - Chapitre 2 : La pharmacie à l'âge moderne. UE7 – Santé Société Humanité [Internet]. Université Joseph Fourier de Grenoble 2011-2012 [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/trouiller_patrice/trouiller_patrice_p02/trouiller_patrice_p02.pdf
33. Despas F. Réforme des diplômes d'études spécialisées de l'Internat en pharmacie et intégration de la pharmacie au centre hospitalier et universitaire: des avancées concrètes [Thèse]. Thèse d'exercice : Pharmacie : Université Toulouse III : 2009. 147p. Disponible : <http://books.google.fr/books?id=FmTpXwAACAAJ>
34. Arrêté du 27 mars 2012 portant détermination des interrégions d'internat de pharmacie [Internet]. [cité 31 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025630844&dateTexte=&categorieLien=id>
35. Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie. Décrets de février 2012 : une simple réécriture [Internet]. Février 2012. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.fnsip.fr/test/linternat/37-actualites/318-decrets-de-fevrier-2012-une-simple-reecriture.html>

36. CNG. Concours donnant accès au 3ème cycle des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.cng.sante.fr/Concours-donnant-acces-au-3eme.html>
37. Arrêté du 12 juillet 2013 fixant le nombre d'internes en médecine, en pharmacie et en odontologie susceptibles de bénéficier d'une année-recherche pour l'année universitaire 2013-2014 [Internet]. [cité 25 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027731508>
38. AUBIN C, SCHAEZEL CDDF, BILLON A, BLEMONT P, ELIOT A, VEYRET J. Le post-internat Constats et propositions. Insp Générale Aff Soc [Internet]. Juin 2010 [cité 3 mai 2014]; Disponible : http://cdom93.fr/fichier/t_download/142/download_fichier_fr_post_internat_rapport_juin_2010.pdf
39. ANEMF. La CNIPI [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.anemf.org/vie-professionnelle/les-dossiers/la-cnipi.html>
40. ISNI. Le post-internat [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://isni.fr/le-post-internat/>
41. SYNPREFH. Assistants des Hôpitaux [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.synprefh.org/pharmacie/personnel-pui/assistants-des-hopitaux/index.phtml>
42. SYNPREFH. Assistants Hospitaliers Universitaires (AHU) [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.synprefh.org/pharmacie/personnel-pui/assistants-hospitaliers-universitaires/index.phtml>
43. SRLF. Comparatifs des Statuts [Internet]. [cité 26 juill 2014]. Disponible : http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110907-082513-038/src/htm_fullText/fr/20120124_CJ_Comparatifs_Statuts.pdf
44. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Questions-réponses relatives aux praticiens attachés des établissements d'hospitalisation publics [Internet]. [cité 26 juill 2014]. Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-relatives-aux-praticiens-attaches-des-etablissements-d-hospitalisation-publics-495>
45. CHU Besançon. Statut des praticiens attachés [Internet]. [cité 26 juill 2014]. Disponible : http://www.chu-besancon.fr/dam/attache_statut.pdf
46. CHU Besançon. Statut des praticiens contractuels [Internet]. [cité 26 juill 2014]. Disponible : http://www.chu-besancon.fr/dam/contract_statut.pdf
47. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Questions-réponses sur le statut des praticiens contractuels [Internet]. [cité 26 juill 2014]. Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-sur-le-statut-des-praticiens-contractuels-507>
48. SNPHAR. Les praticiens contractuels - Statuts [Internet]. [cité 26 juill 2014]. Disponible : http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar42/statuts-phar-42.pdf
49. SYNPREFH. CNG [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.synprefh.org/pharmacie/personnel-pui/cng/index.phtml>
50. Fédération Hospitalière de France (FHF). Les praticiens hospitaliers [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible sur : <http://www.fhf.fr/Actualites/Medecins/Statuts-et-remunerations/Les-praticiens-hospitaliers>

51. Despas F. La valse des concours. Présentation AAIPT. septembre 2013
52. FHP. Pharmacien gérant [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.fhp.fr/1-fhp/6-informations-services/1125-pharmacien-gerant.aspx>
53. Directive 85/432/CEE du Conseil du 16 septembre 1985 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certaines activités du domaine de la pharmacie [Internet]. [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=fr&type_doc=Directive&an_doc=1985&nu_doc=432
54. Bussièrès J-F, Parent M. Histoire de la spécialisation en santé au Québec - 1re partie. Pharmactuel [Internet]. Janvier-février 2004 [cité 2 juill 2014];37(1):39-50. Disponible : <http://www.pharmactuel.com/sommaires%5C200401ve.pdf>
55. Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles [Internet]. [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_fr.htm
56. Price R. Where next for recognition of hospital pharmacy specialisation across borders? Eur J Hosp Pharm Sci Pract. 6 janv 2012;19(3):301-302.
57. Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (règlement IMI) [Internet]. [cité 26 févr 2014]. Disponible : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:fr:PDF>
58. Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens panorama 01 janvier 2014 [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/159891/778520/version/3/file/Demographie+2014-brochure+nationale.pdf>
59. European Association of Hospital Pharmacists. European Parliament improves professional qualification rules [Internet]. [cité 26 févr 2014]. Disponible : <http://www.eahp.eu/press-room/european-parliament-improves-professional-qualification-rules>
60. Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie. Oui au DES qualifiant. Observance [Internet]. Octobre-décembre 2011 [cité 26 févr 2014]; Hors-Série n°8, pp. 12-13. Disponible : http://www.fnsip.fr/v2/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=138&Itemid=
61. Monnier D. L'avenir de la pharmacie hospitalière fait consensus ! [Internet]. JIM.fr; 03 juin 2014 [cité 2 juill 2014]. Disponible : http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/e-docs/lavenir_de_la_pharmacie_hospitaliere_fait_consensus__145677/document_actu_pro.phtml
62. European Association of Hospital Pharmacists. European Statements of Hospital Pharmacy [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.eahp.eu/sites/default/files/files/European%20Statements%20of%20Hospital%20Pharmacy.pdf>

63. Bussièrès J-F, Marando N. De l'Apothicaire au Spécialiste - Histoire de la pharmacie Hospitalière au Québec [Internet]. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec; 2011 [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.apesquebec.org/app/media/6433>
64. Bussièrès J-F, Parent M. Histoire de la spécialisation en santé au Québec - 2ème partie. Pharmactuel [Internet]. Mars-avril 2004 [cité 2 juill 2014];37(2):90-102. Disponible : <http://www.pharmactuel.com/sommaires%5C200402ve.pdf>
65. Ordre des Pharmaciens du Québec. La spécialisation en Pharmacie [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : http://www.opq.org/CMS/MediaFree/file/Publications/Memoires-positions/Specialisation_Fiche1.pdf
66. Board of Pharmacy Specialties. Resources [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : http://www.bpsweb.org/resources/find_bcp.cfm
67. Tisdale J E. Vers un modèle unifié d'exercice contemporain de la pharmacie en établissement. JCPH [Internet]. Mars-avril 2011 [cité 2 juill 2014];64(2):101-103. Disponible : <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/viewFile/1017/1209>
68. Arrêté du 31 octobre 2008 réglementant les diplômes d'études spécialisées de pharmacie [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019917443>
69. SYNPREFH. Livre blanc - Cap 2020 [Internet]. 13 mai 2013 [cité 29 juin 2014]. Disponible : http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/Article/2011/20111026-124252-475/src/htm_fullText/fr/livre-blanc_cap2020.pdf
70. Sénat. Question écrite n°10815 de M. Ivan Renar : Situation des internes en pharmacie hospitalière [Internet]. JO Sénat du 20/04/1995 [cité 20 févr 2014]; pp.923. Disponible : <http://www.senat.fr/questions/base/1995/qSEQ950410815.html>
71. Parlement européen. Question écrite - Obstacle du fait de directives européennes à la reconnaissance de la pharmacie hospitalière en tant que discipline distincte [Internet]. 9 septembre 1998 [cité 29 juin 2014]; P-2808. Disponible : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+WQ+P-1998-2808+0+DOC+XML+V0//FR>
72. Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie. De l'exigence de la qualification du DES de pharmacie pour l'exercice en PUI [Internet]. 28 Février 2011 [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://www.fnsip.fr/test/component/docman/doc_download/73-de-lexigence-de-la-qualification-du-des-de-pharmacie-pour-lexercice-en-pui-argumentaire.html
73. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. 409 ème session. Séance administrative du 1er octobre 2012. Délibération n°9 [cité 2 juill 2014].
74. Fédération Nationale des Syndicats d'Internes en Pharmacie. De l'exigence du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Pharmacie pour l'exercice en Pharmacie à Usage Intérieur [Internet]. Mai 2013 [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://fnsip.fr/v2/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=236&Itemid=
75. Répertoire ROME. Fiche métier du Pharmacien [Internet]. Pole-Emploi. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://recrutement.pole-emploi.fr/fichesrome/ficherome?codeRome=J1202&domaine=Candidat>

76. Monnier D. Vers un accès de l'exercice en PUI aux seuls pharmaciens titulaires d'un DES [Internet]. JIM.fr; 29 janvier 2014 [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://www.jim.fr/e-docs/vers_un_acces_de_l_exercice_en_pui_aux_seuls_pharmaciens_titulaires_d_un_des_143397/document_actu_pro.phtml
77. Lapostolle S. Etablissements de santé: l'exercice en PUI bientôt limité aux pharmaciens titulaires d'un DES en pharmacie.pdf [Internet]. APM; 22 janvier 2014 [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://www.fnsip.fr/v2/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=342&Itemid=
78. Pouzaud F. Un DES pour l'exercice en PUI. Le Moniteur des Pharmacies. mars 2014;(264):4- 6.
79. Slimano F, Gervais F, Massé C, Langrée B. L'internat en pharmacie hospitalière en France à l'horizon 2014 : vers une formation reconnue ? Ann Pharm Fr [Internet]. Mars 2014 [cité 8 avr 2014]; Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450914000248>
80. Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens panorama 01 janvier 2007 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3954/45585/version/3/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2007.pdf>
81. Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens panorama 01 janvier 2008 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3737/44696/version/3/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2008.pdf>
82. Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens panorama 01 janvier 2009 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3736/44680/version/2/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2009.pdf>
83. Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens panorama 01 janvier 2010 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3735/44664/version/2/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2010.pdf>
84. Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens panorama 01 janvier 2011 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3728/44100/version/3/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2011.pdf>
85. Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens panorama 01 janvier 2012 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/14425/212938/version/6/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2012.pdf>
86. Ordre National des Pharmaciens. Les pharmaciens panorama 01 janvier 2013 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/96829/550893/version/8/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2013.pdf>

87. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le groupement de coopération sanitaire - Fiche HPST [Internet]. [cité 20 févr 2014] Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_HPST_-_Le_groupement_de_cooperation_sanitaire-3.pdf
88. CNG. Rapport d'activité 2007 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/CNG-RAPPORTACTIVITE2007-2.pdf>
89. CNG. Rapport d'activité 2008 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/rapport_activite_2008_2-2.pdf
90. CNG. Rapport d'activité 2009 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/CNG-RAPPORT_D_ACTIVITE_2009-finl-web2-2.pdf
91. CNG. Rapport d'activité 2010 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/CNG_RAPPORT_D_ACTIVITE_2010_web2.pdf
92. CNG. Rapport d'activité 2011 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Activite_2011_2.pdf
93. CNG. Rapport d'activité 2012 [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012_v2.pdf
94. Arrêté du 20 mai 2003 fixant le nombre de postes mis aux concours de l'internat en pharmacie de l'année universitaire 2003-2004 et leur répartition par interrégion, formation et diplôme d'études spécialisées [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000603296&categorieLien=id>
95. Arrêté du 18 juin 2004 modifiant l'arrêté du 25 mai 2004 fixant le nombre de postes mis aux concours de l'internat en pharmacie de l'année universitaire 2004-2005 et leur répartition par interrégion, formation et diplôme d'études spécialisées [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000417540>
96. Arrêté du 25 mai 2005 fixant le nombre de postes mis aux concours de l'internat en pharmacie de l'année universitaire 2005-2006 et leur répartition par interrégion, formation et diplôme d'études spécialisées [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000259137>
97. Arrêté du 1er décembre 2006 modifiant l'arrêté du 19 juin 2006 fixant le nombre de postes mis aux concours de l'internat en pharmacie de l'année universitaire 2006-2007 et leur répartition par interrégion, formation et diplôme d'études spécialisées [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000241216&dateTexte=&categorieLien=id>
98. Arrêté du 30 avril 2007 portant ouverture des concours d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques au titre de l'année universitaire 2007-2008 [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000426795&dateTexte=&categorieLien=id>
99. Arrêté du 9 décembre 2008 portant ouverture des concours d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques au titre de l'année universitaire 2009-2010

- [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020010052>
100. Arrêté du 4 janvier 2010 portant ouverture et répartition des postes offerts au titre de l'année universitaire 2010-2011 aux concours d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021696224>
101. Arrêté du 30 novembre 2010 portant ouverture et répartition des postes offerts au titre de l'année universitaire 2011-2012 aux concours d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023161159>
102. Arrêté du 14 décembre 2011 portant ouverture et répartition des postes offerts au titre de l'année universitaire 2012-2013 au concours d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024979133>
103. Arrêté du 11 décembre 2012 portant répartition des postes offerts au titre de l'année universitaire 2013-2014 au concours national d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026767000>
104. Arrêté du 27 novembre 2013 portant ouverture au titre de l'année universitaire 2014-2015 du concours national d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028253233&dateTexte=&categorieLien=id>
105. Arrêté du 27 novembre 2013 portant répartition des postes offerts au titre de l'année universitaire 2014-2015 au concours national d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 02 mai 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028253226>
106. Arrêté du 28 mai 2014 portant ouverture au titre de l'année universitaire 2015-2016 du concours national d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 20 juin 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029009878>
107. Arrêté du 13 juin 2014 portant répartition au titre de l'année universitaire 2015-2016 des postes offerts au concours national d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques [Internet]. [cité 29 juin 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029095714&fastPos=1&fastReqId=611364908&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
108. ARS Midi-Pyrénées. Chiffres clés [Internet]. Novembre 2013 [cité 24 févr 2014]. Disponible : http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/O_INTERNET_ARS_MIP/ACTU/Chiffres_cles/ARS_Chiffres-cles_MP_112013.pdf
109. Ordre National des Pharmaciens. Démographie 2012 (Midi-Pyrénées) [Internet]. [cité 24 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/14480/213440/version/1/file/Midi-Pyrenees-Demographie-2012.pdf>

110. Ordre National des Pharmaciens. Démographie 2013 (Midi-Pyrénées) [Internet]. [cité 26 févr 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/96846/550979/version/1/file/Midi-Pyr%C3%A9n%C3%A9es-Demographie+2013.pdf>
111. Ordre National des Pharmaciens. Démographie 2014 (Midi-Pyrénées) [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/159906/778570/version/1/file/39446+-+Demographie+2014+%28MIDI-PYRENEES%29_V2.pdf
112. Ordre National des Pharmaciens. Section H - Inscription [Internet]. [cité 1 juill 2014]. Disponible : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/4511/50578/version/2/file/Section-H-inscription.pdf>
113. Drees. Eléments démographiques et géographiques sur les pharmaciens en 2002, issus de la base Adeli corrigée et comparaison à d'autres sources : prioritairement aux chiffres édités par le Conseil National des Pharmaciens [Internet]. 08 avril 2004 [cité 31 mai 2014]. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pharmaciens.pdf>
114. ONDPS. Rapport n°2002135 - Mission « Démographie des professions de santé » [Internet]. Novembre 2002 [cité 29 juin 2014]. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf>
115. Commission européenne. Recommandation du conseil concernant le programme national de réforme de la France pour 2014 [Internet]. 2 juin 2014 [cité 14 juin 2014]. Disponible : http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/csr2014_france_fr.pdf
116. Académie de Pharmacie. Rapport - Régulation du flux des étudiants en pharmacie dans le contexte européen [Internet]. Avril 2014 [cité 3 mai 2014]. Disponible : http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_EDPC_REgulation_du_flux_des_Etudiants_en_pharmacie_dans_le_contexte_europEen_01.04.2014.pdf
117. Couraud F, Pruvot F-R. Rapport - Troisième cycle des études médicales. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche [Internet]. Avril 2014 [cité 20 juill 2014]. Disponible : <http://avenirdelamedecine.fr/rapport-couraud-pruvot/>
118. Pharmine. Position Papers [Internet]. [cité 2 juill 2014]. Disponible : <http://www.pharmine.org/position-papers/>
119. Commission européenne. Conférence « Modernisation of the Professional Qualifications Directive: safe mobility » [Internet]. 12 février 2014 [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://ec.europa.eu/internal_market/conferences/2014/0212-safe-mobility/index_en.htm
120. Verger P. Rapport « Politique du médicament en EHPAD ». Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Décembre 2013 [cité 20 juill 2014]. Disponible : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf
121. IGF-IGAS. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 [Internet]. Juin 2012 [cité 26 févr 2014]. Disponible : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM_IGAS-IGF.pdf
122. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La stratégie nationale de santé - Conférence nationale de santé (C.N.S.) [Internet]. [cité 20 juill 2014]. Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/planification-nationale-et-regionale-en-sante.html>

123. DHOS. Rapport national SECURIMED [Internet]. Octobre 2009 [cité 3 mai 2014]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_NATIONAL_SECURIMED.pdf
124. Bussièrès J-F, Lefebvre P, Bois D, Vallée M, Théberge M, Racine M-C. Indicateurs et pratique pharmaceutique. Pharmactuel [Internet]. Avril-mai-juin 2010 [cité 2 juill 2014];43(2):117-128. Disponible : <http://www.pharmactuel.com/sommaires%5C201002ge.pdf>
125. Société Française de Pharmacie Clinique. Indicateurs en pharmacie hospitalière - 2ème édition [Internet]. 15 janvier 2008 [cité 20 juill 2014]. Disponible : http://www.sfpc.eu/phocadownload/Ouvrage_indicateurs_2008_version_du_15_01_2008.pdf
126. Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre Ier du titre Ier du livre VII du Code de la Santé Publique [Internet]. [cité 20 juill 2014]. Disponible : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000213452>
127. Ordre National des Pharmaciens - Section H. Contribution - Pacte de confiance à l'hôpital public [Internet]. [cité 20 févr 2014]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_contribution_Ordre_National_des_Pharmaciens.pdf
128. FIP-OMS. Developing Pharmacy Practice [Internet]. Edition 2006 [cité 20 juill 2014]. Disponible : <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeFR.pdf>

VII. Annexes

1. Pré-rapport final du groupe de travail sur le 3^{ème} cycle des études de pharmacies (juin 1983)
2. Projet de décret d'exclusivité d'exercice en PUI soumis au conseil d'Etat le 05/06/2014
3. Questionnaire Européen sur le métier de pharmacien en établissement de santé

JUIN 1983

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA MISE EN PLACE
DU 3^{EME} CYCLE DES ETUDES

PRE - RAPPORT

PLAN DU RAPPORT FINAL

ELEMENTS CI-JOINTS

- AVANT-PROPOS

- 1 - INTRODUCTION

- 2 - OBJECTIFS GENERAUX

- 3 - STRUCTURE ET ORGANISATION GENERALE

- 4 - ANNEE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE.....A

- 5 - CONCOURS DE L'INTERNAT.....B

- 6 - MODALITES TRANSITOIRES.....C

- 7 - FORMATION A L'OFFICINE.....D

- 8 - FORMATION AUX CARRIERES INDUSTRIELLES.....E

- 9 - FORMATION AUX CARRIERES HOSPITALIERES ET
DE SANTE PUBLIQUE.....F

- 10 - FORMATION A LA BIOLOGIE CLINIQUE.....G

- 11 - FORMATION A ET PAR LA RECHERCHE.....H

- ANNEXE : CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'INTERNAT
QUALIFIANT.....I

CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'INTERNAT QUALIFIANT EN PHARMACIE

1) SPECIFICITE DES FORMATIONS PHARMACEUTIQUES

Depuis quelques décennies, la formation des spécialistes dans les disciplines de santé évolue d'une manière analogue dans la plupart des pays et tend à associer de façon cohérente une fonction hospitalière de responsabilité et une formation universitaire adaptée, le tout permettant de valider un D.E.S. La qualification, soit par la seule pratique hospitalière, soit par les seuls enseignements universitaires, se trouve ainsi remplacée par ce qui, en France, a pris la forme d'un Internat qualifiant.

Conçu au départ pour les disciplines médicales cliniques, cet Internat qualifiant permet de définir assez facilement les objectifs de formation d'un D.E.S. correspondant à une spécialité ou à un groupe de spécialités de la médecine, Un D.E.S. devient donc naturellement qualifiant pour l'exercice de la médecine dans une spécialité.

Pour la Biologie Clinique, les règles générales peuvent s'appliquer. Certes, il faut tenir compte ici du fait que cette spécialisation est nécessairement "pluri-disciplinaire", mais, comme dans les spécialités médicales, la qualification (D.E.S. de Biologie Médicale) donne seule accès à l'exercice professionnel (direction de laboratoire d'analyses médicales).

Pour les autres disciplines pharmaceutiques, le problème se pose différemment et l'Internat "qualifiant" n'a pas la même signification. Il n'existe en effet, aucun débouché qui soit strictement réservé aux détenteurs d'un D.E.S. La qualification correspond donc à l'acquisition d'une compétence qui doit être connue et reconnue par d'éventuels employeurs publics et privés. Par exemple, dans le secteur public, le D.E.S. de Pharmacie Hospitalière ne peut à lui seul conditionner l'accès à la carrière de pharmacien résident des hôpitaux ; il faut en plus envisager un recrutement sur concours. De même, pour l'industrie, il faut adapter les formations sanctionnées par les D.E.S. aux débouchés réels et faire en sorte que les diplômés issus de cette filière soient compétitifs par rapport à ceux d'autres formations.

Avec la mise en place de l'Internat qualifiant, nous disposons d'une possibilité de créer de nouvelles formations de 3ème cycle. Les fonctions d'Interne fournissent une expérience professionnelle irremplaçable et appréciée. La partie universitaire de la formation doit fournir la qualification de nature et de niveau adapté au débouché choisi. Le groupe attire l'attention des collègues sur les grandes possibilités d'innovation pédagogique offertes par l'Internat qualifiant. Les premiers travaux ont été consacrés à l'élaboration de D.E.S. correspondant aux débouchés les plus nombreux et pouvant être mis en place rapidement. Il reste encore, par une large concertation, à compléter et à diversifier ces propositions. Il faut notamment explorer les possibilités d'autres types de formations consacrant une partie plus importante du mi-temps universitaire à la recherche. Ceci doit se faire en mettant à profit les compétences scientifiques et les spécificités locales.

2) STRUCTURE DES FORMATIONS PHARMACEUTIQUES

La structure type d'un D.E.S. de sciences pharmaceutiques spécialisées n'a pas encore été fixée.

Nos D.E.S. devraient avoir des structures analogues à celles des formations médicales spécialisées, tout en tenant compte des exigences spécifiques aux formations en sciences pharmaceutiques spécialisées. En particulier dans nos D.E.S., l'hôpital ne peut à lui seul assurer l'ensemble de la formation. La partie universitaire de la formation aura une part très importante car elle fera intervenir des laboratoires possédant un équipement lourd que l'on ne trouve pas toujours à l'hôpital. De plus, le secteur universitaire n'est généralement pas à proximité du secteur hospitalier.

Un D.E.S. doit comporter :

- a) Des fonctions d'Interne sur 8 semestres
 - n semestres à effectuer obligatoirement dans certains services spécialisés, définis et habilités pour le D.E.S.
 - n' semestres à effectuer obligatoirement dans des services reconnus comme polyvalents et habilités comme tels.
 - n' semestres optionnels à effectuer dans des spécialités les plus diverses.

Des semestres extra-hospitaliers (obligatoires ou optionnels) peuvent être proposés en les justifiant.

De même, des semestres à effectuer en unité de soins peuvent être sou-haîtés (pharmacie hospitalière par exemple), à titre obligatoire ou optionnel, en précisant les fonctions des Internes.

b) Une formation universitaire sur 8 semestres

Le nombre total d'UVS semestrielles (obligatoires ou optionnelles) à valider doit être précisé, en tenant compte de ce qu'un D.E.A. peut faire partie intégrante du D.E.S. ou non, ou encore être admis en équivalence pour des UVS optionnelles.

Les UVS devraient comprendre beaucoup d'enseignements dirigés et de séminaires, et comporter un important travail personnel (mises au point, rédaction de rapports bibliographiques, étude d'un projet, etc...) réalisé en partie à l'université et en partie à l'hôpital. Elles peuvent être variées, tant par leur nature que par leur mode de validation.

La formation pratique doit être répartie entre les fonctions d'Internes et les UVS.

N.B. Il est techniquement impossible de synchroniser sur un même semestre, des fonctions d'Interne dans un domaine défini et les enseignements de l'UVS correspondante. Dans certains cas, on peut envisager d'exiger la validation d'une UVS avant d'effectuer tel semestre d'Internat, ou, à l'inverse, limiter l'accès à une UVS aux Internes ayant déjà effectué le semestre d'Internat correspondant, ou toute autre condition chronologique d'organisation.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère des affaires sociales
et de la santé**

DECRET n° du

relatif aux conditions d'exercice et de remplacement au sein des pharmacies à usage intérieur

NOR : AFSH1407651D

Publics concernés : *Les pharmaciens qui exercent ou souhaitent exercer au sein d'une pharmacie à usage intérieur, les internes en pharmacie qui souhaitent effectuer des remplacements au sein des pharmacies à usage intérieur*

Objet : *Instaurer l'obligation de posséder le diplôme d'études spécialisées de pharmacie pour l'exercice au sein d'une pharmacie à usage intérieur et préciser les conditions de remplacement par les internes de pharmacie*

Entrée en vigueur : *le 1^{er} septembre 2016*

Notice explicative : *L'objet du présent décret est de réserver aux titulaires du diplôme d'études spécialisées de pharmacie, l'exclusivité de l'exercice dans une pharmacie à usage intérieur et de fixer les conditions dans lesquelles des étudiants en pharmacie peuvent y effectuer des remplacements.*

Références : *Le décret modifie le code de la santé publique qui peut être consulté, dans sa rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>.)*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles ;

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.5126-14, R. 5126-1 et suivants,

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :**Article 1^{er}**

Le chapitre VI du titre II du livre 1^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les sections 3 et 4 deviennent respectivement les sections 4 et 5 ;

2° Après la section 2, il est inséré une section 3 nouvelle ainsi rédigée :

*« Section 3**« Dispositions communes à l'ensemble des pharmacies à usage intérieur*

Article R. 5126-101-1 – Pour exercer au sein d'une pharmacie à usage intérieur, le pharmacien est titulaire soit :

1° Du diplôme d'études spécialisées de pharmacie hospitalière et des collectivités ;

2° Du diplôme d'études spécialisées de pharmacie industrielle et biomédicale ;

3° Du diplôme d'études spécialisées de pharmacie.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux pharmaciens sapeurs-pompiers volontaires exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur des services départementaux d'incendie et de secours, ni aux pharmaciens militaires réservistes exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur militaires une activité au titre d'un engagement à servir dans la réserve opérationnelle.

Article R. 5126-101-2 – Par dérogation aux dispositions de l'article R. 5126-101-1, peut également exercer au sein d'une pharmacie à usage intérieur, le pharmacien qui :

1° A la date du 1^{er} septembre 2016, exerce au sein d'une pharmacie à usage intérieur, soit à temps plein soit à temps partiel, depuis une durée équivalente à deux ans à temps plein sur la période des dix dernières années ;

2° Après le 1^{er} septembre 2016 et jusqu'au 1^{er} septembre 2024, reprend un exercice au sein d'une pharmacie à usage intérieur et justifie, à la date de la reprise, d'un exercice au sein d'une pharmacie à usage intérieur, soit à temps plein soit à temps partiel, d'une durée équivalente à deux ans à temps plein sur la période des dix dernières années.

Article R. 5126-101-3 – Peut également exercer au sein d'une pharmacie à usage intérieur un pharmacien ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse, titulaire d'un titre de formation de pharmacien délivré par l'un de ces Etats et qui :

1° A la date du 1^{er} septembre 2016, exerce, au sein d'une pharmacie à usage intérieur dans l'un de ces Etats, soit à temps plein soit à temps partiel, depuis une durée équivalente à deux ans à temps plein sur la période des dix dernières années ;

2° Après le 1^{er} septembre 2016 et jusqu'au 1^{er} septembre 2024, reprend un exercice au sein d'une pharmacie à usage intérieur et justifie, à la date de la reprise, d'un exercice au sein d'une pharmacie à usage intérieur dans l'un de ces Etats soit à temps plein soit à temps partiel, d'une durée équivalente à deux ans à temps plein sur la période des dix dernières années.

Article R. 5126-101-4 - A compter du 1^{er} septembre 2016, peuvent également exercer ou reprendre un exercice au sein d'une pharmacie à usage intérieur, les pharmaciens lauréats des épreuves de vérification des connaissances prévues à l'article L. 4221-12 du présent code ou à l'article premier de la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne, organisées au plus tard au titre de l'année 2015, et ayant obtenu une autorisation d'exercice de la pharmacie au plus tard le 1^{er} septembre 2024, lorsqu'ils justifient avoir effectué la totalité des fonctions hospitalières, exigées en application des dispositions précitées, au sein d'une pharmacie à usage intérieur.

Article R. 5126-101-5 – Les conditions dans lesquelles est attestée la preuve de l'exercice au sein d'une pharmacie à usage intérieur, mentionné aux articles R. 5126-101-2 à R. 5126-101-4, sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R. 5126-101-6 – Lorsque le remplacement d'un pharmacien exerçant dans une pharmacie à usage intérieur, autre que le pharmacien gérant, ne peut être assuré dans les conditions prévues aux articles R. 5126-46, R. 5126-79 ou R. 5126-101, il peut être effectué par les internes en pharmacie et par les pharmaciens assistants des hôpitaux des armées ayant validé :

1° La totalité du deuxième cycle des études pharmaceutiques en France ;

2° Cinq semestres de formation du diplôme d'études spécialisées de pharmacie effectués, au titre du troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques, dans chacun des quatre domaines de la pharmacie.

Dans ce cas, le président du conseil central de l'ordre des pharmaciens délivre à l'interne un certificat à remettre au directeur d'établissement et au pharmacien assurant la gérance de la pharmacie à usage intérieur, attestant qu'il remplit les conditions prévues pour ce remplacement : l'établissement de ce certificat est subordonné, pour ce qui concerne la constatation des études effectuées, à une attestation délivrée à l'interne par le directeur de l'unité de formation et de recherche auprès de laquelle il est inscrit en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie. Ce certificat est valable un an sur l'ensemble du

territoire. Il peut être renouvelé dans les mêmes conditions, sur justification de la poursuite des mêmes études.

Pour les pharmaciens assistants des hôpitaux des armées, ce certificat est délivré par le ministre de la défense.

Article 2

Le présent décret entre en vigueur le 1^{er} septembre 2016.

Article 3

La ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur et le ministre de la défense sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

fait le

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales
et de la santé

Marisol TOURAINE

Le ministre de la défense

Jean-Yves LE DRIAN

Le ministre de l'intérieur

Bernard CAZENEUVE

A survey on the status of pharmacy internships in the European hospital sector

GENERAL PRESENTATION

You are invited to participate in a survey on the status of pharmacy internships in the European hospital sector.

Led by FNSIP-BM (the French association that represents all French pharmacy residents), with support from the European Association of Hospital Pharmacists (EAHP) and European Pharmaceutical Students' Association (EPSA), its intention is to give a clearer comparative picture as to the approach taken by different countries in Europe to the question of raising a newly graduated pharmacist's competency to the level required to practice independently in the hospital pharmacy setting.

It is hoped the findings can be of assistance to policy makers and opinion formers in the areas of pharmacy education and hospital pharmacy management across Europe.

The length of the online survey should be approximately 15 minutes.

We thank you in advance for giving time to participate in the survey and hope to be able to share results with you before the end of the calendar year.

The survey will close the April 15, 2014

The team of FNSIP-BM.

If you have any questions about this survey, please contact us at aurelieguerin01@gmail.com

SURVEY PRESENTATION

Please note the following guidelines:

The survey consists of 28 questions.

Tick all the answers that are applicable.

If a specific training designed to train future hospital pharmacists doesn't exist in your country, please simply answer the first three questions.

We recommend completing the entire questionnaire at once because you won't be able to save your data before the survey has been completed.

To navigate through this survey, please use the navigation buttons:

Click "Suiv" to proceed to the next page.

Click "Préc" to return to the previous page.

Click "Terminé" before the end if you have to leave the survey.

1. Which country are you from?

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Belarus
Belgium
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czech Republic
Denmark
Estonia
Finland
France
FYROM
Georgia
Germany
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Italy
Kazakhstan
Latvia
Liechtenstein
Lithuania
Luxembourg
Malta
Moldova
Monaco
Montenegro
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Romania
Russia
San Marino
Serbia
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Switzerland
Turkey
Ukraine
United Kingdom
Vatican City
Other. If other, please specify

2. What is your professional status?

Student

Pharmacy resident/intern

Hospital pharmacist

Other. If other, please specify

3. In your country, is there a training programme in existence for developing the competencies of a new graduate pharmacist to a level at which they can practice independently in the hospital setting?

Yes

We do not have a formal training programme of this nature in my country

Comments

GENERAL INFORMATION

4. Is pursuit of a formal training programme a **MANDATORY** condition for new pharmacist graduates in order to work independently as a hospital pharmacist in a health facility?

Yes

No

Comments

5. What is the title of the specific training designed to train future hospital pharmacists? (For example in France: Diplôme d'études spécialisées)

Free field

6. What is the total length of the pharmacy training programme for new pharmacy graduates to become a hospital pharmacist?

Free field

ACCESS TO TRAINING/PROGRAM

7. Does the training orientation from pharmacy student to independently practising hospital pharmacists begin before or after graduation? (For example in France:after the fifth year)
Free field

8. Is there an entrance selection to the specific training designed to train future hospital pharmacists (i.e. exam, competition, transcript...)?

Yes

No

Comments

9. If an entrance selection in training exists, what kind of selection is it?

Competitive entrance exam/ Entrance competition

Minimum score required at exams

Transcript, Best school marks, Application form

Interviews

Other.If other, please specify

10. What are the pre-requisite requirements for access to the specific training programme for future hospital pharmacists? Tick all those that apply and leave any missed requirements in the comment box:

Completed Masters in Pharmacy (MPharm), or equivalent

Enrolled in graduate pharmacy education (e.g. PharmD)

Licensed with the relevant national authority as a pharmacist

Other. If other, please specify

CONTENT OF THE SPECIFIC TRAINING

11. Is the specific training for future hospital pharmacists linked to a faculty of pharmacy at a university?

Yes

No

Comments

12. Does the intern /resident of pharmacy have to have a mentor for the complete length of the training?

Yes

No

Comments

13. Does the specific training for future hospital pharmacists include internships(i.e physical presence and learning in a hospital)?

Yes

No

Internship during basic pharmacy degree in hospital

Comments

14. How long does a rotation last? Tick boxes – only 1 answer

Monthly

Every 3 months

Every 6 months

Each year

Other. If other, please specify

15. Does the intern/resident have to complete all of their internships in the same health facility?

Yes

No

Comments

16. The intern/resident does the following activities during the internship - Tick all that apply

Activities concerning enteral or parenteral nutrition

Activities concerning radiopharmacy

Activities concerning sterilization

Activities regarding management/distribution and group purchasing and supply (call for tender, management of supply disruptions, management of drugs under Temporary Use Authorisation and imported drugs...)

Activities regarding preparation/pharmaceutical technologies (cytotoxics, parenteral nutrition, eye drops,...)

Counselling activities (for patients or health care professionals)

Distribution

Drug safety

Educational activities, students' and Pharmacy technical assistants' training

Implementation a quality controlling system of the Pharmacy department (implementation of politics and procedures, editing of protocols and procedures, implementation of audits...)

Management and follow-up of clinical trials (implementation, monitoring, closure of clinical trials...)

Management of medical devices

Medical rounds

Monitoring of drugs at beginning of hospitalization and discharge of patients

Monitoring of pharmacotherapy (regular evaluation of patient files, laboratory results...)

Pharmaceutical validation

Pharmacokinetics

Prevention and information

Quality Controlling at the manufacturing department

Research projects

Risk management

Other. If other, please specify

17. Is there a predefined model for the educational program for resident /intern or an mandatory sequence of internships?

Yes

No

Comments

18. Does the intern / resident enrolled in the specific training for future hospital pharmacists receive a salary?

Yes

No

Comments

19. Does the registered intern / resident in the specific training for hospital pharmacists participate in on-call shifts(i.e pharmaceutical assistance during closing hours)?

Yes

No

Comments

THEORETICAL LESSONS

20. Does the specific training for future hospital pharmacists include OBLIGATORY theoretical lessons within the Faculty of Pharmacy?

Yes

No

Comments

21. Does the specific training for future hospital pharmacists include OBLIGATORY theoretical lessons outside the Faculty of Pharmacy?

Yes

No

Comments

22. How many ECTS (European Credits Transfer System) do the OBLIGATORY theoretical lessons include?

Comments

23. How many hours the OBLIGATORY theoretical lessons include?

Comments

24. How much are the annual scholar fees for one year of the specific training for future hospital pharmacists, if applicable?

Comments

25. Does the annual scholar fees are paid by the student or hospital, if applicable?

Student

Hospital

Other. If other, please specify

Comments

26. Which kinds of lessons are given in the specific training designed to train future hospital pharmacists

Lecture

Tutorial

Practical

Project work

Other. If other, please specify

VALIDATION OF THE TRAINING AND, AFTER?

27. What are the procedures for validation of the specific training designed to train future hospital pharmacists?

Ph.D.

Thesis

Validation of the theoretical lessons (exams)

Validation internship

Other. If other, please specify

28. What is the status of the intern / resident after completing the specific training (i.e residency) designed to train future hospital pharmacists?

Pharmacist Assistant (temporary status)

Pharmacist

Other. If other, please specify

THANKS

Thank you for participating in this survey.

The team of FNSIP-BM, in cooperation with EAHP and EPSA