HAL
open science

# Analyse des conséquences “ officinales ” de l’évolution de la loi relative à l’assurance-maladie en Suisse : cas de la rémunération des pharmaciens

Christine Boulard

▶ **To cite this version:**

Christine Boulard. Analyse des conséquences “ officinales ” de l’évolution de la loi relative à l’assurance-maladie en Suisse : cas de la rémunération des pharmaciens. Sciences pharmaceutiques. 2007. dumas-01130673

**HAL Id: dumas-01130673**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01130673v1**

Submitted on 12 Mar 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 Joseph Fourier GRENOBLE PHARMACIE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

B.U.M GRENOBLE
D 115 097304 5

2e exemplaire

# UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

## FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : ***2007***

N° 7027

# *ANALYSE DES CONSEQUENCES « OFFICINALES » DE L'EVOLUTION DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE – MALADIE EN SUISSE :*

## *Cas de la rémunération des pharmaciens*

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

***DIPLÔME D'ETAT***

***Christine BOULARD***

*Née le 27 Septembre 1982* *A Montélimar*

*THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE*

*Le 10 juillet 2007*

*DEVANT LE JURY COMPOSE DE*

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE GRENOBLE MÉDECINE - PHARMACIE

*Président du jury : M. Benoît ALLENET*

*Membres :*
*Mme Martine DELETRAZ-DELPORTE : Directeur de thèse*
*M. Bernard CHAMPON*
*M. Pierre BERAS*

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

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

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice -Doyenne : Mme **Edwige NICOLLE**

## PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

| | | |
|---|---|---|
| **BAKRI** | Aziz | Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (GRNR, INSERM E03 40) |
| **BURMEISTER** | Wilhelm | Physique (I.V.M.S) |
| **CALOP** | Jean | Pharmacie Clinique (CHU) |
| **DANEL** | Vincent | SAMU-SMUR et Toxicologie (CHU) |
| **DECOUT** | Jean-Luc | Chimie Bio Inorganique (D.P.M.) |
| **DEMENGE** | Pierre | Physiologie / Pharmacologie |
| **DROUET** | Emmanuel | Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie (I.V.M.S) |
| **FAVIER** | Alain | Biochimie (L.A.N) |
| **GODIN-RIBUOT** | Diane | Physiologie – Pharmacologie (HP2) |
| **GOULON** | Chantal | Physique (E.S.R.F) |
| **GRILLOT** | Renée | Parasitologie - Mycologie Médicale (CHU) |
| **LECLERC** | Gérard | Chimie organique |
| **MARIOTTE** | Anne-Marie | Pharmacognosie (D.P.M.) |
| **PEYRIN** | Eric | Chimie Analytique (D.P.M.) |
| **RIBUOT** | Christophe | Physiologie / Pharmacologie (HP2) |
| **ROUSSEL** | Anne-Marie | Biochimie (N.V.M.C.) |
| **SEIGLE MURANDI** | Françoise | Emérite |
| **STEIMAN** | Régine | Biologie Cellulaire (T.I.M.C.) |
| **WOUESSIDJEWE** | Denis | Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M.) |

## PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

| | | |
|---|---|---|
| **CHAMPON** | Bernard | Pharmacie Clinique |
| **RIEU** | Isabelle | Qualitologie |

Mise à jour du 13/03/07

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE
GRENOBLE
MÉDECINE - PHARMACIE

**ENSEIGNANTS ANGLAIS**

FITE Andrée
GOUBIER Laurence

**POSTES D'ATER**

| | | |
|---|---|---|
| ½ ATER | TRAVIER Laetitia | Immunologie |
| ½ ATER | SACCONE Patrick | Mycologie |
| 1 ATER | MICHALET Serge | Pharmacognosie |
| 1 ATER | KHALEF Nawel | Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Précédés Pharmaceutiques (GRNR, INSERM, E03 40) |
| 1 ATER | BEGUIN Pauline | Physiologie |

**PROFESSEUR AGREGE (PRAG)**

**ROUTABOUL** Christel Chimie Générale (D.P.M.)

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

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice -Doyenne : Mme **Edwige NICOLLE**

## MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

| | | |
|---|---|---|
| **ALDEBERT** | Delphine | Parasitologie - Mycologie (L.A.P.M./UMR CNRS 5163) |
| **ALLENET** | Benoît | Pharmacie Clinique (CHU/ ThEMAS TIMC-IMAG) |
| **BARTOLI** | Marie-Hélène | Pharmacologie et Physiologie |
| **BATANDIER** | Cécile | Nutrition et Physiologie (INSERM E-0221 Bioénergétique Fondamentale et Appliquée) |
| **BOUMENDJEL** | Ahcène | Pharmacognosie (D.P.M.) |
| **BRETON** | Jean | Biologie Moléculaire / Biochimie (L.A.N.) |
| **BUDAYOVA SPANO** | Monika | Biophysique Structurale (I.V.M.S.) |
| **CHOISNARD** | Luc | Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M) |
| **COLLE** | Pierre Emmanuel | Anglais |
| **DELETRAZ-DELPORTE** | Martine | Droit Pharmaceutique Economie Santé (Lyon) |
| **DEMEILLIERS** | Christine | Biochimie (N.V.M.C) |
| **DESIRE** | Jérôme | Chimie Bio- organique (D.P.M.) |
| **DURMORT-MEUNIER** | Claire | Virologie (I.B.S.) |
| **ESNAULT** | Danielle | Chimie Analytique (D.P.M.) |
| **FAURE** | Patrice | Biochimie (HP2) |
| **GEZE** | Annabelle | Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M.) |
| **GERMI** | Raphaële | Microbiologie (I.V.M.S. / CHU) |
| **GILLY** | Catherine | Chimie Thérapeutique (D.P.M.) |
| **GROSSET** | Catherine | Chimie Analytique (D.P.M.) |
| **GUIRAUD** | Pascale | Biologie Cellulaire et Génétique (T.I.M.C) |
| **HININGER-FAVIER** | Isabelle | Biochimie (N.V.M.C) |
| **JOYEUX-FAURE** | Marie | Physiologie –Pharmacologie (HP2) |
| **KRIVOBOK** | Serge | Botanique - Cryptogamie (L.E.C.A) |
| **MORAND** | Jean-Marc | Chimie Thérapeutique (D.P.M.) |
| **NICOLLE** | Edwige | Chimie Organique (D.P.M.) |
| **PINEL** | Claudine | Parasitologie - Mycologie Médicale (CHU/CIB) |
| **RACHIDI** | Walid | Biochimie (L.A.N.) |
| **RAVEL** | Anne | Chimie Analytique (D.P.M.) |
| **RAVELET** | Corinne | Chimie Analytique (D.P.M.) |
| **SEVE** | Michel | Biotechnologie (CHU / CRI IAB) |
| **TARBOURIECH** | Nicolas | Biophysique (I.VM.S.) |
| **VANHAVERBEKE** | Cécile | Chimie Bio organique (D.P.M.) |
| **VILLEMAIN** | Danielle | Biostatiques (Radio pharmaceutiques Bio cliniques, INSERM E03 40) |
| **VILLET** | Annick | Chimie Analytique (D.P.M.) |

# DEDICACES

**A ma mère et à la mémoire de mon père**

# REMERCIEMENTS

**A mon directeur de thèse,**
**Madame Martine Deletraz-Delporte** (Pharmacien)

Vous m'avez guidé dans l'élaboration de cette thèse. Malgré vos nombreux engagements, vous avez su vous montrer disponible, répondre à mes attentes et me divulguer de précieux conseils, me permettant d'aboutir à l'élaboration de cette thèse. Plus encore, vous m'avez offert votre soutien lorsque j'ai du traverser certains moments difficiles. Soyez assurée de ma respectueuse considération et de ma profonde gratitude.

**A mes Assesseurs,**

**A Monsieur Benoît Allenet, Président de mon Jury** (Pharmacien)

J'ai été particulièrement sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider le jury de cette thèse, d'autant plus que vous m'avez initialement orientée pour le choix de ce sujet.

**A Monsieur Bernard Champon, Membre du Jury** (Pharmacien)

Ayant agréé de siéger parmi mes juges, recevez mes remerciements les plus sincères.

**A Monsieur Pierre Beras, Membre du Jury** (Pharmacien)

Je vous suis reconnaissante de votre présence au sein de ce jury de thèse.

**A Madame Joëlle Bagnoud et à son équipe officinale**

Vous m'avez chaleureusement accueillie dans votre officine à Crans-Montana pendant trois mois pour mon stage de sixième année. Vous avez eu la gentillesse de me faire partager votre expérience de la pratique officinale helvétique. Veuillez recevoir mes plus remerciements les plus cordiaux.

**A pharmaSuisse – Société Suisse de Pharmacie :**

Pour l'ensemble des documents que vos collaborateurs m'ont gracieusement fournis et qui m'ont aidé à me familiariser avec la Rémunération Basée sur les Prestations (RBP) des pharmaciens.

**A mon père**

A la mémoire de mon père qui m'a soutenue dans ma décision d'entreprendre des études de Pharmacie et qui sera toujours présent dans mes pensées.

**A ma mère**

Pour l'amour dont tu m'as toujours entourée. Pour l'équilibre et les encouragements que tu m'as apportés dans les moments délicats. Je ne saurais trouver de mots assez forts pour te dire à quel point tu tiens une place essentielle dans ma vie.

**A mon frère**

En remerciement de ton précieux soutien moral et de tes conseils avisés, toi qui a toujours été pour moi un modèle. Soit assuré de ma plus profonde affection et admiration.

**A ma famille et à mes amis**

Trouvez ici un témoignage de mon attachement à votre égard.

# TABLE DES MATIERES

**INTRODUCTION** ..... 16

**AVANT-PROPOS : LA SUISSE** ..... 18
Langues et religions ..... 18
Politique ..... 18
Politique étrangère ..... 20
Economie ..... 21
Santé ..... 21

**1ère partie : LE SYSTEME DE SANTE SUISSE A TRAVERS LA LAMAL ET LES MEDICAMENTS** ..... 23
1.1 Présentation de la LAMal ..... 23
1.1.1 Origines et fondements de la LAMal ..... 23
1.1.2 Objectifs de la LAMal ..... 25
1.1.3 Financement du système de santé selon la LAMal ..... 26
1.1.4 Les prestataires de soins selon la LAMal ..... 30
1.1.5 Les conventions tarifaires selon la LAMal ..... 32
1.2. Les médicaments ..... 34
1.2.1 Autorisation de mise sur le marché (AMM) ..... 34
1.2.2 Admission au remboursement ..... 37
1.2.3 Fixation des prix ..... 40

**2ème partie : CONSEQUENCES DE LA LAMAL : LA REMUNERATION BASEE SUR LES PRESTATIONS (RBP)** ..... 49
2.1. Historique ..... 49
2.1.1 Signature de la convention RBP ..... 49
2.1.2 Evolutions de la RBP ..... 51
2.1.3 Modalités générales de la RBP ..... 53
2.1.4 Bases légales de la RBP ..... 54
2.2. Situation actuelle ..... 57
2.2.1 Validation d'ordonnance ..... 57
2.2.2 Substitution générique (Annexe 1 Art.7 Convention RBP III) ..... 63
2.2.3 Aide à la compliance (Annexe 1 Art.6 Convention RBP III) ..... 66
2.2.4 Service d'urgence (Annexe 1 Art.4 Convention RBP III) ..... 69
2.2.5 Prise sous surveillance ..... 69

**3ème partie : CONSEQUENCES DE LA MISE EN PLACE DE LA RBP** ..... 74
3.1. La qualité à l'officine ..... 74
3.1.1 Evolution du métier de pharmacien ..... 74
3.1.2 Réforme des études de pharmacie ..... 75
3.1.3 Assurance Qualité et certification « QMS-Pharmacie » ..... 78
3.2. Le pharmacien acteur dans le processus de rationalisation des coûts de santé ..... 84
3.2.1 Rôle de santé publique du pharmacien ..... 84
3.2.2 Participation des pharmaciens à la limitation des coûts ..... 89

3.3. Difficultés économiques de l'officine ..... 101
3.3.1 Concurrence entre les officines ..... 101
3.3.2 Vente de médicaments par correspondance ..... 108
3.3.3 Concurrence avec les autres canaux de distribution ..... 109

**CONCLUSION** ..... 121

**ANNEXES** ..... 123

**BIBLIOGRAPHIE** ..... 137

**ADRESSES UTILES** ..... 141

# LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 Organisation politique de la Suisse ..... 19
Figure 2 Evolution de la croissance économique ..... 23
Figure 3 Parts des dépenses de santé par rapport au PIB dans les pays de l'OCDE ..... 23
Figure 4 Evolution démographique ..... 24
Figure 5 Financement des prestations de santé ..... 27
Figure 6 Financement effectif des prestations de santé ..... 27
Figure 7 Evolution des primes d'assurance-maladie ..... 28
Figure 8 Dépenses totales de l'asssurance-maladie sociale en 2004 ..... 31
Figure 9 Dépenses de l'assurance obligatoire des soins en 2004 ..... 31
Figure 10 Comparaison entre les différents types de tarifs de la LAMal ..... 33
Figure 11 Evolution du nombre de médicaments autorisés sur le marché suisse ..... 34
Figure 12 Différentes catégories de remise des médicaments ..... 37
Figure 13 Ancienne marge dégressive des pharmaciens d'officine ..... 41
Figure 14 Part des prestations aux coûts de santé en % ..... 42
Figure 15 Part des prestations aux coûts de santé en millions de francs suisses ..... 42
Figure 16 Evolution des coûts dans le secteur des médicaments ..... 42
Figure 17 Nouvelles marges de distribution depuis la RBP ..... 44
Figure 18 Comparaison de la fixation des prix avant/après la RBP ..... 44
Figure 19 Comparaison détaillée de la fixation des prix avant/après la RBP ..... 45
Figure 20 Comparaison détaillée de la fixation des prix avant/après la RBP ..... 45
Figure 21 Evolution des ventes de médicaments en pharmacie selon le % de marge ..... 46
Figure 22 Comparaison des prix des médicaments avec ceux pratiqués à l'étranger ..... 47
Figure 23 Résumé de la méthode de fixation des prix des médicaments en Suisse ..... 48
Figure 24 Campagne d'affichage de la SSPh ..... 61
Figure 25 Arbre décisionnel pour la substitution générique ..... 64
Figure 26 Exemple de pilulier ..... 19
Figure 27 Image de l'apothicaire ..... 74
Figure 28 Procédure de l'audit d'une certification « QMS-Pharmacie » ..... 80
Figure 29 Niveau de qualité à atteindre pour obtenir le certificat QMS ..... 81
Figure 30 Niveau de qualité à atteindre pour obtenir le certificat QMS ..... 81
Figure 31 Le « benchmarking » de la certification QMS ..... 82
Figure 32 Différentes étapes de la certification QMS ..... 82
Figure 33 Différentes étapes de la certification QMS ..... 82
Figure 34 Triage pharmaceutique ..... 85
Figure 35 Activités de prévention du pharmacien auprès de la population ..... 87
Figure 36 Evolution des coûts des médicaments ..... 91
Figure 37 Evolution des parts de chiffre d'affaires dans le canal des pharmaciens ..... 91
Figure 38 Economies réalisées grâce au MSC ..... 92
Figure 39 Evolution du marché des génériques ..... 93
Figure 40 Evolution du marché des génériques ..... 93
Figure 41 Marché des génériques en 2005 ..... 94
Figure 42 Historique des cercles de qualité médecins-pharmaciens ..... 95
Figure 43 Procédure de travail des cercles de qualité ..... 96
Figure 44 Comparaison de la prescription des AINS entre les cercles de qualité et un groupe contrôle ..... 97

Figure 45 Coûts par patient de la prescription des antidépresseurs dans 2 cercles de qualité ..... 98
Figure 46 Evolution des coûts des médicaments par patient des cercles de qualité fribourgeois ..... 99
Figure 47 Impact des cercles de qualité sur la pénétration des génériques ..... 99
Figure 48 Publicité pour la chaîne Sun Store ..... 105
Figure 49 Structure des ventes d'une pharmacie et d'une droguerie en 2000 ..... 111
Figure 50 Répartition territoriale des officines selon les cantons ..... 114
Figure 51 Coûts des médicaments par assuré pour les pharmacies et les médecins dispensants ..... 116
Figure 52 Croissance des coûts des médicaments par assuré pour les pharmacies et les médecins dispensants ..... 116
Figure 53 Vente des médicaments en 2005 en termes de prix de fabrique ..... 117
Figure 54 Vente des médicaments en 2005 en termes d'emballages ..... 117
Figure 55 Parts de marché des médicaments en 2005 selon les canaux de distribution ..... 117
Figure 56 Evolution des ventes de médicaments selon les canaux de distribution ..... 117
Figure 57 Ventes de médicaments pris en charge par les caisses-maladie en 2005 ..... 118
Figure 58 Ventes de médicaments pris en charge par les caisses-maladie en 2005 ..... 118
Figure 59 Ventes de médicaments en vente libre en 2005 ..... 118
Figure 60 Ventes de médicaments en vente libre en 2005 ..... 118
Figure 61 Effectifs par canal de vente des médicaments ..... 119
Figure 62 Effectifs par canal de vente des médicaments ..... 119
Figure 63 Evolution des coûts par fournisseurs de prestations ..... 120

# ABREVIATIONS ET SIGLES

| | |
|---|---|
| **AELE** | Association Européenne de Libre Echange |
| **AI** | Assurance Invalidité |
| **Al.** | Alinéa |
| **AM** | Assurance Militaire |
| **AMM** | Autorisation de Mise sur le Marché |
| **AOS** | Assurance Obligatoire des Soins |
| **Art.** | Article |
| **CAMS** | Concordat des Assureurs Maladie Suisses (devenu Santésuisse en juin 2001) |
| **CFM** | Commission Fédérale du Médicament |
| **CHF** | Franc Suisse (Taux de change au 01/06/2007 : 1 Euro = 1,65 franc suisse) |
| **COMCO** | Commission de la Concurrence |
| **Cp** | Comprimés |
| **DCI** | Dénomination Commune Internationale |
| **DFI** | Département Fédéral de l'Intérieur |
| **EEE** | Espace Economique Européen |
| **EMS** | Etablissement Médico-Social |
| **EPFZ** | Ecole Polytechnique Fédérale de Zürich |
| **FIP** | Fédération Internationale de Pharmacie |
| **FMH** | Fédération des Médecins Helvétiques |
| **FPH** | Federatio Pharmaceutica Helvetiae |
| **FRC** | Fédération Romande des Consommateurs |
| **HL** | Hors liste |
| **HMO** | Heath Maintenance Organizations (organismes de gestion et d'organisation des soins) |

| | |
|---|---|
| **JSPh** | Journal Suisse de Pharmacie |
| **KOF** | Konjunkturforschungsstelle (société d'études de la conjoncture) |
| **LAA** | Loi sur l'Assurance-Accident |
| **LAI** | Loi sur l'Assurance-Invalidité |
| **LAMA** | Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie et Accident |
| **LAMal** | Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie |
| **Let.** | Lettre |
| **LG** | Liste des Génériques |
| **LMT** | Liste des Médicaments avec Tarif |
| **LN** | Liste Négative |
| **LS** | Liste des Spécialités |
| **Mg** | Milligrammes |
| **MSC** | Montant de Stabilisation des Coûts |
| **OCDE** | Organisation de Coopération et de Développement Economiques |
| **OFAC** | Office de Facturation des Assurances et Caisses-maladie |
| **OFAS** | Office Fédéral des Assurances Sociales |
| **OFS** | Office Fédéral de la Statistique |
| **OFSP** | Office Fédéral de la Santé Publique |
| **OICM** | Office Intercantonal de Contrôle des Médicaments |
| **OMS** | Organisation Mondiale de la Santé |
| **OPAS** | Ordonnance sur les Prestations des Assurances Sociales |
| **OTC** | « Over The Counter » (« par-dessus le comptoir » littéralement, vente sans ordonnance) |
| **PIB** | Produit Intérieur Brut |
| **RBP** | Rémunération Basée sur les Prestations (I, II et III : première, deuxième et troisième versions) |

| | |
|---|---|
| **RFC** | Réglementation pour la Formation Continue de la SSPh |
| **RFP** | Réglementation pour la Formation Post-graduée de la SSPh |
| **Sanphar** | Association d'entreprises de distribution de médicaments |
| **Santésuisse** | Association faîtière des assureurs-maladie suisses représentant les intérêts communs de la branche et menant les négociations au niveau fédéral (ancien CAMS) |
| **Spitex** | Services d'aide et de soins à domicile |
| **SSPh** | Société Suisse de Pharmacie (devenue « **pharmaSuisse** ») : association faîtière des pharmaciens d'officine, de l'industrie, de l'administration et des hôpitaux, représentant les intérêts de la profession et de ses membres au niveau fédéral et participant activement à la politique de santé (équivalent en France du Conseil de l'Ordre des pharmaciens et des syndicats). |
| **SUVA** | Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident |
| **Swissmedic** | Institut suisse des produits thérapeutiques |
| **TarMed** | Tarif des prestations Médicales |
| **TVA** | Taxe sur la Valeur Ajoutée |
| **UE** | Union Européenne |

# INTRODUCTION

Jusque vers le milieu des années 1970, la plupart des états européens ont connu une période de développement économique favorable pendant laquelle ils ont pu allouer des moyens importants au secteur de la santé. Malheureusement durant les décennies suivantes, ces mêmes pays ont été confrontés simultanément à un ralentissement de leur croissance économique et à l'inexorable progression des dépenses sanitaires. Dans ce contexte, chaque pays a entrepris une réforme de son système de Sécurité sociale et a adopté sa propre stratégie pour essayer de rationaliser les coûts.

J'ai choisi de m'intéresser dans ce travail à l'exemple de la Suisse, qui a introduit en 1996 une Loi sur l'Assurance-Maladie, plus connue sous le nom de **LAMal**. Cette dernière ambitionnait de maîtriser l'essor des dépenses sanitaires auquel la Suisse était confrontée. Au même titre que dans la plupart des pays développés, les médicaments ont souvent été incriminés, et par la même, l'ensemble du réseau de leur distribution, et plus particulièrement les pharmaciens d'officine. Ces derniers ont du remettre en question leurs pratiques et s'adapter à la nouvelle conjoncture.

Après une brève présentation de la Confédération helvétique, j'exposerai l'organisation et le financement du système de santé avec les origines de la hausse des coûts. J'énoncerai en parallèle les changements induits par la LAMal et ses répercussions directes et indirectes, notamment sur le marché des médicaments et sur les pharmaciens d'officine. J'expliquerai comment ces derniers ont été amenés, en tant qu'acteurs de santé publique, à conclure une convention tarifaire avec les assureurs-maladie et comment ils ont révisé la rémunération de leurs activités de distribution et de dispensation des médicaments.

J'expliciterai ensuite en détail les modalités d'application de la « Rémunération basée sur les prestations » (ou RBP) des pharmaciens. J'achèverai cette analyse en contrastant les résultats obtenus, tant positifs que négatifs.

# AVANT-PROPOS : LA SUISSE

La Suisse est un pays de superficie relativement réduite (41 285 km²) situé au cœur de l'Europe, entouré par l'Allemagne au nord, la France à l'ouest, l'Italie au sud, et l'Autriche et le Liechtenstein à l'est. La « **Confédération helvétique** », dont la capitale est la ville de Berne, est constituée de **26 cantons**, ou plus exactement 23 cantons dont 3 sont divisés en demi-cantons (cf. Annexe 1).

## *Langues et religions*

Bien qu'elle ne compte que 7,5 millions d'habitants, la Suisse est marquée par une forte **diversité culturelle**, source de richesse mais aussi de difficultés de communication et d'harmonisation au sein d'un même pays.

Quatre langues sont officiellement reconnues (avec de nombreux dialectes) et respectent une certaine répartition géographique : l'allemand à l'est (environ 65% de la population), le français à l'ouest (19%), l'italien dans le Tessin (3%) et le romanche dans les Grisons (moins de 1%).

Par ailleurs, deux religions prédominent : le catholicisme (48% de la population) et le protestantisme (44%) même si depuis quelques années d'une part de nouvelles confessions apparaissent avec l'immigration étrangère telles que le judaïsme et l'islam, et d'autre part une montée de l'athéisme.

## *Politique*

Depuis la Constitution de 1848 (révisée et amendée à plusieurs reprises), la Suisse est une **République fédérale** dont la structure fédéraliste implique une répartition des responsabilités entre la Confédération, les cantons et les communes.

Cette démocratie pluraliste est caractérisée par la souveraineté de son peuple et la représentation proportionnelle.

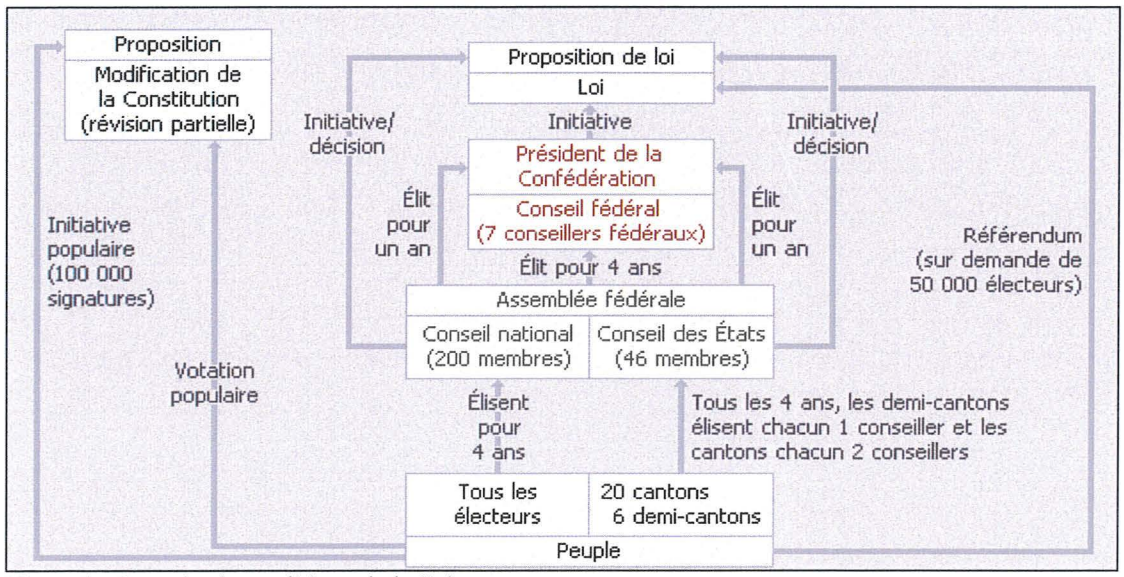


Figure 1 : Organisation politique de la Suisse

L'Art.3 de la Constitution fédérale confère à la Confédération les trois principaux pouvoirs :

- le **pouvoir législatif** : attribué à l'Assemblée fédérale (ou Parlement) composée de députés directement élus par le peuple. Celle-ci comprend :
    - la Chambre basse (ou Conseil national) avec 200 députés représentant le peuple (proportionnellement au nombre d'habitants de chaque canton).
    - et la Chambre haute (ou Conseil des Etats) avec 46 députés (soit deux députés pour chaque canton et un pour les demi-cantons).

- le **pouvoir exécutif** : détenu par les sept membres du Conseil fédéral. Elus pour quatre ans par l'Assemblée fédérale, ils ont tous les mêmes pouvoirs et président chacun un département. Chaque année et à tour de rôle, l'un d'entre eux est désigné Président de la Confédération. Ce dernier dirige les séances du Conseil et assure principalement une fonction de « représentation ».

- le **pouvoir judiciaire** : établi et mis en application par le Tribunal fédéral de Lausanne et ses 30 juges nommés pour six ans par l'Assemblée fédérale.

En pratique, la Confédération ne détient que des pouvoirs relativement limités puisque les cantons sont « **souverains** » en ce qui concerne leurs affaires intérieures (Art.3 Constitution fédérale). Chaque canton est doté d'une constitution démocratique cantonale et possède un Conseil législatif et un Conseil exécutif. La plupart ont leurs propres lois, du fait de l'autonomie partielle de leur pouvoir judiciaire.

La Suisse compte 3 021 communes réunies en 184 districts, et dirigées par un préfet représentant le gouvernement cantonal. L'autorité des communes est limitée au niveau local.

En fait, le droit fédéral prime toujours sur le droit intercantonal, qui lui-même prévaut sur celui cantonal.

Par ailleurs, les citoyens ont la possibilité d'influer directement sur la politique grâce aux droits d'initiatives populaires (à partir de 100 000 demandes) et de référendums (à partir de 50 000 demandes). Ils sont aussi obligatoirement consultés par référendum pour toute modification de la Constitution fédérale.

## *Politique étrangère*

La Suisse fait partie de l'Association Européenne de Libre Echange (AELE) et du Conseil de l'Europe mais elle n'est ni membre de l'Union Européenne (UE), ni de l'Espace Economique Européen (EEE). Elle demeure politiquement distante de l'Europe même si elle pratique depuis quelques années une ouverture économique notamment par les accords bilatéraux (libre circulation des personnes). D'autre part, elle est membre de l'ONU depuis 2002.

## *Economie*

La Confédération helvétique fait partie des pays les plus riches du Monde avec un Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant élevé (estimé à 32 200 dollars pour 2006), correspondant au 5ème rang des états membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

La Suisse est particulièrement réputée dans les secteurs des assurances, bancaires et pharmaceutiques, avec des laboratoires leaders comme Novartis, Roche et Serono très actifs dans les biotechnologies.

## *Santé*

Le secteur de la santé représente l'un des principaux employeurs avec 17% des emplois totaux et 525 000 emplois équivalents plein temps. Il apporte ainsi une contribution positive de 59 milliards de francs suisses (CHF) au PIB. D'un autre côté, les dépenses de santé ne cessent de croître depuis ces dernières décennies (environ plus 2,4% par an entre 1990 et 2004 contre 1,5% pour la moyenne des pays membres de l'OCDE). Elles ont atteint un record de **52,9 milliards** de CHF pour l'année 2005.

Si le PIB indique le « résultat de l'activité de production d'une économie », la part des dépenses rapportée au PIB traduit la « part des ressources que le pays consacre au système de santé ». La Suisse y affecte **11,6% de son PIB**, ce qui la place à la deuxième place mondiale après les Etats-Unis et avant l'Allemagne (moyenne dans les pays membres de l'OCDE : 8,8% ; France : 10,1%).

Selon une étude réalisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'OCDE en 2000, la Suisse occupe la 20ème place du classement (sur les 191 Etats membres) en termes de qualité et d'équité du système (France : 1ère place, Allemagne : 25ème place et Etats-Unis : 37ème place).

Dans le domaine de la santé, la Confédération partage les pouvoirs avec les cantons et les communes (Annexe 2), mais son rôle s'est amplifié de manière significative ces dernières années (Art.42, 43 et 44 Constitution fédérale). Du fait de l'autonomie des cantons, il est souvent considéré que vingt-six systèmes de santé (pour autant de cantons et demi-cantons) « cohabitent » en Suisse. Des mesures d'harmonisation ont été entreprises face aux enjeux économiques croissants.

Pour information, le système de sécurité sociale suisse comprend quatre domaines :

- l'assurance-maladie et accident
- la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité (système des trois piliers)
- l'assurance chômage
- et les allocations familiales

(Le sujet de cette étude traite uniquement de l'évolution de l'assurance-maladie)

# 1ère partie : LE SYSTEME DE SANTE SUISSE A TRAVERS LA LAMAL ET LES MEDICAMENTS

## 1.1 Présentation de la LAMal

### *1.1.1 Origines et fondements de la LAMal*

La première véritable loi organisant le système d'assurance-maladie sociale suisse date de 1912. Il s'agit de la Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie et Accident (LAMA). Après de nombreuses révisions partielles, elle a été notablement réformée dans son application par la loi du 18 mars 1994. Elle est devenue la **LAMal** et entrée en vigueur le **1er janvier 1996**. Soumise à « votation » le 4 décembre 1994, la LAMal a été adoptée avec 51,8% de « oui » dans un contexte de stagnation économique, comme l'illustre le graphique ci-dessous. En parallèle, et comme la plupart des pays occidentaux, la Suisse a été confrontée dans les années 1990 à un accroissement continu de ses dépenses de santé.

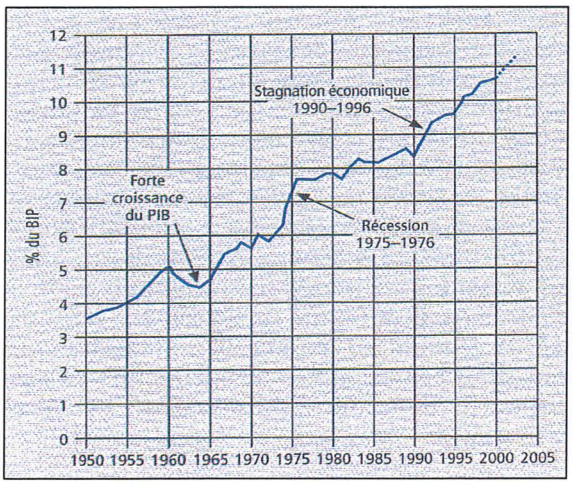



Figure 2 : Evolution de la croissance économique

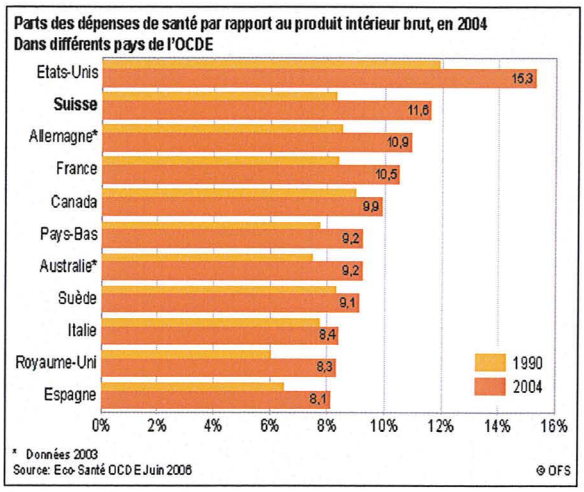



Figure 3 : Parts des dépenses de santé par rapport au PIB dans les pays de l'OCDE

La LAMal a été introduite dans le but de garantir la pérennité du système pour les générations futures. Trois facteurs principaux peuvent expliquer l'augmentation exponentielle des coûts de la santé.

Tout d'abord, il convient de mentionner l'évolution démographique. En effet, la population suisse qui ne comptait que 3,3 millions d'habitants au début du XX° a plus que doublé en un siècle, pour atteindre 7,4 millions d'habitants en 2005.

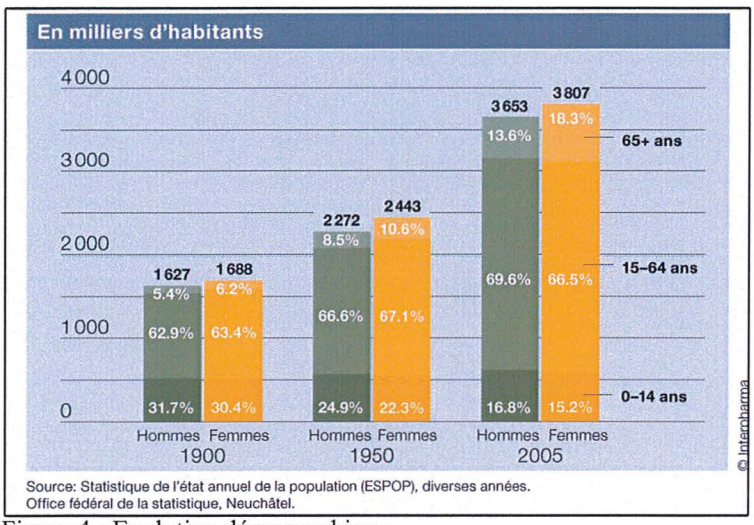


Figure 4 : Evolution démographique

L'espérance de vie moyenne ne cesse de progresser grâce aux meilleures conditions de vie et d'hygiène, et des progrès médicaux et techniques. En 2004, elle était estimée à la naissance à 78,6 ans pour les hommes et à 83,7 ans pour les femmes. Entre 1900 et 2005, la proportion des plus de 65 ans a presque triplé tandis que celle des moins de 15 ans a été divisée par deux. Depuis 1970, le nombre de naissances ne compense plus celui des décès et aujourd'hui plus d'une personne sur six est âgée de plus de 65 ans. Ceci se traduit par un **vieillissement généralisé** de la population et une prévalence élevée des pathologies liées à l'avancement en âge, telles que les maladies cardio-vasculaires, certaines tumeurs et maladies du système nerveux.

Ensuite, les **thérapies modernes** et innovantes coûtent cher mais elles se révèlent souvent bénéfiques pour la prise en charge des malades et leur qualité de vie (antirétroviraux, anti-diabétiques, etc.). Elles permettent d'augmenter les chances de guérison et de survie des patients (anticancéreux, etc.) et/ou la tolérance du traitement et parfois même une diminution des coûts en réduisant la durée moyenne de l'arrêt de travail ou de séjour dans les hôpitaux, le nombre de consultations médicales, etc.

Enfin, l'élévation du niveau de vie a rendu les assurés beaucoup plus exigeants. Ils considèrent que puisqu'ils « payent », ils sont de ce fait en droit d'attendre des prestations d'un certain niveau, d'où une inflation de la demande de soins et une « médicalisation de la vie ». Par voie de conséquence, ils sont devenus progressivement des « **consommateurs de soins** ». Bien qu'ils soient réellement préoccupés par l'augmentation constante de leurs primes d'assurance (cf. partie 1.2), ils ne semblent pas pour autant prêts à renoncer à la qualité des soins ou à l'accès sans restriction aux nouvelles molécules thérapeutiques.

### *1.1.2 Objectifs de la LAMal*

Les trois principaux objectifs de la LAMal étaient :

- Assurer la **solidarité** entre les assurés : entre bien-portants et malades, entre jeunes et personnes âgées, entre hommes et femmes. L'obligation générale de s'assurer pour toute personne domiciliée en Suisse a été introduite avec la fixation d'une prime unique par personne (Art.3 LAMal). Les assurés peuvent choisir et passer librement d'une caisse-maladie à l'autre, sans que celles-ci puissent émettre des réserves (Art.4 et 7 LAMal). Les assureurs-maladie, qui sont des personnes juridiques de droit privé ou public reconnues par le Département Fédéral de l'Intérieur (DFI), n'ont pas le droit d'exercer leur activité dans un but lucratif (Art.12 LAMal). Ils équilibrent leurs dépenses grâce à leur fonds de compensation des risques entre les caisses (Art.18 al.2 LAMal).
- Permettre l'**accès aux soins** à tous les assurés : avec une couverture des soins dans l'ensemble de la Confédération. Une égalité de traitements et de qualité des soins prodigués doit être assurée. Un catalogue exhaustif de prestations obligatoires remboursées par l'assurance de base a été établi (Art.25 à 31 LAMal) et leur prix est garanti par la protection tarifaire (Art.44 LAMal).

- Améliorer la **maîtrise des dépenses** : en privilégiant le rapport bénéfice-coût des prestations, et en instaurant une concurrence entre les caisses d'assurance, et entre les prestataires de soins. Une lutte contre les activités jugées « inutiles, inefficaces et inadéquates » a été engagée.

### 1.1.3 *Financement du système de santé selon la LAMal*

Le système de santé suisse est qualifié de « **pluraliste** » par l'OMS parce qu'il allie un financement privé et public (ou parapublic), une planification par l'Etat avec un respect de l'autonomie des différents acteurs de santé. Il s'agit d'une « combinaison concurrence (libéralisme) – dirigisme ». Les coûts sont supportés d'une part par les **subsides de la Confédération et des cantons** (issus d'une partie de l'Impôt fédéral direct, des recettes fiscales cantonales et de la Taxe sur la Valeur Ajoutée ou TVA), et d'autre part par les **primes individuelles** des assurés.

L'assurance-maladie helvétique comprend :

- l'**assurance-maladie sociale** (ou de base) : qui correspond à un système de répartition, est elle-même constituée de (Art.1 al.a LAMal) :
    - l'**assurance-maladie obligatoire** (AOS) : prestations en cas de maladie, de maternité, et d'accident si l'assuré n'a pas d'assurance-accident obligatoire ou privée.
    - et de l'assurance facultative d'indemnités journalières.
- et les **assurances privées** (ou complémentaires) : axées sur la responsabilité individuelle.

Remarque : il existe en Suisse plusieurs dizaines de caisses d'assurance maladie qui sont toutes des sociétés privées. Une initiative populaire proposant le passage à une caisse

maladie unique (étatique) avec primes fixées selon le revenu a été rejetée le 11 mars 2007 par plus de 71% des voix.

Selon le graphique ci-dessous, les dépenses de santé étaient réparties en 2004 de la façon suivante :

- assurances sociales : à travers les différentes lois d'assurance : maladie (LAMal), accident (LAA), invalidité et vieillesse (AI-AVS) et militaire (AM) : 41,5%.
- assurances privées : 8,7%
- pouvoirs publiques : Confédération, cantons et communes : 17,1%
- et ménages privés (assurés) : 31,8%.

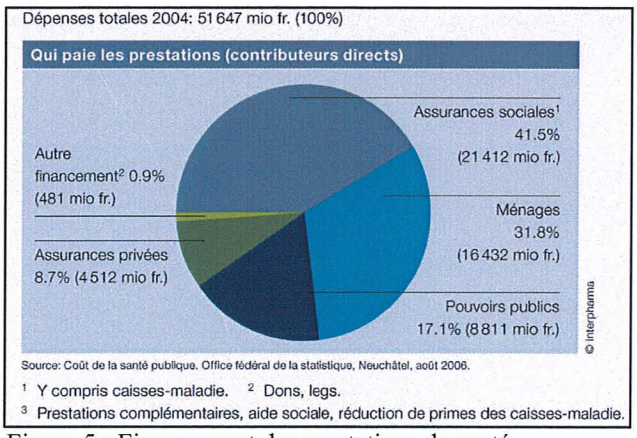


Figure 5 : Financement des prestations de santé

En fait, les assurés « supportent » de façon effective environ deux tiers des coûts du fait des prélèvements indirects (impôts, taxes, cotisations) :

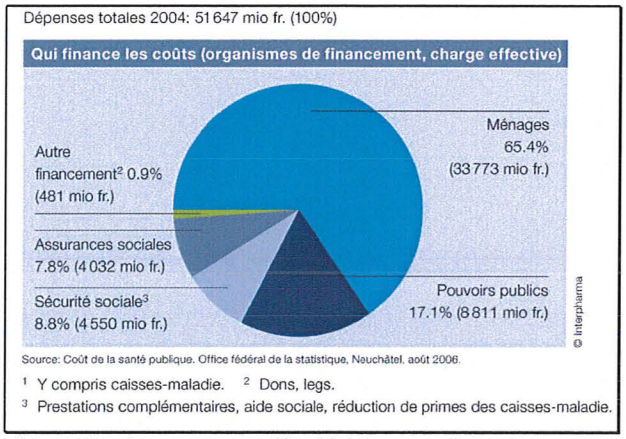


Figure 6 : Financement effectif des prestations de santé

Chaque assuré est tenu de participer aux frais de l'assurance de base (Art.64 LAMal) en s'acquittant :

- d'une **prime individuelle mensuelle** : fixée par personne (primes différentes pour les enfants jusqu'à 18 ans et les 19-25 ans qui bénéficient de rabais, et pour les adultes de plus de 26 ans). Les primes varient selon la région d'habitation (zone urbaine, semi-urbaine ou rurale) et selon l'assureur, mais elles ne tiennent pas compte du sexe, de l'état de santé ou du revenu de l'assuré. Chaque assureur détermine ce montant de façon à couvrir ses dépenses globales, à partir de la situation économique de l'année précédente et de celle en cours, des prévisions pour la suivante et de manière à satisfaire l'obligation de réserves et de provisions qui leur est imposée (Art.60 LAMal). Le montant des primes ne cesse d'augmenter comme le montre le graphique ci-dessous.

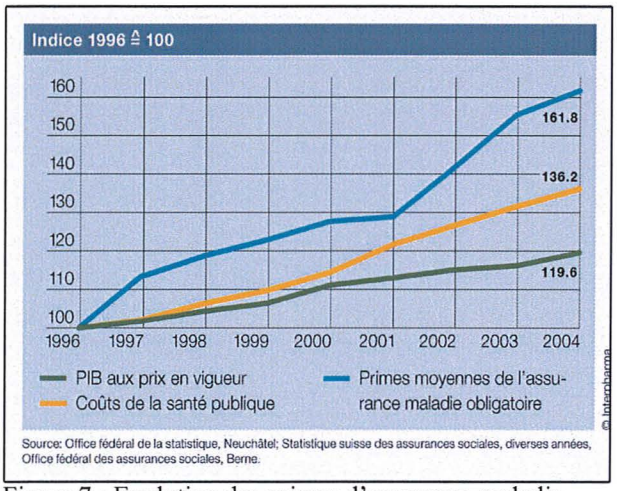


Figure 7 : Evolution des primes d'assurance-maladie

- d'une **franchise** : montant annuel à hauteur duquel le patient doit prendre les coûts à sa charge (franchise minimale obligatoire de 300 CHF pour les adultes).

- d'une **quote-part** : correspondant à 10% des frais dépassant la franchise (avec un plafond annuel de 700 CHF pour les adultes et de 350 CHF pour les enfants). Une **quote-part différentiée** de 20% est appliquée depuis le 1er janvier 2006, pour les patients refusant les génériques, si au moins un générique figure sur la liste des

spécialités remboursables (LS) et sur celle des Génériques (LG) avec un prix au minimum 20% inférieur à celui de la préparation originale, et si aucune raison médicale ne s'oppose ou rend délicate la substitution.

- et d'une **somme fixe** de 10 CHF par jour en cas d'hospitalisation.

En outre, les patients supportent seuls les frais de l'automédication et la majorité des frais dentaires. Ils consacraient en 2005 environ 10% de leur budget en soins médicaux, dentaires, d'assurance-maladie et de médicaments.

Les **assurances complémentaires** sont facultatives. Elles couvrent les prestations non prises en charge (ou seulement en partie) par l'assurance de base comme certains frais hospitaliers, les médicaments dits « de confort », les médecines douces, les lunettes, etc. L'assuré paye une franchise mais pas de quote-part. Les différences entre l'assurance-obligatoire des soins et les assurances complémentaires sont exposées sous forme de tableau dans l'Annexe 3.

Si en principe tous les assurés d'une caisse-maladie donnée versent la même prime (principe de la prime unique), il existe toutefois des formes particulières d'assurance permettant aux assurés de la réduire (Annexe 4) :

- les **franchises à option** : élévation volontaire de la franchise par l'assuré (de 400 à 2500 CHF pour les adultes).
- les **assurances avec bonus** : réduction de la prime si aucun remboursement n'est sollicité auprès de l'assureur l'année précédente (Art.62 al.2 let. b).

- et les **choix limités de fournisseurs de prestation** (Art.41 al.4 et Art.62 LAMal) : le patient peut renoncer au libre choix de son prestataire de soins (Art.41 al.1 LAMal) et s'engager à recourir de façon prioritaire à un médecin de premier recours (médecin de famille) ou à un collectif médical (modèle HMO « Health Maintenance Organisation » ou « Managed Care »), qui l'adresse ensuite si nécessaire à un spécialiste ou à un hôpital. Ceci garantit une meilleure rationalisation des traitements.

Les assurés de revenus modestes peuvent bénéficier d'une **réduction individuelle de primes** financée par les cantons et indirectement par les subventions de la Confédération à certains fournisseurs de soins (Art.65 et 66 LAMal).

Plus de dix ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, 47% des citoyens sont satisfaits de leur système de santé contre 40% qui portent un jugement critique. La plupart sont conscients des difficultés économiques du système de santé mais ils continuent de privilégier leur liberté de choix de prestataires et la qualité des soins (Annexe 5).

### *1.1.4 Les prestataires de soins selon la LAMal*

Le système de santé suisse comprend trois secteurs :

- le **secteur ambulatoire** : avec les médecins libéraux (généralistes et spécialistes), les pharmaciens d'officine, les services ambulatoires des hôpitaux publics et des cliniques privées.
- le **secteur hospitalier** : avec les hôpitaux publics et parapublics, et les cliniques privées.
- le **secteur des soins aux personnes âgées** : avec les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) et les services d'aide et de soins à domicile (Spitex).

Le secteur hospitalier apparaît comme le principal responsable des coûts, suivi par le secteur ambulatoire et les **médicaments** (cf. graphiques ci-dessous et Annexe 6 pour les chiffres détaillés).

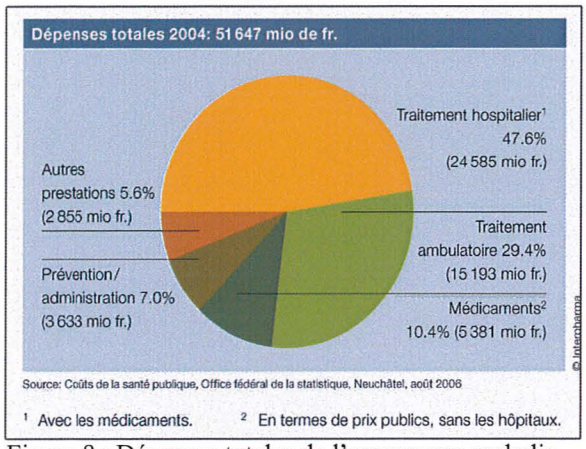



Figure 8 : Dépenses totales de l'asssurance-maladie sociale en 2004

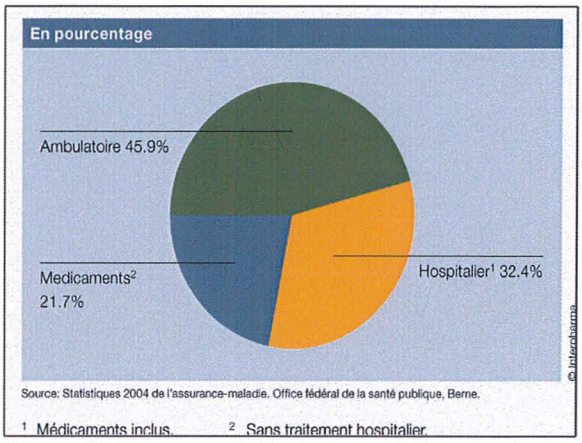



Figure 9 : Dépenses de l'assurance obligatoire des soins en 2004

La LAMal précise la liste exhaustive des prestataires de soins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ces fournisseurs de prestations sont :

- les médecins
- les **pharmaciens**
- les chiropraticiens
- les sages-femmes
- les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient
- les laboratoires
- les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques
- les hôpitaux
- les institutions de soins semi-hospitaliers
- les établissements médico-sociaux
- les établissements de cure balnéaire
- les entreprises de transport et de sauvetage
- et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.

La LAMal exige que leurs prestations répondent à trois critères fondamentaux : **efficacité** (démontrée selon des méthodes scientifiques), **adéquation** et « **économicité** ». Le respect de ces conditions est essentiel et réexaminé périodiquement (Art.32).

### *1.1.5 Les conventions tarifaires selon la LAMal*

La LAMal a accentué la pression concurrentielle entre les fournisseurs de soins dans le but d'améliorer l'**efficience de leurs prestations**, c'est-à-dire d'obtenir les meilleures prestations au moindre prix. Elle a aussi introduit une liberté contractuelle qui a conduit à la signature de nombreuses conventions tarifaires entre les assureurs-maladie et les différents prestataires de soins (individuellement ou à travers leurs fédérations respectives). Chacune de ces conventions doit être approuvée par les autorités compétentes, c'est-à-dire soit le Conseil fédéral, soit le gouvernement cantonal, pour qu'elles soient valides.

Pour remarque, un fournisseur de prestations a toujours la possibilité de refuser de respecter les termes d'une convention. Il le déclare alors aux autorités responsables et ne peut dans ce cas pas exiger de rémunération au sens de celle-ci.

En ce qui concerne les prix et les **tarifs**, les prestataires de soins et les assureurs-maladie les fixent dans les conventions. Les autorités n'interviennent que si les deux parties ne parviennent pas à un accord (Art.43 al.4 LAMal). Plusieurs principes de base régissent l'élaboration de ces tarifs. Ils doivent :

- respecter les règles applicables en économie d'entreprise.
- être structurés de manière appropriée.
- s'appliquer uniformément dans toute la Suisse.
- constituer des prix maximums conseillés exigibles par les prestataires et remboursables par les assureurs-maladie, selon la règle de la **protection tarifaire** (Art.44 al.1 LAMal).

La LAMal propose trois types de tarification (Art.43 al.2 LAMal) :

- un **tarif horaire** : rémunération en fonction du temps consacré (exemple : services Spitex d'aide et de soins à domicile des infirmières).
- un **tarif forfaitaire** : regroupement de plusieurs prestations ou tranches de temps en forfaits (exemple : forfait par patient, groupe de patients ou de diagnostics).
- un **tarif à la prestation** : attribution d'un prix fixe ou d'un certain nombre de points pour chaque prestation et fixation de la valeur du point tarifaire (exemple : médecins libéraux). Plusieurs prestations peuvent être englobées au sein d'une seule position tarifaire (système de forfaits) afin de simplifier la facturation.

Les avantages et les limites de chaque type de tarifs sont exposés dans le double tableau ci-dessous, ainsi que leurs conséquences pour les assurés et les fournisseurs de prestations.

**Tableau n° 4:** Aperçu des avantages et des inconvénients des genres de tarif prévus dans la LAMal

| Genre de tarif | Avantages | Inconvénients |
|---|---|---|
| **Tarif au temps consacré** | Maniement simple | Matériel, supports, à peine établis |
| | Facilement contrôlable pour le patient | Tarif plutôt rudimentaire |
| **Tarif forfaitaire** | Facturation simple | Aucune équité pour chaque cas pris individuellement |
| | Simplicité d'établissement des décomptes | Aucune information détaillée par cas |
| **Tarif à la prestation** | Facturation détaillée par cas | Elaboration/ Etablissement difficile |
| | Grande transparence pour les patients et les assureurs | Facturation nécessitant beaucoup de temps |
| | | Nécessité d'adaptation permanente |

**Tableau n° 5:** Répercussion des différents genres de tarif sur les patients et les fournisseurs de prestations

| Genre de tarif | Patient | Fournisseur de prestations |
|---|---|---|
| **Tarif au temps consacré** | Veut des traitements rapides | Fait traîner en longueur le traitement |
| | Peut contrôler facilement la facture luimême | Doit s'attendre à des réclamations des patients et assureurs |
| **Tarif forfaitaire** | Souhaite obtenir le plus grand nombre possible de prestations pour le prix forfaitaire | Essaie de maintenir les frais et la durée du traitement au niveau le plus bas possible |
| | Ne peut contrôler la facture qu'avec difficulté | Adresse les patients à des spécialistes, parfois inutilement |
| | | Cherche des prestations qui ne sont pas comprises dans le forfait |
| **Tarif à la prestation** | Veut bénéficier de plutôt peu de prestations et économiser | Fournit le plus grand nombre possible de prestations |

Figure 10 : Comparaison entre les différents types de tarifs de la LAMal

Au même titre que les autres fournisseurs de prestations, les médecins et les pharmaciens ont dû s'adapter. Ils ont choisi d'introduire des **tarifs à la prestation** parce que le système d'attribution de points permet une plus grande transparence et un décompte plus « personnalisé ». Ils respectent ainsi le principe de solidarité puisqu'ils ne tiennent pas compte du temps investi pour chaque patient. Les personnes âgées et les patients chroniques nécessitant souvent plus d'attention ne sont de cette manière pas lésés.

Les pharmaciens et les médecins ont conclu des conventions avec Santésuisse (association faîtière des assureurs-maladie suisses) : respectivement la « **Rémunération Basée sur les Prestations** » (**RBP**) le 1er juillet 2001 et le « Tarif des prestations Médicales » (TarMed) le 1er janvier 2004.

Pour mieux expliciter le système de la RBP que je détaillerai dans la suite de ce travail, je vais présenter auparavant le marché des médicaments en Suisse et les réglementations les concernant.

# 1.2. Les médicaments

## *1.2.1 Autorisation de mise sur le marché (AMM)*

En 2005, 28 nouvelles substances actives ont été reconnues portant à 7250 le nombre de médicaments humains et vétérinaires autorisés en Suisse.

| | 1985 | 1990 | 2000 | 2005 |
|---|---|---|---|---|
| Médicaments à usage humain[1] | 9662 | 8967 | 7224 | 6500 |
| Médicaments vétérinaires | 1116 | 1152 | 890 | 750 |
| **Total de médicaments autorisés*** | **10778** | **10119** | **8114** | **7250** |

© Interpharma

Source: Rapports annuels, diverses années. Swissmedic, Berne.

[1] Médicaments à usage humain, médicaments phytothérapeutiques, médicaments homéopatiques, vaccins, tests in vitro, produits radiopharmaceutiques

* Par Swissmedic

Figure 11 : Evolution du nombre de médicaments autorisés sur le marché suisse

Tous les médicaments commercialisés en Suisse ou destinés à l'exportation doivent obtenir une **Autorisation de Mise sur le Marché** (ou AMM). Depuis janvier 2002, l'enregistrement et la classification des médicaments (y compris les vaccins, le sang et les produits sanguins, et les stupéfiants légaux) et des produits médicaux sont sous la responsabilité de l'Institut suisse des produits thérapeutiques, **Swissmedic**.

Le fabricant doit fournir une documentation complète afin de démontrer les caractéristiques de son produit : propriétés physico-chimiques, efficacité et l'innocuité. La procédure est complexe et dure six à huit mois en moyenne. Elle peut cependant être accélérée lorsqu'un bénéfice thérapeutique important est attendu, notamment pour les maladies graves ou lorsqu'il n'existe pas d'autres thérapies disponibles ou suffisamment efficaces.

Swissmedic classe les médicaments dans différentes « **catégories de remise** », en fonction de leur **rapport bénéfice thérapeutique / risque**. Certains médicaments requièrent de façon indispensable une consultation médicale avant d'être utilisés par un patient (catégories A et B) tandis que d'autres peuvent être délivrés sans prescription (catégories C, D et E). La catégorie C se distingue de la catégorie D par la nécessité de l'énonciation de conseils spécialisés pour garantir la sécurité des patients.

Remarque : l'Art.4 al.1 de la Loi sur les produits thérapeutiques (LPTh) fait la distinction entre :

- la **distribution** : transfert ou mise à disposition, rémunéré ou non, d'un produit thérapeutique, à l'exclusion de la remise.
- et la **remise** : transfert ou mise à disposition, rémunéré ou non, d'un produit thérapeutique prêt à l'emploi, destiné à être utilisé par l'acquéreur sur lui même, sur autrui ou sur un animal.

La vente des médicaments en Suisse correspond à un « **monopole restreint** ».

| Catégories | Conditions de délivrance | Lieux de délivrance | Vignettes |
|---|---|---|---|
| **A** | **Prescription** strictement requise et délivrance unique (**non renouvelable** sauf si autorisation expresse du médecin) | Uniquement en pharmacie | A cercle entourant la lettre et le logo « Swissmedic » |
| **B** | **Prescription** requise et **renouvellement** autorisé | Uniquement en pharmacie | B |
| **C** | Disponible **sans ordonnance** médicale | Uniquement en pharmacie | C |
| **D** | Disponible **sans ordonnance** médicale | En pharmacies et en drogueries | D |
| **E** | Disponible **sans ordonnance** médicale | En pharmacies, en drogueries et dans tous les autres commerces (vente libre) | E |

Remarque : Le tableau ci-dessus ne tient pas compte de la dispensation médicale (traitée dans la partie 3.2.2).

Exemples de spécialités :

- **catégorie A** : Amoxicillin-Cimex® (amoxicilline : antibiotique), Methotrexat® (méthotrexate : antimétabolite), Prograf® (tacrolimus : immunosuppresseur)
- **catégorie B** : Atacand® (candesartan cilexetil : antihypertenseur), Simvastatin® (simvastatine : normolipidémiant), Zolpidem® (zolpidem : hypnotique)
- **catégorie C** : Redormin® (valériane : sédatif), Riopan® (magaldrate : antiacide), Canesten Crème® (Clotrimazole : antifongique local)
- **catégorie D** : Acétylcystein-Cimex® (acétylcystéine : mucolytique), Lysopain® (lysozyme, cetylpyrinum : antibactérien local), Asa-Tabs® 500 mg (acide acétylsalicylique, antalgique).
- **catégorie E** : Grether's Pastilles redcurrant® (glycérine, vitamine C, sirop de maltite, jus de cassis, agar-agar, gélatine : contre les maux de gorge, l'enrouement de voix et la sécheresse buccale).

Une même spécialité peut appartenir à deux catégories différentes (selon le dosage, la forme galénique et le conditionnement sous lesquels elle est présentée) et peut par voie de conséquence être vendue en dehors d'une officine.

Exemples :

- Loperamid Helvepharm® (lopéramide, anti-diarrhéique) :
    - 2 mg 60 capsules : catégorie B
    - 2 mg 20 capsules : catégorie C.
- Dafalgan® (paracétamol, antalgique) :
    - 1 gramme 16 comprimés (cp) : catégorie B
    - 500 mg 16 cp : catégorie D.

Par ailleurs, un fabricant peut soumettre une demande à Swissmedic pour changer la catégorie de remise d'un de ses médicaments.

| | 1985 | 1990 | 2000 | 2005 |
|---|---|---|---|---|
| **Catégorie de remise[1]** | | | | |
| A Remise unique sur ordonnance médicale ou vétérinaire | 8.5% | 7.4% | 10.6% | 14.4% |
| B Remise sur ordonnance médicale ou vétérinaire | 38.0% | 37.6% | 42.2% | 45.3% |
| C Remise après consultation spécialisée par des professionels de la santé (pharmacies) | 19.5% | 20.2% | 11.5% | 9.7% |
| D Remise après consultation spécialisée (pharmacies et drogueries) | 28.8% | 28.2% | 33.0% | 27.9% |
| E Remise sans consultation spécialisée | 4.1% | 4.6% | 2.7% | 2.7% |

Source: Rapports annuels, diverses années. Swissmedic, Berne.

[1] Certains médicaments relevant du plus d'une catégorie de remise sont de ce fait comptés plusieurs fois (taille de l'emballage ou dosage).

© Interpharma

Figure 12 : Différentes catégories de remise des médicaments

## 1.2.2 Admission au remboursement

Une fois son médicament admis par Swissmedic, le fabricant peut présenter une demande de remboursement auprès de l'OFSP (Office Fédérale de la Santé Publique) qui décide de l'admission ou non de celui-ci sur la **Liste des Spécialités** remboursables (ou LS). La LS est une liste positive (officiellement publiée) et exhaustive des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés avec leur **prix public maximum** remboursable. Elle contient exclusivement des médicaments des catégories A, B, C et D.

Selon l'OAMal, trois critères fondamentaux sont exigés pour l'admission dans la LS (Art.30 à 34 OPAS : Ordonnance sur les Prestations des Assurances Sociales) : l'**efficacité**, la **valeur thérapeutique** (adéquation) et le **caractère économique**. La Commission Fédérale des Médicaments (CFM) assure l'expertise de ces trois facteurs pour l'OFSP et l'aide à prendre sa décision. Elle est nommée par le Conseil fédéral et présidée par un représentant de l'OFAS (Office Fédéral des Assurances-Sociales). Sur ses 24 membres, deux représentent les assurés.

Remarque : dans le cas où Swissmedic octroie un élargissement du domaine d'indications, l'OFSP vérifie le respect de ces trois facteurs sept ans après l'admission dans la LS (Art.37b OPAS).

La LAMal stipule que pour qu'un médicament soit remboursé, en pratique ambulatoire, par l'assurance de base (AOS), il doit remplir deux conditions : d'une part **appartenir à la LS** et d'autre part **être prescrit** par un médecin ou un chiropraticien. Un médicament de la LS vendu sans ordonnance (catégories C ou D) ne sera donc remboursé dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire que si un médecin le notifie sur une prescription.

Pour rappel, les médicaments remboursables sont couverts par l'assurance de base, tandis que les autres requièrent une assurance complémentaire ou si l'assuré n'a pas contracté de complémentaire, il doit prendre en charge lui-même les frais. Les assurances complémentaires définissent quels médicaments elles remboursent et à hauteur de quel montant.

Les produits thérapeutiques « **Hors-Liste** » (ou HL) dont le statut est indirectement fixé par Swissmedic, peuvent être pris en charge partiellement par les caisses complémentaires. Leur prix est régi par la concurrence et la loi du marché. Les fabricants et les grossistes-répartiteurs fournissent des prix indicatifs après négociation avec les assureurs-maladie.

Les médicaments admis sur la **Liste Négative** (LN) ne sont jamais pris en charge par les caisses-maladie (ni par l'assurance de base, ni par les complémentaires) même s'ils font l'objet d'une prescription. Ils sont directement facturés au patient.

En 2005, la LS comptait **2558 spécialités** :

- 87% étaient vendues uniquement sur prescription : catégories A et B.
- et 12% étaient vendues sans ordonnance et faisaient partie du marché de l'automédication (OTC : « Over The Counter » ou « par-dessus le comptoir) : catégories C et D.

Les médicaments remboursables figurent sur la LS, mais aussi sur la liste des génériques (LG) et la Liste des Médicaments avec Tarif (LMT) pour les préparations magistrales.

En ce qui concerne les **génériques**, ce sont des imitations de préparations originales enregistrées auprès de Swissmedic. Aujourd'hui, le développement d'un médicament innovant nécessite 8 à 12 ans et un investissement financier d'un milliard de FS. Pour récompenser et protéger la recherche, un **brevet d'invention** est conféré aux entreprises pharmaceutiques. Il évite que d'autres fabricants ne commercialisent des médicaments contenant la même substance active, sans leur accord ou sans avoir à assumer les frais de recherches et de promulgation de l'information médicale auprès des professionnels de santé (droit d'exclusivité).

A l'expiration du brevet, des médicaments génériques peuvent être mis sur le marché. Ils sont caractérisés par les mêmes principes actifs, la même forme pharmaceutique, le même dosage, la même voie d'administration que la préparation originale. La preuve de l'équivalence thérapeutique est apportée par des études de bioéquivalence de population.

Comme les excipients utilisés ne sont pas obligatoirement identiques, la variabilité inter- et intra-individuelle peut constituer un frein à la substitution pour les médicaments à marge thérapeutique (anti-épileptiques, anticoagulants oraux, immunosuppresseurs, etc.), de même que les intolérances ou allergies à une substance auxiliaire, ou la présence d'excipients à effet notoire. En Suisse, la désignation des génériques correspond soit à un nom de spécialité quelconque (mais différent de celui de la préparation originale), soit à la Dénomination Commune Internationale (DCI) suivie du nom du fabricant.

Les génériques sont inscrits sur la LS et sur la Liste des Génériques (LG) s'ils répondent aux critères suivants :

- être au moins 30% meilleur marché que la préparation originale au moment de leur introduction sur la liste.
- et être encore au moins 15% meilleur marché lors du contrôle deux ans plus tard (accord entre l'OFSP et l'industrie pharmaceutique sur la diminution des prix).

Par ailleurs, le prix des deux tiers des génériques disponibles doit être inférieur d'au moins 20% par rapport au prix de la préparation originale.

## *1.2.3 Fixation des prix*

### *1.2.3.1 Ancien système des marges*

Jusqu'en 2001, le prix public de vente des médicaments en Suisse englobait :

- les **coûts de fabrication** (prix ex-factory ou sortie d'usine) : coûts d'amortissement de la production.
- les **coûts de distribution** pour les grossistes-répartiteurs et les pharmaciens d'officine : frais de logistique et de personnel, mise à disposition de l'infrastructure et immobilisation du capital.
- et la **TVA** (2,7% à l'époque).

Il était élaboré selon le système des **marges de droit privé de Sanphar** (association réunissant des entreprises participants au commerce des médicaments) et selon son « **Ordre du marché** dans le commerce des médicaments ».

La rémunération des pharmaciens reposait sur le principe de « **marge sur le prix** », comme c'est le cas encore aujourd'hui dans un certain nombre de pays européens : Autriche, France, Grèce, Italie, Portugal, etc. Ainsi, elle était proportionnelle au prix des médicaments. En fait, plus un médicament était onéreux, plus la marge des pharmaciens en valeur absolue (en francs suisses) croissait avec un plafond fixé à 600 CHF, mais moins la marge en pourcentage était importante. L'application de cette **dégressivité** devait réguler les excès éventuels.

La marge commerciale était estimée aux alentours de 30% en moyenne (en fait 33% à la base et dégressive avec l'augmentation du prix du médicament).

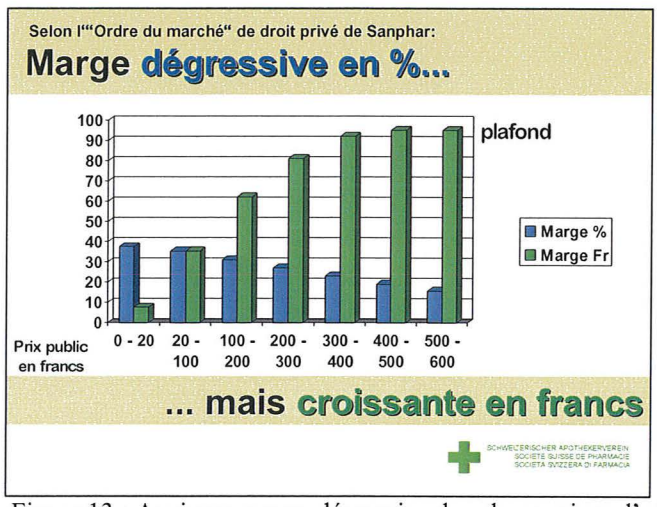



Figure 13 : Ancienne marge dégressive des pharmaciens d'officine

Le chiffre d'affaires des pharmaciens était par conséquent plus ou moins directement lié à la quantité et au prix des médicaments délivrés. Certains observateurs extérieurs considéraient que ceci pouvait constituer une incitation à vendre inutilement un médicament cher, en grande quantité ou sous la forme d'un grand conditionnement. La neutralité du pharmacien en tant que conseiller auprès de ses clients/patients, des médecins et des assureurs-maladie portait à discussion.

A la fin des années 1990 - début 2000, les pouvoirs publics suisses ont montré leur détermination de maîtriser les coûts de santé, et plus particulièrement ceux des médicaments. La part des dépenses consacrées à ces derniers n'était que de 10% environ par rapport aux coûts totaux (contre plus de 20% en France, en Italie ou en Espagne), ce qui ne constituait donc pas le premier poste de dépenses pour l'assurance-maladie comme l'indique les deux graphes suivants.

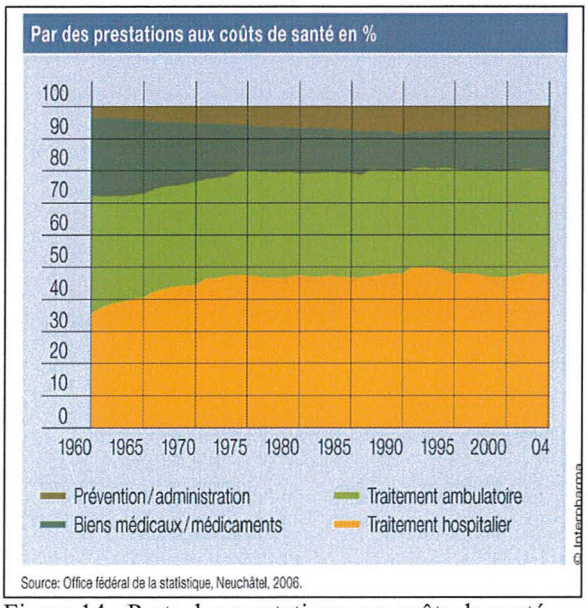



Figure 14 : Parts des prestations aux coûts de santé en %

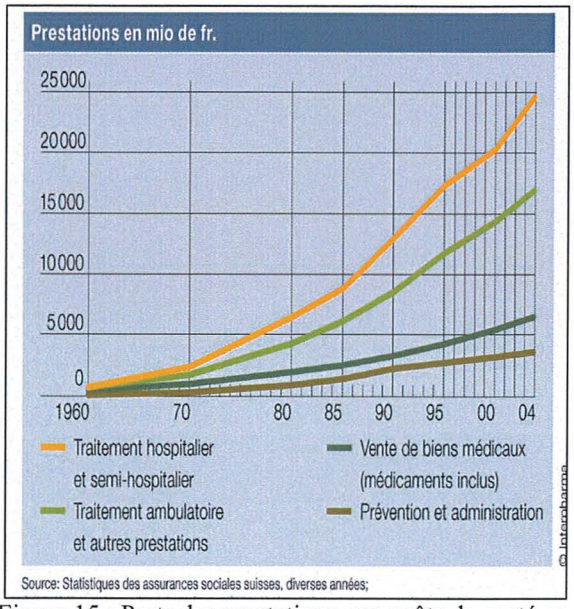



Figure 15 : Parts des prestations aux coûts de santé en millions de francs suisses

La hausse des coûts liés aux médicaments s'expliquait non seulement par la progression du volume des ventes mais également par le renchérissement du prix des médicaments (à cause notamment des frais de recherches croissants pour les médicaments nouveaux et innovants).

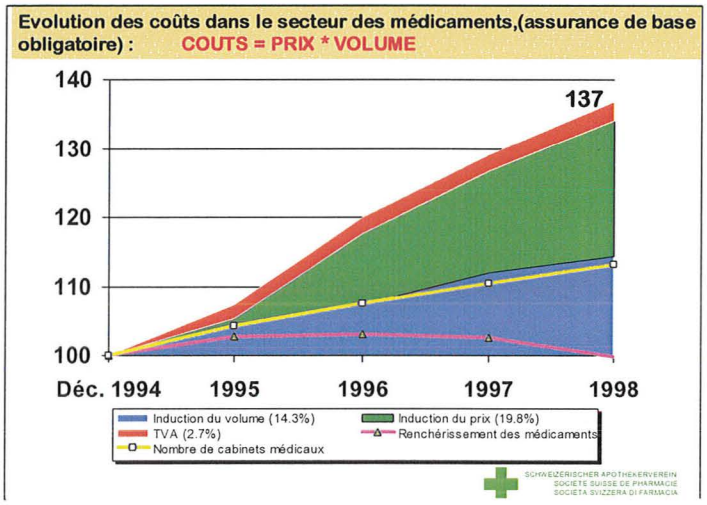



Figure 16 : Evolution des coûts dans le secteur des médicaments

Les autorités ont souhaité intervenir directement sur ces deux facteurs, et par la même sur la rémunération des pharmaciens. Dans ce contexte, le calcul des prix des médicaments LS a été révisé et une convention a été signée entre les pharmaciens et les assureurs-maladie (la RBP en juillet 2001).

### *1.2.3.2 Nouveau système de calcul des prix*

La marge sur le prix des médicaments des pharmaciens a d'abord été réévaluée et décomposée en :

- une **marge pour la distribution** des médicaments (comprise dans le nouveau prix LS) avec :
    - une **marge fixe par emballage** : pour couvrir les frais de logistique (moyens mis en œuvre pour assurer une dispensation optimale des médicaments), de personnel et la mise à disposition de l'infrastructure (local équipé conformément aux exigences, matériel informatique). En principe, cette marge devait être indépendante du prix de vente mais pour éviter d'augmenter trop fortement le prix des médicaments peu onéreux, des paliers ont été établis pour les médicaments dont le prix ex-factory est inférieur à 15 CHF.

      Les prix des médicaments des catégories C et D sont fixés différemment de ceux des catégories A et B (selon l'OPAS). Pour les médicaments C et D (non soumis à ordonnance et généralement peu coûteux), un supplément de distribution (prime relative au prix) est rajouté au prix de fabrique.
    - et une **marge variable en pourcentage** du prix de fabrique : pour couvrir la mise à disposition du capital et le risque encouru par le pharmacien (paiement du stock en avance, factures).

Suppléments de distribution
(Catégories A et B, RBP non comprise)

| Prix de fabrique | + supplément lié au prix | + supplément par emballage |
|---|---|---|
| fr. 0.05 jusqu'à fr. 4.99 | 12–15% | fr. 4.00 |
| fr. 5.00 jusqu'à fr. 6.99 | 12–15% | fr. 8.00 |
| fr. 7.00 jusqu'à fr. 8.99 | 12–15% | fr. 8.00 |
| fr. 9.00 jusqu'à fr. 10.99 | 12–15% | fr. 8.00 |
| fr. 11.00 jusqu'à fr. 12.99 | 12–15% | fr. 12.00 |
| fr. 13.00 jusqu'à fr. 14.99 | 12–15% | fr. 12.00 |
| fr. 15.00 jusqu'à fr. 879.99 | 12–15% | fr. 16.00 |
| fr. 880.00 jusqu'à fr. 1799.99 | 8–10% | fr. 60.00 |
| à partir de fr. 1800.00 | — | fr. 240.00 |

Source: Office fédéral de la santé publique, Berne.

Pour les médicaments des catégories C et D, un supplément de distribution de 40 à 90% est ajouté au prix de fabrique.

© Interpharma

Figure 17 : Nouvelles marges de distribution depuis la RBP

- et un système de **forfaits** rajoutés au nouveau prix LS (qui seront abordés en détail dans la 2ème partie de ce travail) : pour la dispensation effective des médicaments des catégories A et B.

Par conséquent, la distribution des médicaments par les pharmaciens a été isolée de leurs prestations spécialisées lors de l'acte de dispensation, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

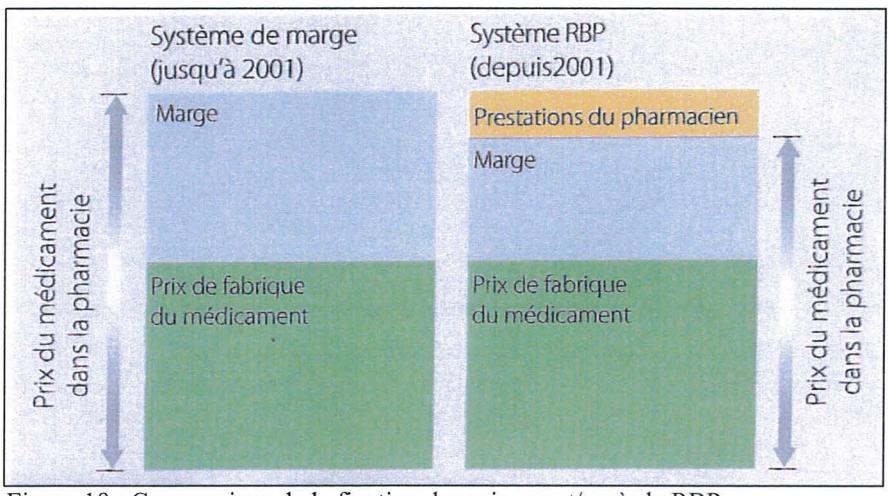
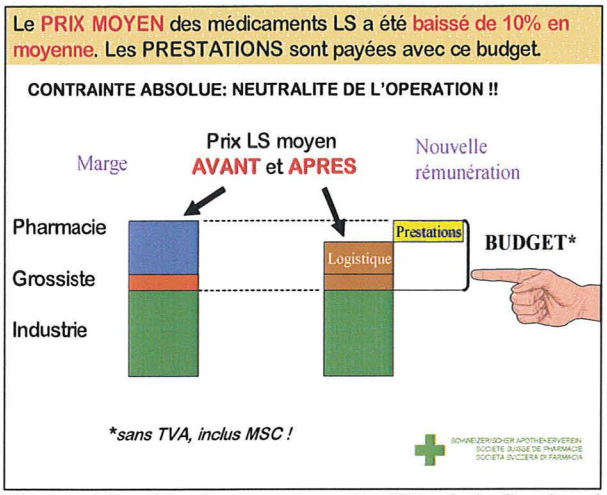
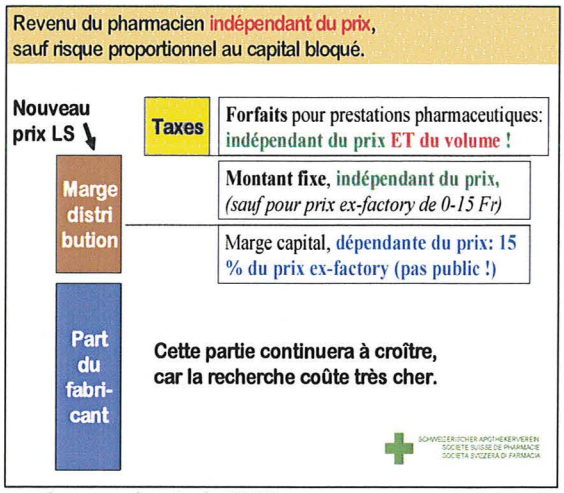



Figure 18 : Comparaison de la fixation des prix avant/après la RBP

Les prix LS des médicaments ont été **révisés à la baisse** (10% en moyenne), de manière à financer les « forfaits » des pharmaciens sans engendrer de coûts supplémentaires pour l'assurance-maladie. Depuis 2001, la TVA sur les médicaments est passé de 2,7% à 2,4%.




Figures 19 et 20 : Comparaison détaillée de la fixation des prix avant/après la RBP

Pour être plus exacte, le prix ex-factory des médicaments de plus de 43 CHF a été diminué alors qu'il a été augmenté pour ceux de moins de 43 CHF, plaçant la marge de distribution des pharmaciens autour de **17%,** soit une des plus faibles d'Europe.

Exemples :

| | Stilnox® (zolpidem) 10 mg 30 cp | Zocor® (simvastatine) 20 mg 98 cp |
|---|---|---|
| Avant RBP (2001) | 19,75 CHF | 316,95 CHF |
| Prix 2001 | 22,35 CHF | 263,25 CHF |
| Prix 2004 (*) | 20,30 CHF | 263,75 CHF |
| Prix 2007 (*) | 16,67 CHF | 145,90 CHF |

(*) : sans compter les forfaits du pharmacien

Le prix d'une boîte de Stilnox® (zolpidem) 10 mg 30 cp, soit 16,67 CHF, se décompose en 2007 de la façon suivante (**) :

- prix de fabrique : 7,20 CHF
- marge variable : 1,08 CHF
- marge fixe : 8,00 CHF
- TVA : 0,39 CHF.

(**) : sans compter les forfaits du pharmacien de la RBP III (validation médicament : 4,30 CHF, validation traitements : 3,25 CHF, soit pour les deux forfaits : **7,55 CHF**).

Avec l'ancien système des marges, les médicaments dont le prix ex-factory ne dépassait pas 15 CHF représentaient seulement 17% des ventes pour une pharmacie de taille moyenne contre 30% pour les médicaments entre 100 et 500 CHF. La redéfinition des prix a permis de rééquilibrer le système en augmentant la proportion de médicaments peu onéreux et en réduisant celle des médicaments chers.

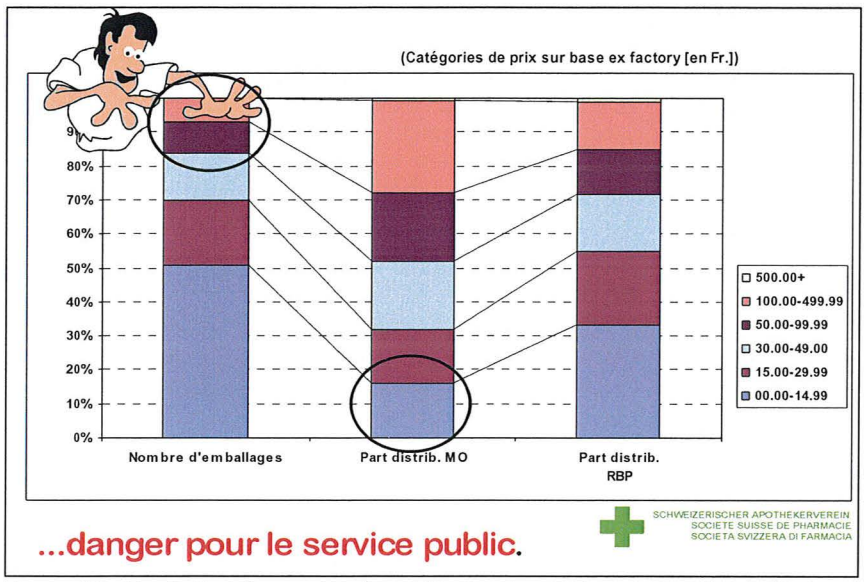


Figure 21 : Evolution des ventes de médicaments en pharmacie selon le % de marge

Ces dernières années, l'industrie pharmaceutique suisse a concédé à plusieurs reprises des baisses de prix suite à des négociations avec les autorités fédérales (OFSP). Depuis 1995, l'OFAS a remplacé l'OICM (Office Intercantonal de Contrôle des Médicaments) et assure depuis le contrôle du prix des médicaments de la LS. Il détermine le prix de remboursement initial et décide des éventuelles baisses ultérieures, aiguillonné par les recommandations du Surveillant des prix. Il ne s'agit plus de prix imposés mais de **prix publics maximums** pris en charge par l'assurance de base (AOS), lors de la remise d'un médicament par un prestataire de santé (Art.35 let.a OPAS et Art.67 OAMal : Ordonnance sur l'Assurance-Maladie). L'établissement initial des prix tient compte du bénéfice thérapeutique apporté. Un supplément de **prime pour innovation** ne se justifie selon l'OAMal que dans des conditions expresses telles qu'une efficacité accrue, une amélioration de la tolérance, une diminution des effets indésirables, etc.

De plus, des **comparaisons de prix** sont établies (Art.35 OPAS) par rapport :

- aux prix sortie d'usine du médicament évalué à l'étranger (puisque le taux de TVA diffère d'un pays à l'autre) s'il y est commercialisé :
    - de façon systématique avec quatre pays dont le secteur pharmaceutique est économiquement comparable à celui de la Suisse : actuellement l'Allemagne, les Pays-Bas, le Danemark et le Royaume-Uni.
    - dans d'autres pays voisins comme la France, l'Italie et l'Autriche, lorsque le médicament évalué n'est présent que dans une partie des quatre pays de comparaison officiels ou lorsque les différences de prix relevées sont trop importantes.
- et aux prix sortie d'usine de médicaments équivalents d'un point de vue thérapeutique et déjà sur le marché suisse.

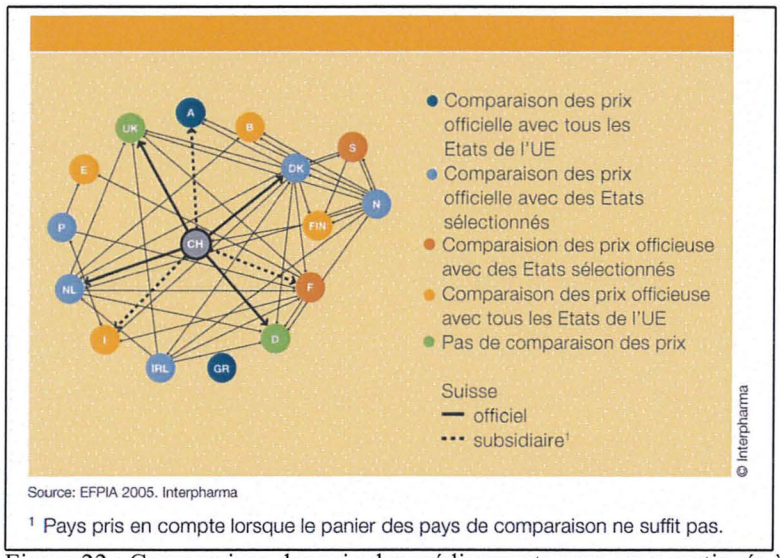


Figure 22 : Comparaison des prix des médicaments avec ceux pratiqués à l'étranger

Les prix des médicaments de la LS sont ensuite régulièrement **réévalués** : deux ans après leur admission dans la LS, puis lors de l'expiration du brevet et deux ans après celle-ci, au maximum 15 ans après. De cette manière, ils peuvent être réajustés en fonction de la commercialisation de génériques et des écarts de prix par rapport à l'étranger (Art.35b à 37a OPAS).

La révolution de la fixation des prix des médicaments a ainsi permis l'introduction d'une rémunération des prestations pharmaceutiques spécifiques indépendante de leur prix de vente. Le tableau ci-dessous résume de façon concise l'ensemble de ces données :

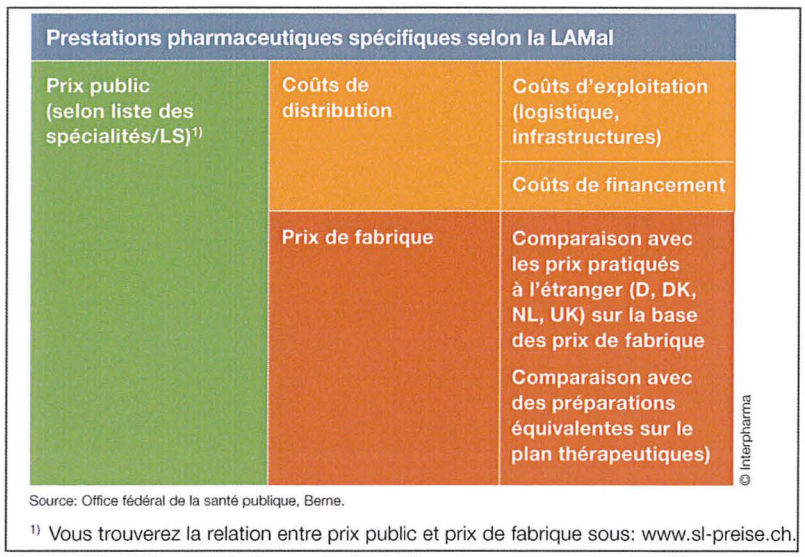


Figure 23 : Résumé de la méthode de fixation des prix des médicaments en Suisse

Après cette immersion au coeur du système de santé suisse et de la LAMal, je vais à présent expliciter les conditions de l'introduction de la Rémunération basée sur les prestations (RBP), les modalités d'application de celle-ci et son évolution jusqu'à nos jours.

# 2ème partie : CONSEQUENCES DE LA LAMAL : LA REMUNERATION BASEE SUR LES PRESTATIONS (RBP)

## 2.1. Historique

### *2.1.1 Signature de la convention RBP*

La dualité « **commerçant – professionnel de santé** » du pharmacien d'officine est depuis longtemps source de tergiversations. Les pharmaciens ont toujours dû concilier leur rôle d'acteur de santé publique et de « professionnel du médicament » avec la nécessité d'assurer la rentabilité et la pérennité de leur officine comme toute autre entreprise privée. Ceci ne posait aucun problème pour les autorités helvétiques jusqu'à ce que le contrôle du volume des dépenses de santé devienne une préoccupation majeure.

Dès 1991, le Conseil de l'Europe se prononçait en faveur d'une rémunération des pharmaciens selon leurs prestations et services dans ses Etats membres. L'année suivante, la Société Suisse de Pharmacie (SSPh : association faîtière jouant à la fois le rôle de syndicat et de l'équivalent de notre Conseil de l'Ordre des pharmaciens) envisageait cette possibilité dans un document intitulé « Le pharmacien et la santé publique en Suisse : prise de position en 25 thèses ». La SSPh y déclarait dans sa Thèse No.3.3 qu'« une **rémunération à la prestation**, indépendante de la quantité et du prix des médicaments délivrés, permet l'exploitation optimale des compétences de ce corps de métier. L'utilisation rationnelle de médicaments baisse les coûts de la santé tout en préservant le haut niveau de prestations et de suivi pharmaceutique. ».

En 1996, la nouvelle **Loi sur les Cartels** jugeait inacceptable l'Ordre du marché des marges de droit privé de Sanphar et dénonçait les accords privés entre les industriels, les grossistes et les pharmaciens d'officine. Finalement, en 2000 la Commission de la

concurrence (Comco) a fini par demander son interdiction. Les pharmaciens ont alors dû se remettre en question et envisager effectivement le passage à un système de rémunération distinct de leurs « activités commerciales » et de leurs « activités intellectuelles » selon les termes de la SSPh.

La SSPh a alors mandaté le Professeur Bernd Schips de l'Institut de recherches conjoncturelles de l'EPFZ/KOF (Société d'études de la conjoncture de l'Ecole Polytechnique Fédérale de Zürich) pour répertorier l'ensemble des prestations et services des pharmaciens et établir un **tarif forfaitaire** viable financièrement. La SSPh a ensuite simplifié le modèle proposé afin de le rendre plus acceptable pour les pharmaciens et les assureurs-maladie. En effet, celui-ci ne devait être ni trop contraignant d'un point de vue administratif, ni trop compliqué pour la pratique quotidienne officinale, et ne pas engendrer des frais trop importants pour sa mise en oeuvre. La fiabilité des paramètres, la reproductibilité et la facilité de contrôle par les assureurs constituaient trois exigences supplémentaires.

La SSPh et Santésuisse, qui représentaient les intérêts communs de leur branche respective, à savoir les pharmaciens et les assureurs-maladie, ont mené de longues négociations avant d'établir une **structure uniforme** pour la rémunération des prestations officinales.

Ils avaient déjà conclu auparavant des conventions-cadres réglant les modalités de facturation des médicaments dispensés, mais là ils devaient trouver le moyen de faire coïncider leurs attentes et leurs objectifs, selon un système gagnant/gagnant. Ils étaient conscients que s'ils ne parvenaient pas à un accord, le Conseil fédéral interviendrait de façon arbitraire (Art.43 al.5 LAMal).

La RBP dans sa première version (RBP I) est entrée en vigueur le **1er juillet 2001**. En accord avec l'Art.46 de la LAMal, les pharmaciens et les assureurs-maladie ont signé la convention de manière individuelle.

Remarque : seules les deux pharmacies des aéroports de Zurich et de Genève n'ont pas adhéré à la Convention RBP. Par ailleurs, la chaîne de pharmacie Sun Store a conclu sa propre convention avec les assureurs-maladie.

### 2.1.2 Evolutions de la RBP

Initialement, la RBP (**RBP I**) comprenait quatre positions tarifaires :

- pour la validation d'ordonnance : « taxe pharmacien » et « taxe patient »
- pour les services d'urgence : « taxe d'urgence » et « surtaxe de nuit ».

La RBP I a d'abord été résiliée par Santésuisse le 31 décembre 2003, puis finalement prolongée jusqu'à fin 2004 (en accord avec l'Art.46 LAMal), le temps de parvenir à un accord satisfaisant pour les deux parties. Les assureurs-maladie désiraient regrouper la « taxe pharmacien » et la « taxe patient » en une taxe unique. Sur ce point, la SSPh n'a jamais fléchi craignant un jour la suppression plus aisée d'une position tarifaire au lieu de deux. Ensuite, il a été décidé d'instaurer des incitations pour accroître le taux de pénétration des génériques, et de « récompenser » l'aide proposée par les pharmaciens pour la prise correcte des traitements par les patients. Le développement de la qualité à l'officine était également un objectif prioritaire. Enfin, le terme malencontreux de « taxe » a été substitué par celui de « forfait » (en français et en allemand, mais désignations différentes en italien) moins péjoratif. En effet, les patients/assurés ont eu l'impression que les pharmaciens facturaient les positions tarifaires comme un supplément par rapport au prix « normal » des médicaments (au même titre que la TVA). Un certain nombre de patients ne se sont pas rendus compte que les prix des médicaments avaient été modifiés et que ces taxes remplaçaient une partie de l'ancienne marge commerciale.

La **RBP II** a finalement été introduite le **1er janvier 2005**. Le « forfait d'urgence » a remplacé la « taxe d'urgence » et la « surtaxe de nuit ». Quatre nouvelles positions tarifaires ont fait leur apparition en plus du « forfait pharmacien » et du « forfait patient » :

- « forfait de substitution générique »
- « forfait compliance »
- « forfait de prise sous surveillance »
- et « forfaits solution de méthadone ».

Il avait été convenu que la RBP II ne dépasserait pas fin 2006, notamment à cause du « forfait patient » qui était la cible de critiques virulentes de la part des associations de consommateurs (comme la « Stiftung für Konsumentenschutz ») et du nouveau Surveillant des Prix. Depuis la RBP I, cette position tarifaire n'avait cessé d'être pointée du doigt par les assureurs-maladie et sa facturation avait déjà été modifiée une fois.

Le **1er janvier 2007**, une nouvelle version de la RBP (**RBP III**) a vu le jour. Le terme « forfait » a été supprimé de la plupart des dénominations des positions tarifaires. Le « forfait pharmacien » est devenu la « validation médicament » et le « forfait patient » a été remplacé par la « validation traitements » considérée plus équitable. Le Conseil fédéral a posé une date limite pour la RBP III, soit le 31 décembre 2008, estimant que des améliorations sont encore possibles et nécessaires.

En six ans seulement, la RBP a déjà connu trois versions différentes. L'incompréhension des patients/assurés en est en partie responsable. Certains s'étonnent encore de devoir régler un « supplément » en plus du prix de leurs médicaments. Les pharmaciens ont essayé de remédier au malentendu initial et d'expliquer le principe de la RBP. Ils ont communiqué auprès des journalistes et des médias, distribué des brochures d'information à leurs clients, mais en vain. Ils n'ont peut-être pas été suffisamment soutenus dans leur

démarche par les assureurs-maladie et les autorités dont l'OFAS. Les profanes ne se rendent souvent pas compte du contrôle effectué par le pharmacien lors de la délivrance d'une ordonnance. Le pharmacien est donc encore aujourd'hui obligé de se justifier sur son travail effectif et sur les prix des médicaments jugés excessifs alors qu'il n'a aucune influence sur eux. Si certaines associations de consommateurs telle que la Fondation pour la protection des consommateurs (FPC) critiquent encore la RBP, la plupart reconnaissent les progrès accomplis : Organisation suisse des patients (OSP), Fédération Romande des Consommateurs (FRC) ou le Konsumentenforum (KF).

### *2.1.3 Modalités générales de la RBP*

La RBP prévoit différentes positions tarifaires rémunérant l'activité du pharmacien lors de la délivrance de médicaments. Chaque position tarifaire regroupe elle-même plusieurs prestations (par souci de simplification de la tarification). Les parties à la convention s'accordent sur le nombre de points attribués à chaque position tarifaire et fixe une valeur unique du **point tarifaire** pour toute la Suisse. Celle-ci peut être révisée une fois par an maximum et en fonction de l'évolution de l'indice national des prix à la consommation (variation de plus de cinq points de l'indice) (Annexe 2 Art. 2 et 3 RBP III). Jusqu'à présent, elle est demeurée inchangée à **1,08 CHF**, TVA (2,4%) incluse.

Les positions tarifaires ne concernent que la remise de médicaments **soumis à ordonnance** d'un médecin ou d'un chiropraticien (**catégories A et B de la LS**, vaccins et produits immunologiques de la LS) et **remboursés par l'assurance de base**. Pour les médicaments des catégories C, D et E de la LS (prescrits ou non sur ordonnance) et les pilules contraceptives (non remboursables en Suisse), le pharmacien ne peut facturer aux caisses-maladie que le prix public maximum remboursable du médicament. La RBP ne s'applique

pas mis à part exceptionnellement pour certains forfaits (forfaits d'urgence, de prise sous surveillance, de substitution générique et compliance) pour les catégories C et D.

Par ailleurs, lorsqu'un médecin prescrit une préparation magistrale à base de médicaments des catégories A ou B sur une ordonnance, les forfaits ne peuvent pas non plus être décomptés. Ils sont facturés selon leur prix LS et la taxe de fabrique (et non selon le principe de la Liste des Médicaments avec Tarif : LMT, équivalent du Tarex en France).

### *2.1.4 Bases légales de la RBP*

La RBP est principalement fondée sur la LAMal et la LPTh (Loi sur les Produits Thérapeutiques), complétées par l'OAMal (Ordonnance d'Application de l'Assurance-Maladie) et l'OPAS (Ordonnance d'Application sur les Prestations de l'Assurance des Soins).

Comme la LAMal stipulait que seules les prestations autorisées pouvaient être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, il a fallu attendre la première **révision partielle de la LAMal** (entrée en vigueur le 1er janvier 2001) pour que les prestations intellectuelles des pharmaciens soient officiellement reconnues indépendamment de l'activité de distribution des médicaments.

L'Art.25 al.1 de la LAMal indiquait que les assureurs-maladie devaient rembourser les « coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles ». L'al.2 let.b citait « les analyses, **médicaments**, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien » (Art.25 al.2 let.b).

L'adjonction de l'al.2 let.h en 2001 a permis d'introduire le droit au remboursement des « **prestations des pharmaciens** lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let.b ».

L'Art.4a de l'OPAS explicite de façon précise les types de prestations officinales remboursables :

- **conseils** lors de l'exécution d'une ordonnance médicale contenant au moins un médicament de la liste des spécialités (LS).
- exécution d'une ordonnance médicale en cas d'**urgence**
- remplacement d'une préparation originale ou d'un générique prescrits par un médecin par un générique plus avantageux (droit de **substitution** depuis l'Art.52a de la LAMal)
- **assistance** prescrite par un médecin, lors de la **prise** d'un médicament.
- prestations plus étendues permettant de réduire les coûts, fournies en faveur d'un groupe d'assurés, si elles rentrent dans le cadre d'une convention tarifaire (aide à la **compliance**).

La garantie de la **qualité** des prestations pharmaceutiques et de leur **caractère économique** représente un élément fondamental de la convention RBP (Art.56 et 58 LAMal, Art.77 OAMal). La LPTh a été établie dans le but de permettre un approvisionnement sûr et ordonné à la population en produits thérapeutiques, accompagné d'une information et de conseils appropriés (Art.1 et 2). Les pharmaciens sont tenus de faire parvenir aux assureurs-maladie des factures détaillées afin que ces derniers puissent contrôler effectivement les prestations décomptées. En fait, les pharmaciens envoient une copie de leurs factures à une centrale de données gérée par l'OFAC (Office Fédéral des Assurances et Caisses-maladie). Cet organisme se charge ensuite de les transmettre (en respectant le principe de protection des données) à la **Commission paritaire de Surveillance**, composée de membres de la SSPh et de Santésuisse (Annexe 4 Convention RBP III). Les assureurs-maladie affirment que grâce à ce procédé près d'un milliard de francs suisses sont économisés chaque année.

En outre, conformément à l'Art.42 de la LAMal, les pharmaciens appliquent le **système du tiers-payant**, c'est-à-dire qu'ils envoient directement aux assureurs-maladie la facture électronique détaillée de leurs prestations. Les assurés n'ont pas besoin de payer comptant et d'attendre ensuite le remboursement (système du tiers-garant). Actuellement, toutes les caisses-maladie, exceptées la Supra et l'Assura, sont conventionnées et donc acceptent le tiers-payant.

Cas particuliers :

Les assureurs-maladie ont la possibilité d'exiger que la première facture de l'année soit réglée par l'assuré selon le principe du tiers-garant si la part des médicaments de la LS sans compter les positions tarifaires de la RBP (exceptés pour les génériques et les situation d'urgence) est inférieure à 20 CHF par remise.

Si l'assureur-maladie d'un patient n'a pas signé la convention tarifaire, le patient est soumis à la règle du tiers-garant et règle comptant ses médicaments au pharmacien. Il sera remboursé par son assureur sur présentation de la facture explicite du fournisseur de prestation.

Pour les pharmaciens n'ayant pas adhéré à la convention, la fixation du tarif et de la valeur du point tarifaire est transférée sous la responsabilité des autorités cantonales. Il faut noter que l'adhésion à la convention RBP est gratuite pour les membres de la SSPh et de Santésuisse mais payante pour les non-membres (taxe d'adhésion de 1400 CHF, contribution annuelle aux frais de 1000 CHF sans compter les coûts de contrôle de la qualité) (Annexe 6 Convention RBP III).

Je vais à présent détailler chacune des positions tarifaires de la RBP III, en vigueur depuis début 2007.

## 2.2. Situation actuelle

La RBP III prévoit **sept positions tarifaires** (Art.4a al.1 let.a, b, c et d OPAS) pour les différentes activités officinales :

- validation médicament
- validation traitements
- substitution
- aide à la compliance
- service d'urgence
- prise sous surveillance
- forfaits méthadone

### 2.2.1 *Validation d'ordonnance*

#### 2.2.1.1 Validation médicament (Annexe 1 Art.2 Convention RBP III)

La « validation médicament », qui découle de la « taxe pharmacien » (RBP I) et du « forfait pharmacien » (RBP II), couvre les prestations de contrôle de la sécurité du patient par rapport aux médicaments délivrés sur ordonnance :

- vérification de l'ordonnance et de l'admissibilité des renouvellements éventuels (validation temporelle, légalité et authenticité de l'ordonnance, caractère justifié).
- vérification du dosage d'utilisation et des limitations éventuelles de quantité au sein de l'ordonnance.
- contrôle des abus au sein de l'ordonnance.
- contrôle des interactions médicamenteuses au sein de l'ordonnance.
- contrôle des facteurs de risque, des allergies éventuelles et des contre-indications.
- et prise de contact avec le médecin prescripteur si c'est médicalement requis ou souhaité par le patient.

Le pharmacien doit s'assurer que le patient comprend son traitement en ce qui concerne les posologies (indication écrite des dosages), la durée du traitement et le moment idéal pour la prise des médicaments. Il est tenu de lui fournir des conseils adaptés à ses besoins et à son mode de vie, et appropriés par rapport aux médicaments de l'ordonnance : instructions d'emploi, motivation à l'observance thérapeutique avec explication de son importance, indications sur les conditions d'utilisation et de conservation, et informations sur les effets secondaires possibles ou potentiels.

En fonction des posologies prescrites, le pharmacien opte ensuite pour la taille d'emballage économiquement optimale, conformément aux règles de « pratique correcte de remise ». Pour initier une thérapie, il délivre toujours un petit conditionnement.

La rémunération de ces prestations n'a pas évolué depuis la RBP I : 4 points tarifaires soit **4,30 CHF**. Ce montant est prélevé **par ligne d'ordonnance**, c'est-à-dire pour chaque spécialité et grandeur d'emballages différents, mais quelque soit le nombre d'emballages identiques d'une même spécialité. La vérification est en effet d'autant plus « complexe » qu'il y a de médicaments différents prescrits.

La « validation médicament » est facturée lors de chaque renouvellement. Par contre, le pharmacien ne peut l'exiger que pour la première délivrance lorsque celle-ci est effectuée en plusieurs fois (pour des raisons telles qu'un stock insuffisant, un article manquant chez le fournisseur ou une délivrance échelonnée).

Il faut noter que la convention impose que le pharmacien fournisse personnellement (ou une personne sous son contrôle effectif) ces prestations, en raison des compétences qu'il a acquis au cours de sa formation universitaire et post-universitaire. Il engage sa responsabilité. L'apposition du cachet de la pharmacie sur l'ordonnance atteste de son contrôle (Bonnes Pratiques de pharmacie disponibles sur le site Internet de la Fédération Internationale de Pharmacie ou FIP).

### 2.2.1.2 Validation traitements (Annexe 1 Art.3 Convention RBP III)

La « validation traitements » couvre les prestations de vérification de l'ordonnance dans sa globalité, en fonction des caractéristiques propres du patient et des autres médicaments qu'il prend :

- ouverture d'un nouveau dossier (nouveau client).
- historique de la médication.
- tenue du dossier-patient.
- vérification des éventuels effets cumulatifs entre médicaments, selon la connaissance. actuelle de l'état du patient et compte-tenu de l'automédication.
- contrôle des interactions sur la base du dossier pharmaceutique.
- vérification des limitations éventuelles de quantité au sein du dossier.
- contrôle des abus au sein du dossier.

Le pharmacien est ainsi légalement obligé de tenir à jour un « dossier patient » avec des données personnelles sur le patient et sur son historique médicamenteux. Pour ce faire, le pharmacien doit établir un dialogue avec le patient et développer progressivement une relation de confiance. Certaines pharmacies sont pourvues d'une salle de consultation spécialement apprêtée pour l'entretien de conseils. En tant que professionnel de santé, le pharmacien s'engage à respecter la confidentialité et l'anonymat des données récoltées (Loi de protection des données).

Dans la RBP I, la « validation traitements » alors appelée « taxe patient » était facturée **7 points tarifaires** soit 7,55 CHF pour **trois mois** et **par prescripteur** différent (médecins, hôpital), quel que soit le nombre de spécialités et d'emballages remis. Fortement critiquée, la « taxe patient » est devenue le « forfait patient » dans la RBP II, fixé à **8,5 points** soit 9,20 CHF pour **trois mois** et prélevé **indépendamment du nombre de prescripteurs**

consultés. Même s'il n'était au final prélevé que quatre fois maximum par année, le « forfait patient » était encore décrié par le Conseil fédéral et certaines associations de consommateurs.

Dans la RBP III, la position tarifaire est demeurée identique mais le nombre de points attribués a encore été réduit. Elle prévoit désormais **3 points** soit 3,25 CHF **pour chaque ordonnance** délivrée et **par prescripteur**. En outre, les mêmes règles que pour la « validation médicament » s'appliquent en cas de renouvellements ou de remise en plusieurs fois. La « validation traitements » peut être facturée à chaque renouvellement, mais une seule fois pour les remises fractionnées.

Le « forfait patient » devait assurer une solidarité entre patients occasionnels et chroniques. Malheureusement, les assurés ne sollicitant qu'un traitement aigu de façon ponctuelle ne comprenaient pas pourquoi ils devaient régler un montant forfaitaire correspondant à une activité du pharmacien répartie sur trois mois. Certains souhaitaient même se dispenser des conseils du pharmacien pour éviter de payer le forfait. Le pharmacien ne pouvait bien évidemment pas accepter parce qu'il demeurait responsable devant la loi de tous les médicaments qu'il délivre. La « validation traitements » revient ainsi maintenant moins cher pour les malades occasionnels, au détriment des malades chroniques.

Le système de rémunération du « forfait patient » visait également à lutter contre le nomadisme médical et à inciter les patients à choisir une « **pharmacie de confiance** ». En effet, la fréquentation de plusieurs officines accroît non seulement les frais administratifs (facturation du forfait par chaque officine) mais aussi les risques d'erreur dus à une méconnaissance (exemple : allergie à une substance) ou à une interaction médicamenteuse avec un médicament délivré dans une autre pharmacie. Un patient sur cinq consulterait plus de deux médecins sur la même période donnée. Dans cette configuration, le

pharmacien est le seul avec le patient à avoir connaissance des divers médicaments prescrits (sans compter l'automédication).

La fidélité des patients est censée assurer une meilleure sécurité et une « économicité » des coûts. Le pharmacien est alors en mesure de personnaliser ses conseils. De plus, lors de situations d'urgences telles que le retrait du marché d'une spécialité (exemple du Vioxx® : rofécoxib en septembre 2004) ou en cas de rupture de stock transitoire, le pharmacien a la possibilité de réagir rapidement en informant ses patients concernés et en contactant leurs médecins pour rechercher une alternative thérapeutique.

Dans la convention RBP, la SSPh et Santésuisse s'est engagée à créer des incitations pour éviter les « fournitures parallèles incontrôlables dans plusieurs pharmacies ». En avril 2005, la SSPh avait lancé une campagne d'affichage à cet effet (cf. image ci-dessous).

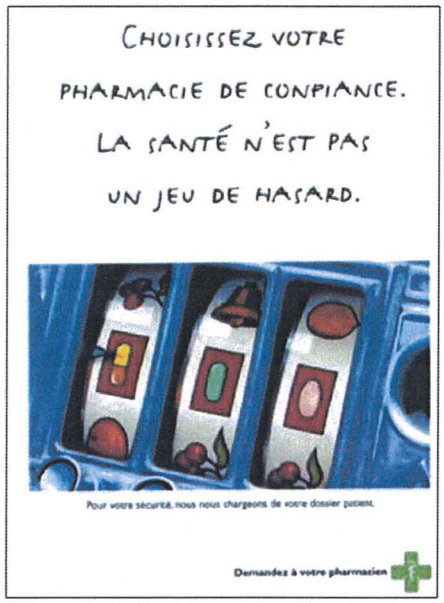


Figure 24 : Campagne d'affichage de la SSPh

Exemples de prescription et de facturation :

Prescription :
Voltaren retard® 75 mg **(diclofenac)**
1 comprimé par jour – 10 jours.

Facturation :
- **1** boîte de Voltaren retard® 75mg 20 cp : 17,05 CHF.
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.

TOTAL : **24,60 CHF**.

Prescription :
Voltaren retard® 75 mg **(diclofenac)**
1 comprimé par jour – 1 mois.

Facturation :
- **2** boîtes de Voltaren retard® 75mg 20 cp : 2 x 17,05 CHF
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.

TOTAL : **41,65 CHF**.

Remarque : tous les prix de spécialités citées dans ce travail sont valables à la date du 01.01.2007.

Prescription :
- Voltaren retard® 75 mg (diclofenac)
1 comprimé par jour – 1 mois.
- Zocor® 20 mg (simvastatine) :
1 comprimé le soir – 3 mois.

Facturation :
- 1 boîte de Voltaren retard® 75mg 20 cp : 17,05 CHF.

- 1 boîte de Zocor® 20 mg 98 cp : 145,90 CHF.

- **2** validation médicament : 2 x 4,30 CHF
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.

TOTAL : **174,80 CHF**.

Prescription du Dr A :
Voltaren retard® 75 mg (diclofenac)
1 comprimé par jour – 1 mois.

Prescription du Dr B :
Zocor® 20 mg (simvastatine) : 1 comprimé le soir – 3 mois.

Facturation de l'ordonnance du Dr A :
- 1 boîte de Voltaren retard® 75mg 20 cp : 17,05 CHF.
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.

TOTAL Dr A : **24,60 CHF**

Facturation de l'ordonnance du Dr B :
- 1 boîte de Zocor® 20 mg 98 cp : 145,90 CHF.
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.

TOTAL Dr B : **153,45 CHF**.

TOTAL des 2 ordonnances :
**178,05 CHF**.

### *2.2.2 Substitution générique (Annexe 1 Art.7 Convention RBP III)*

Il a fallu attendre 1997 pour que les pharmaciens obtiennent le droit de remplacer un générique par un autre générique. La FMH (Fédération des Médecins Helvétiques) et la SSPh ont ensuite mené des négociations qui ont abouti à des recommandations précises pour la prescription et la remise de génériques.

L'introduction de l'**Art.52a** lors de la révision de la LAMal en 2001 a finalement autorisé les pharmaciens à substituer des médicaments originaux (princeps) de la LS par des génériques moins coûteux figurant sur la LS et la LG. Les pharmaciens ont depuis la possibilité de délivrer un médicament qui contient le même principe actif et le même dosage sous la même forme pharmaceutique (**substitution générique**) mais en aucun cas de remettre une molécule différente ayant un effet thérapeutique analogue à celle prescrite (**substitution thérapeutique**). Il s'agissait de réaliser des économies sur les médicaments sans entraver la liberté de prescription des médecins et les droits des malades.

L'entrée en application du « forfait de substitution générique » (RBP II) puis de la position tarifaire « substitution » (RBP III) ambitionnait de promulguer les génériques auprès des assurés et d'accroître leur pénétration dans le marché des médicaments.

Cette prestation est rémunérée par **20 points** soit 21,60 CHF pour :

- la proposition du générique et l'obtention de l'adhésion du patient.
- la sélection du générique qui convient le mieux au patient (principe(s) actif(s), dosage et galénique), qui peut influer sur l'issue du traitement (observance).
- la mention de la substitution sur l'ordonnance.
- la documentation de la substitution dans le dossier-patient.
- l'information au médecin traitant ou au chiropraticien.
- et la documentation de la substitution sur la facture.

En fait, la « substitution » ne peut être décomptée que si la **différence entre le prix** LS de la préparation originale (ou du générique prescrit) et celui du générique que le pharmacien délivre (sans compter le forfait) **dépasse 50 points** tarifaires soit 54 CHF.

Si la différence n'atteint pas 50 points, le pharmacien doit notifier une position « **Participation à l'économie** ». Il reçoit alors **40% de la différence** de prix et l'assureur maladie (et donc les assurés) les 60% restants.

Par conséquent, la rétribution de la substitution par le pharmacien est plafonnée à 20 points tarifaires.

Dans le cadre d'une instauration de traitement, le pharmacien peut facturer la position « Participation à l'économie » lors de la remise du petit conditionnement initial puis une deuxième fois lors de la remise du premier grand conditionnement.

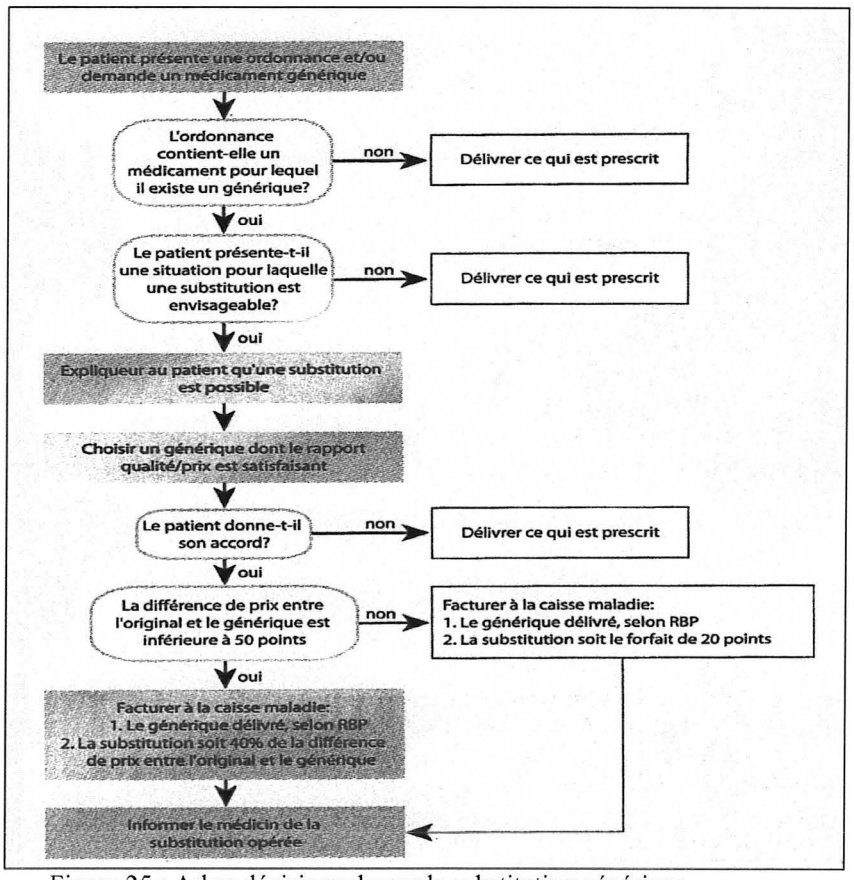


Figure 25 : Arbre décisionnel pour la substitution générique

## Exemples :

Prescription :
Voltaren retard® 50 mg (diclofenac)
1 comprimé par jour – 10 jours.

Facturation :
- 1 boîte de Voltaren 50 mg
20 cp : 15,00 CHF.
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.

TOTAL : **22,55 CHF**.

Remarque : Ecofenac® est un générique en Suisse (Dénomination Commune Internationale DCI : diclofénac).

Prescription :
Voltaren® 50 mg (diclofenac) :
1 comprimé par jour – 10 jours.

Substitution :
1 boîte de Ecofenac® (diclofenac)
50 mg 20 cp : 12,10 CHF.

Economie effective :
22,55 - 12,10 = **10,45 CHF**
donc < 20 points (21,60 CHF)

Facturation (1ère remise) :
- 1 boîte de Ecofenac® (diclofenac)
50 mg 20 cp : 12,10 CHF.
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.
- 1 participation à l'économie :
40% x 10,45 = 4,18 CHF

TOTAL : **23,83 CHF**.

Prescription :
Zocor® 20 mg (simvastatine) :
1 comprimé le soir – 3 mois.

Facturation :
- 1 boîte de Zocor® 20 mg
98 cp : 145,90 CHF.
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.

TOTAL : **153,45 CHF**.

Remarque : Simvastin® est un générique en Suisse (DCI : simvastatine).

Prescription :
Zocor® 20 mg (simvastatine) :
1 comprimé le soir – 3 mois.

Substitution :
1 boîte de Simvastin Mepha® 20 mg
98 cp : 104,00 CHF.

Economie effective :
145,90 – 104,00 = **41,90 CHF**
donc < 50 points (54,00 CHF)

Facturation (1ère remise) :
- 1 boîte de Simvastin Mepha® 50 mg
20 cp : 104,00 CHF.
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.
- 1 participation à l'économie :
40% x 41,90 = 16,76 CHF

TOTAL : **128,31 CHF**.

En principe, le pharmacien est légalement obligé d'informer le patient s'il existe un générique dans la LS (Art.38a OPAS). Le pharmacien ne se voit accorder une rémunération que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- si le médecin ne s'oppose pas expressément à la délivrance de la préparation originale par une note manuscrite (une mention « sic » pré-imprimée n'ayant aucune valeur légale selon la décision de l'OFAS du 23.02.2001).
- s'il obtient l'accord du patient.
- s'il s'agit de la première substitution (et non d'un renouvellement ou d'une remise différée).
- et si le médecin n'indique pas directement sur l'ordonnance le nom du principe actif ou s'il ne rajoute pas la mention « *aut idem* » ou « *aut genericum* » signalant au pharmacien qu'il l'autorise à substituer.

En outre, le pharmacien n'est pas non plus obligé de substituer systématiquement, et encore moins par le générique le moins cher comme le proposait l'« Initiative Denner » (qui sera explicitée dans la partie 3.3).

Remarque : le pharmacien doit toujours s'assurer que le patient ne prenne pas un traitement en double (substance originale et générique, ou deux génériques) et il doit vérifier que le patient a bien identifié le générique et son indication.

### *2.2.3 Aide à la compliance (Annexe 1 Art.6 Convention RBP III)*

Les patients polymédiqués et les personnes âgées souffrant d'isolement social et/ou de troubles cognitifs ou fonctionnels, ont parfois des difficultés à gérer de façon autonome la prise correcte de leurs médicaments. De ce fait, certains omettent ou réitèrent des prises,

d'autres se trompent dans les quantités ou intervertissent des spécialités. Ce type d'erreurs engendre des complications, des retards ou des absences de guérison, des rechutes, des consultations accrues de médecins et même parfois des hospitalisations. Ceci occasionne chaque année des coûts directs et indirects évitables.

L'observance du patient, c'est-à-dire sa bonne **volonté de respecter la prescription** et les instructions données, est essentielle pour la réussite d'une thérapie. Le médecin a la possibilité légale de prescrire, pour les patients le nécessitant, une assistance pharmaceutique prise en charge par l'assurance-maladie (Art.4a al.1 let.d OPAS). Le pharmacien est alors chargé de préparer un semainier au patient avec la quantité exacte de médicaments à prendre selon le moment de la journée (exemple du système Dosett®). Le pharmacien conserve les emballages entamés à l'officine et gère le stock de médicaments restants à la place du patient.

Figure 26 : Exemple de pilulier

Cette prestation spécifique, initialement appelée « aide à la compliance » (RBP II), est devenue la position tarifaire « compliance » (RBP III). Elle est rémunérée par **20 points tarifaires** soit 21,60 CHF maximum **par semaine**. Toutefois, elle est limitée selon la convention à un budget global de 3 millions de francs par an. Si ce montant est dépassé, des mécanismes de compensations doivent être mis en place sous le contrôle de la Commission de surveillance.

De plus, le remboursement de la position tarifaire « compliance » n'est autorisé que si les trois conditions suivantes sont remplies :

- le patient doit se trouver en milieu ambulatoire au moment de la prise, c'est-à-dire ni dans un hôpital, ni dans un EMS.
- le patient doit prendre au minimum trois spécialités différentes au cours de la même semaine.
- et le pharmacien doit assurer la dispensation directement auprès du patient, sans intervention d'un autre fournisseur de prestations (de type Spitex : aides et soins à domicile).

Ce système assure une meilleure collaboration du patient, une amélioration notable de la qualité de vie pour les malades chroniques et une sécurité accrue pour les personnes âgées. De plus, il réduit en conséquence les coûts en luttant contre le gaspillage occasionné par l'accumulation de médicaments inutilisés et en limitant les prises incorrectes de médicaments à l'origine de complications.

### *2.2.4 Service d'urgence (Annexe 1 Art.4 Convention RBP III)*

Les pharmaciens sont légalement tenus de participer au service d'urgence de leur région, afin d'assurer à tous les patients un approvisionnement en médicaments et en produits pharmaceutiques, de jour comme de nuit, et quelle que soit la situation géographique. La position tarifaire « service d'urgence » prend en compte l'ensemble des charges supplémentaires engendrées par l'exécution d'une ordonnance par un pharmacien, en dehors des heures d'ouverture habituelles.

Initialement, la RBP I prévoyait une « taxe d'urgence » de 13 CHF et une « surtaxe de nuit » de 21,60 CHF. Avec la RBP II, la surtaxe de nuit a été intégrée dans un « forfait d'urgence » de **16 points tarifaires** soit 17,30 CHF (correspondant à la moyenne de la « taxe d'urgence » et de la « surtaxe de nuit »). Aujourd'hui dénommé « service d'urgence » (RBP III), ce forfait n'a pas changé de rémunération. Il est facturé une seule fois **par patient**, sans décompte par ligne d'ordonnance.

La convention précise que la pharmacie inscrite au service de nuit doit dispenser immédiatement le médicament concerné par l'urgence et doit mentionner le moment de la remise sur l'ordonnance (ou le documenter de façon appropriée). Il faut noter que la SSPh et Santésuisse établissent des statistiques qu'ils communiquent à la Commission de surveillance pour suivre l'évolution de cette position tarifaire.

### *2.2.5 Prise sous surveillance*

#### *2.2.5.1 Prise sous surveillance (Annexe 1 Art.5* Convention RBP III*)*

Pour certains patients, le médecin peut décréter la nécessité de la prise d'un ou de plusieurs médicaments sous la surveillance effective du pharmacien. La mention explicite sur l'ordonnance de la position tarifaire « prise sous surveillance » (qui existe depuis la RBP

II) donne droit à une rémunération pour le pharmacien qui accepte de se charger personnellement de cette responsabilité.

Elle correspond à **10 points tarifaires** soit 10,80 CHF (Art.4a al.1 let.d OPAS) chaque fois que le pharmacien remet une dose unitaire au patient et contrôle qu'elle est bien administrée. En outre, la « validation médicament » pour le ou les médicaments concernés n'est exigible qu'une seule fois par emballage prescrit.

### *2.2.5.2 Forfaits méthadone (Annexe 1 Art.8* Convention RBP III*)*

La position tarifaire pour le traitement de substitution à la solution de méthadone a également été introduite avec la RBP II. Elle a volontairement été séparée de la « prise sous surveillance » en raison de ses particularités.

Les pharmaciens constituent un maillon essentiel de la prise en charge des **toxicomanes**. Ils ont prouvé depuis les années 1980 leur engagement dans la prévention dirigée vers les toxicomanes : campagnes de distribution de préservatifs à 1 CHF, récupération des seringues usagées dans des containers ou vente de kits Flash-box® (contenant une seringue, un tampon d'alcool et de l'acide citrique).

En Suisse, deux traitements sont proposés aux personnes dépendantes aux opiacés émettant l'envie de parvenir à l'abstinence mais en incapacité momentanée ou durable d'y arriver par leur seule volonté : le traitement de substitution à la solution de méthadone et celui à la buprénorphine (Subutex® : légalement assimilé à celui à la méthadone). Ils sont réservés selon les cantons aux adultes (plus de 18 ans) dépendants aux opiacés depuis plus de deux ans malgré l'échec d'au moins deux tentatives de désintoxication de plusieurs mois et présentant des déficiences d'ordre médical, psychologique ou social dues à la consommation de stupéfiants (Art.8 al.7 LStup). Ils requièrent un diagnostic médical et un interrogatoire précis (anamnèse de la toxicomanie), un examen clinique et des analyses

d'urines au cabinet d'un médecin. Selon l'Art.15a al.5 de la LStup, la prescription, la dispensation et l'administration de ces traitements sont soumises à une autorisation du médecin cantonal qui examine le dossier.

Le pharmacien et le médecin collaborent ensemble ; ils soutiennent au mieux le patient dans sa démarche de sevrage. Ils sont particulièrement attentifs à l'évolution de son état de santé et de son comportement (régularité des prises, symptômes de rechute, de manque ou de sédation, etc.). Tous les six mois, le médecin communique au médecin cantonal un rapport détaillé avec un contrôle d'urines réalisé à l'improviste pour rechercher la présence éventuelle de drogues illicites. Le médecin cantonal décide ensuite d'accorder ou non un renouvellement du traitement.

En pratique, seul le pharmacien qui possède le double de l'autorisation a le droit de délivrer le traitement au patient. Ce dernier se présente à l'officine tous les jours ouvrables, une à deux fois par jour au début, pour la prise de sa dose sous le contrôle du pharmacien. Le pharmacien peut prévoir une salle isolée pour respecter la confidentialité du patient. Pour les week-ends et les jours fériés, il ne peut lui remettre au maximum que la dose nécessaire pour trois jours de traitement. Enfin, pour les patients dits « stabilisés », il est possible de restreindre la dispensation à deux ou trois fois par semaine seulement.

Le pharmacien engage sa responsabilité pour la validation de la prescription (évolution dégressive au fil des semaines) et la délivrance sous surveillance des doses prescrites au patient (ou à un tiers autorisé dans certains cas). L'ordonnance sur carnet à souches doit porter les mentions obligatoires. Le pharmacien cantonal contrôle régulièrement le registre des stocks et les autorisations cantonales. Les relevés de prescriptions sont transmis au médecin cantonal mensuellement.

Les caisses-maladie ne prennent en charge que les patients de plus de 20 ans, dépendants aux opiacés depuis plus de deux ans malgré l'échec d'au moins deux tentatives de

désintoxication de plusieurs mois. Les patients séropositifs HIV ou présentant un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) avéré font exception.

La solution de méthadone ne peut être délivrée que sous la forme de sirop ou de solution non injectable, et en aucun cas sous forme de comprimés. Le pharmacien prépare à l'avance la solution diluée de méthadone à 1%, à laquelle il ajoute du jus de fruit (souvent du jus d'orange) ou du sirop pour la dénaturer et éviter un usage détourné.

Les « forfaits méthadone » prescrits par les médecins ne peuvent être facturés qu'une fois par mois maximum et par patient, mais différemment selon la fréquence de remise :

- 1 à 5 fois par semaine : **195 CHF** TVA incluse
- plus de 5 fois par semaine : **310 CHF** TVA incluse.

Ces forfaits mensuels incluent :

- l'ensemble des produits mis à disposition par le pharmacien en rapport avec la prise de méthadone, notamment la fabrication et le contrôle de la qualité de la solution mère orale selon la LMT (Liste des Médicaments avec Tarif).
- les moyens et les appareils utilisés.
- les prestations du pharmacien (remise sous la surveillance attentive et personnelle du pharmacien).
- la taxe de contrôle des stupéfiants selon la LMT.
- la tenue de la comptabilité concernant les substances actives.
- et l'établissement de rapports destinés aux autorités et à l'intention du médecin

Dans le cadre d'un traitement de courte durée (1 à 15 jours), des tarifs spéciaux sont appliqués :

- 1 à 5 fois par semaine : **100 CHF** TVA incluse
- plus de 5 fois par semaine : **160 CHF** TVA incluse.

Le canton du Valais a mis en place un système particulier où le médecin signe avec le patient et un représentant de la Ligue valaisanne contre la toxicomanie un « contrat thérapeutique tripartite ». Le médecin envoie au médecin cantonal et au médecin conseil de la caisse-maladie du patient un exemplaire de ce contrat (Annexe 7). Il est prévu à l'avenir d'intégrer le pharmacien dans ce processus pour aboutir à un contrat quadripartite.

Maintenant que le cadre et les modalités d'application de la RBP ont été exposés, je vais achever cette analyse en mettant en évidence les conséquences directes et indirectes de la LAMal et de la RBP sur l'exercice officinal helvétique. J'aborderai tout d'abord les avancées réalisées sur les plans de la qualité et des économies de santé, pour finir par les contraster du fait des difficultés financières grandissantes de certaines officines.

# 3ème partie : CONSEQUENCES DE LA MISE EN PLACE DE LA RBP

## 3.1. La qualité à l'officine

### *3.1.1 Evolution du métier de pharmacien*

Jusqu'à la moitié du XX°, le pharmacien était considéré comme un fabricant de « remèdes » (image de l'« apothicaire »). Il utilisait en effet ses connaissances et son savoir-faire spécifiques pour confectionner à une échelle individuelle des préparations destinées à soigner des hommes et des animaux ou à les maintenir en bonne santé. Déjà à l'époque, les risques liés à ces activités étaient notoires et le pharmacien était responsable des médicaments qu'il vendait.

Figure 27 : Image de l'apothicaire

L'industrie pharmaceutique s'est ensuite développée pour finalement prendre en charge la majorité de la production. Le pharmacien a ainsi pu se concentrer sur la **délivrance** des médicaments et mettre à profit ses compétences dans le domaine de la médication familiale. En 2001, ses activités intellectuelles ont été officiellement reconnues grâce à la révision de la LAMal et à la convention RBP. Il s'est alors engagé à fournir des prestations d'un haut niveau de qualité et à promouvoir l'amélioration continue de cette dernière pour répondre aux **exigences légales** des autorités (Art.58 LAMal, Art.77 et 135 OAMal) et à la clause de « **garantie de la qualité** » à l'officine contenue dans la convention RBP.

Les pharmaciens ont alors mis en place des mesures pour assurer une dispensation efficiente des médicaments et une organisation optimale de leur officine. La réforme des études universitaires et post-universitaires initiée en 2000 a été poursuivie pour mieux préparer les étudiants à leurs futures responsabilités, et d'autre part un système de certification des officines appelé « QMS-Pharmacie » a été créé.

## 3.1.2 Réforme des études de pharmacie

### 3.1.2.1 Formation universitaire

Les études en sciences pharmaceutiques comprennent en Suisse trois années de niveau « **bachelor** » (formation de base) et un an et demi à deux ans de niveau « **master** » (formation complémentaire ou spécialisée). Pour la filière officine, les étudiants optent pour un master en pharmacie qui se conclut par un examen fédéral (cf. programme des études en Annexe 8) et un diplôme fédéral de pharmacien indispensable pour gérer ou détenir une officine en Suisse.

Des **stages pratiques** sont également intégrés dans ce cursus :

- un stage d'initiation de six semaines et un stage de samaritains (cours de secourisme) à effectuer avant la fin de la troisième année du niveau bachelor.
- et un stage de trente semaines dans une officine ou un hôpital durant la deuxième année de master, appelée « année d'assistanat ».

Selon l'Art.3 de la LPTh, les étudiants doivent acquérir pendant leurs études les « fondements nécessaires à l'exercice de la profession médicale choisie ». L'art.9 de la Loi sur les Professions Médicales (LPMed) énonce les objectifs pratiques à atteindre et l'exhaustivité des savoirs à acquérir. Avec la réforme des études de pharmacie, l'accent a été mis sur la pratique clinique. Les autorités souhaitent que les pharmaciens développent une **compétence particulière à forte valeur ajoutée**.

### 3.1.2.2 Formation post-graduée

Grâce aux formations post-graduées certifiées et obligatoires (selon la Réglementation pour la Formation Post-graduée de la SSPh : RFP), les pharmaciens complètent leur formation universitaire et accroissent leurs connaissances dans un domaine particulier.

Pour la formation post-graduée en sciences pharmaceutiques, ils choisissent entre :

- **compétences pharmaceutiques** (pharmacothérapie, symptomatologie, validation d'ordonnance, triage et suivi pharmaceutiques, assurance et gestion de la qualité, Bonnes Pratiques de Fabrication à l'officine ou BPF).
- **compétences en santé communautaire** (organisation et structure de la santé publique et des assurances sociales, économie de la santé, médecine factuelle, épidémiologie, dépistage, prévention, promotion et conseils de santé, déontologie professionnelle).
- **compétences de gestion** (droit et économie pharmaceutiques, gestion d'entreprise, management, logistique, ressources humaines, marketing et communication).
- et **compétences personnelles** (gestion des problèmes, motivation de l'équipe, etc.)

Ces enseignements complémentaires tiennent compte de l'évolution et de la complexité de la profession (dualité « professionnel de santé-commerce »). Pour l'octroi d'un titre de « **spécialiste FPH en pharmacie d'officine** » (*Federatio Pharmaceutica Helvetiae*), il faut compter entre deux et cinq ans d'études.

En 2005, plus de 1000 titres de spécialistes FPH en pharmacie d'officines ont été décernés. Par ailleurs, il existe également d'autres titres reconnus de spécialiste FPH pour lesquels les participants sont plus rares : en pharmacie hospitalière, en homéopathie classique ou encore dans des secteurs tels que la phytothérapie, l'assistance pharmaceutique d'EMS et d'autres institutions de soins, en tant que pharmacien consultant pour la prescription en ambulatoire (cercles de qualité médecins-pharmaciens abordés dans la partie 3.2), pharmacie vétérinaire pour les animaux de rente, etc.

### *3.1.2.3 Formation continue*

La SSPh a également rendu **obligatoire** la formation continue afin d'assurer une réactualisation constante des savoirs des officinaux. En effet, les connaissances dans le domaine scientifique évoluent continuellement (découvertes techniques, nouvelles thérapies, progrès de la médecine, etc.). La formation continue doit permettre aux pharmaciens diplômés de maintenir à jour et d'actualiser leurs connaissances acquises au cours de leur formation universitaire (au sens de l'Art. 3 de la LPMed et de la Réglementation pour la Formation Continue de la SSPh : RFC). Les pharmaciens peuvent auto-évaluer leurs besoins personnels grâce à un référentiel qualité des pratiques et choisir les domaines dans lesquels ils souhaitent progresser.

Les pharmaciens doivent comptabiliser chaque année 500 points de crédit. Sachant qu'une heure académique à 45 minutes équivaut à 6,25 points de crédit, ceci revient à **au moins 80 heures annuelles**, divisées en 32 heures de formation en groupe (200 points) et 48 heures de formation personnelle (300 points). Pour la formation en groupe, ils assistent à des cours, des conférences, des congrès ou des ateliers reconnus par la SSPh, tandis que pour celle personnelle, ils ont recours à la lecture de revues professionnelles et à des enseignements à distance (par correspondance ou en ligne sur Internet).

La SSPh a mis en place un programme de formation continue du nom de « Pharmactuel », auquel les pharmaciens peuvent adhérer via un abonnement payant. Dans ce cadre, un symposium d'une journée est organisé chaque année autour d'un sujet d'actualité. Des spécialistes en rapport avec le thème interviennent à cette occasion et font profiter les pharmaciens de leurs découvertes récentes et de celles en voie de l'être. Des « cahiers Pharmactuel » sont publiés plusieurs fois par an dans le même objectif. Les pharmaciens répondent au questionnaire proposé à la fin de chaque numéro et l'envoient à la SSPh pour tester et évaluer leur degré de compréhension.

Remarque : Je n'ai pas tenu compte dans cette partie des informations transmises par les laboratoires pharmaceutiques lors de leur passage dans les officines puisqu'elles sont souvent à visée publicitaire et ne sont pas reconnues pour la formation continue.

Formation des assistants en pharmacie :

Je n'aborderai pas en détail la formation des assistants en pharmacie (équivalents des préparateurs en France) par souci de concision. Je tiens simplement à noter que leur formation initiale repose sur un apprentissage alliant enseignements au sein d'une école professionnelle et pratique dans une pharmacie. Ils obtiennent au terme de trois ans un **certificat fédéral de capacité**, qui peut être complété par une formation post-graduée (passerelles vers les universités de pharmacie) et une formation continue. Ils travaillent sous la responsabilité d'un pharmacien et pour certaines activités sous son contrôle effectif.

## *3.1.3 Assurance Qualité et certification « QMS-Pharmacie »*

### *3.1.3.1 Principe*

La **qualité** peut se définir comme « l'ensemble des propriétés d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire, ni plus ni moins, des besoins exprimés et implicites des clients ».

Le système « QMS-Pharmacie » (« Quality Management Systeme ») constitue un système international de gestion de la qualité à l'officine directement inspiré de la norme « ISO 9000:2000 », adapté à l'univers particulier de la pharmacie. Il a été officialisé en 2000 en Suisse par un contrat entre la SSPh et le CAMS (Concordat des Assureurs Maladie Suisses, actuel Santésuisse), et sous le contrôle de l'OFAS. A priori, chaque pharmacien d'officine est libre de choisir le référentiel qualité auquel il souhaite se référer et nul n'est pour l'instant obligé d'obtenir une certification.

Le référentiel QMS employé s'appuie sur les Bonnes Pratiques de Pharmacie définies aux niveaux fédéral et international (cf. la FIP), et plus particulièrement sur la **norme « ISAS QMS-Pharma 2010 »**. L'ISAS (International Standardization and Accreditation Services) est une société d'audit référence reconnue au niveau international, qui valide l'obtention des certificats de qualité. Chaque certificat est enregistré auprès de l'ISAS sous un numéro individuel avec une date de validité fixée.

Le système « QMS-Pharmacie » vise le développement continu de la qualité de la pratique officinale. Il a d'abord été expérimenté dans un projet-pilote conduit au niveau fédéral au printemps 1999 sur une cinquantaine de pharmacies. Grâce à sa flexibilité, il a pu être appliqué sans difficultés majeures et a convaincu la SSPh. Le principe est simple : les pharmacies « candidates » à la certification acceptent de se soumettre à un **audit** (« peer review ») réalisé par un pharmacien diplômé spécialisé dans la gestion de la qualité. L'auditeur envoyé sur place est chargé d'évaluer le niveau de l'officine. Il a lui-même suivi une formation adaptée pour assurer la reproductibilité de sa fonction et rester neutre et impartial en toutes circonstances. Jusqu'en décembre 2006, la société SGS Switzerland SA, certifiée par l'ISAS, s'occupait d'organiser les audits sur mandat de la SSPh. Depuis le 1er janvier 2007, la SSPh a elle-même été accréditée par l'ISAS et a remplacé la société SGS SA.

Remarque : Il convient de faire la distinction entre :

- une **certification** : « procédure grâce à laquelle une tierce partie donne l'assurance écrite qu'un produit et/ou un service, un processus ou un système de management de la qualité est conforme aux exigences spécifiées ».
- et une **accréditation** : « procédure grâce à laquelle une autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou une personne est compétente pour effectuer des tâches spécifiques ».

### 3.1.3.2 Déroulement de l'audit

L'obtention du certificat ne représente pas une simple formalité. L'audit s'étend généralement sur sept à huit heures. Durant cette journée, l'auditeur examine le quotidien de la pharmacie. Il questionne plusieurs membres du personnel (le gérant, les pharmaciens et une ou deux préparatrices) sur la structure de la pharmacie et les processus établis. Un **processus** se définit comme un « ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie ». Dans le cas de l'exercice officinal, l'élément d'entrée peut être par exemple la présentation d'une ordonnance au pharmacien et celui de sortie la récupération des médicaments par le patient, avec toutes les étapes intermédiaires et les contrôles indispensables pour assurer la sécurité des patients et l'optimisation de la thérapie. Un processus ne s'intéresse qu'au résultat à atteindre, il laisse les acteurs libres quant aux moyens d'y parvenir.

L'auditeur prend connaissance des **procédures écrites** (enchaînement d'actions à réaliser) qui ont été définies. Il observe ensuite leur application lors du déroulement d'entretiens-conseils lors de ventes avec et sans ordonnances, soit six à dix cas pour chaque type de ventes. Il est également attentif à la qualité de la relation établie entre les patients/clients et le personnel.

Finalement, un questionnaire de satisfaction est distribué à cinquante clients de l'officine choisis au hasard le jour de l'évaluation ; ceux-ci le renvoient directement à la SSPh qui les analyse statistiquement.

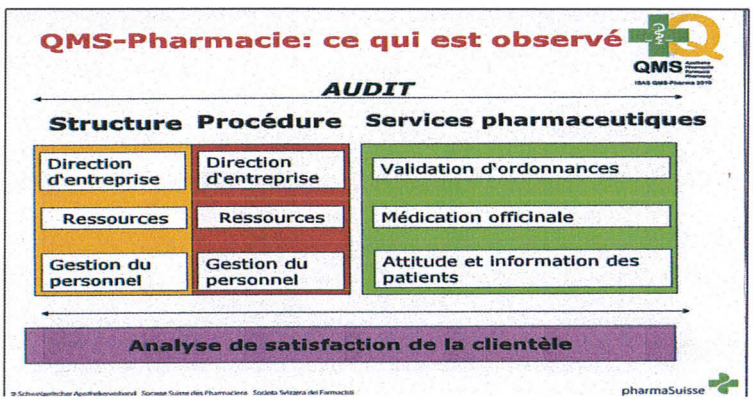



Figure 28 : Procédure de l'audit d'une certification « QMS-Pharmacie »

Le référentiel comprend six standards détaillés en Annexe :

- standard 1 : structure
- standard 2 : procédure
- standard 3 : validation d'ordonnance
- standard 4 : demande d'un produit sans ordonnance ou d'un conseil
- standard 5 : contacts client/équipe
- standard 6 : satisfaction de la clientèle.

### *3.1.3.3 Bilan de l'audit et suivi des résultats*

L'auditeur attribue des points à chaque type de prestations et standard en fonction du Manuel Qualité. Il s'aide d'une grille d'analyse modulaire, prévue pour s'adapter quelques soient la taille ou le type d'officines et la région linguistique, et suivant l'évolution de la pratique officinale. Il établit finalement un **niveau de qualité** en pourcentage (100% étant le maximum), selon les critères de performance fixés.

**Niveau de qualité à atteindre 1/2**

| | |
|---|---|
| **Résultat global de l'audit** | **≥ 65%** |
| Standard 1 – Structure | ≥ 60% |
| Standard 2 – Procédures de travail | ≥ 60% |
| Standard 3 – Validation d'ordonnances | ≥ 70% |
| Standard 4 – Conseil OTC | ≥ 70% |
| Standard 5 – Communication, info du patient | ≥ 70% |
| Substandard 3.3 – Evaluation des risques sur ordonnance | ≥ 60% |
| Substandard 3.6 – Commentaire de l'ordonnance | ≥ 60% |
| Substandard 4.2 – Evaluation des signes, symptômes, OTC | ≥ 60% |
| Substandard 4.5 – Recommandations de bon usage, OTC | ≥ 60% |
| Satisfaction de la clientèle | ≥ 90% |

**Entre deux audits**
De plus, entre deux audits (espacés de 3 ans), il faut prévoir deux contrôles intermédiaires. Il est proposé d'imposer un mystery shopping (client-mystère) et de demander un rapport sur les améliorations mises en place entre deux audits (rapport qualité interne).

pharmaSuisse

**Niveau de qualité à atteindre pour le label QMS-Pharmacie 2/2**

**Les trois cas de figure suivants peuvent se présenter:**

1. **La pharmacie atteint le niveau demandé pour chacun des 11 paramètres définis**
   → La pharmacie recevra le certificat ISAS QMS-Pharma 2010.
2. **La pharmacie échoue pour un ou deux des 11 paramètres définis**
   → Séminaire d'équipe animé par un spécialiste QMS-Pharmacie reconnu. Après le séminaire la pharmacie recevra le certificat ISAS QMS-Pharma 2010.
3. **La pharmacie échoue pour plus de deux des 11 paramètres définis**
   → La pharmacie devra se présenter à un nouvel audit QMS-Pharmacie (au minimum 6 mois après le premier audit).

pharmaSuisse

Figures 29 et 30 : Niveau de qualité à atteindre pour obtenir le certificat QMS

Le pharmacien reçoit quelques semaines après l'audit les résultats quantitatifs et qualitatifs de l'évaluation avec une comparaison par rapport aux moyennes régionales, cantonales et fédérales (**benchmarking**). Il prend alors conscience de la qualité des services qu'il fournit et de la satisfaction de ses clients/patients.

A partir de ces données, il peut identifier ses points forts et ses lacunes ou déficiences. Ce bilan ponctuel et régulier lui permet d'un côté de voir ce qu'il a réussi à améliorer et de l'autre de se fixer de nouveaux objectifs pour continuer de progresser.

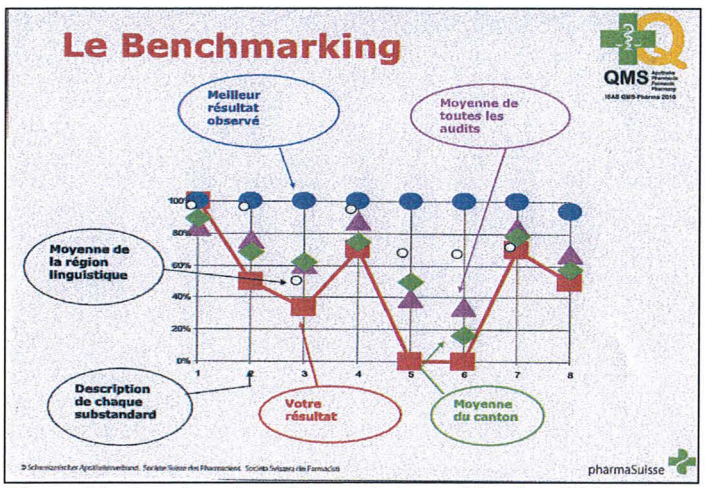
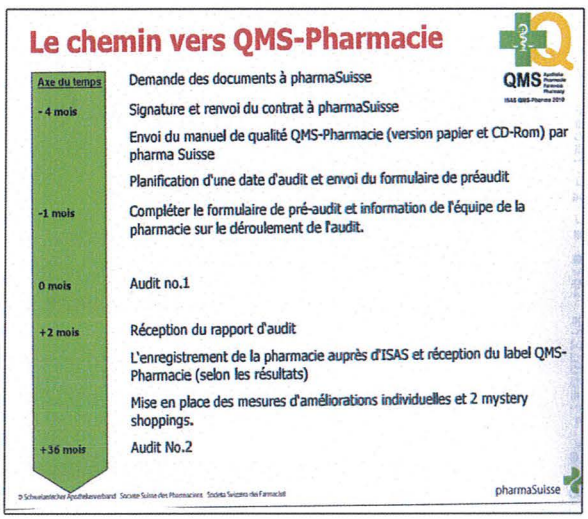
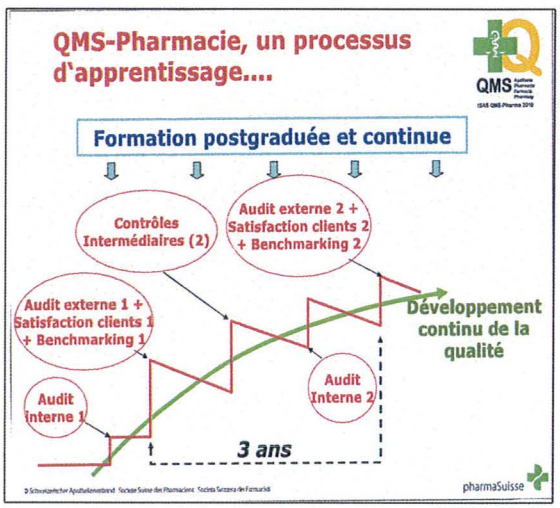



Figure 31 : Le « benchmarking » de la certification QMS

Le certificat « QMS-Pharmacie » (cf. Annexe 9) délivré est valable trois ans et renouvelable passé ce délai par le biais d'un nouvel audit. Entre deux audits, la pharmacie est testée deux fois de manière inopinée par un faux-client appelé « **client mystère** » (mystery shoppings), selon la méthode du système Code-Cliental® GmbH (créée par le Docteur Theophil Voegtli, pharmacien à Kleindöttingen dans le canton d'Argovie). La personne se présente à la pharmacie avec une ordonnance originale et note la prestation de vente et de conseils réalisée. L'objectif est de maintenir le niveau de qualité des prestations à long terme.




Figures 32 et 33 : Différentes étapes de la certification QMS

En parallèle, l'équipe est encouragée à accomplir une formation continue permanente et à procéder à des **audits internes** permettant une auto-évaluation, relativement facile à mettre en œuvre et peu onéreuse. Elle doit mettre en place un Rapport Qualité interne retraçant les mesures correctives entreprises entre les audits.

Actuellement, plus de **300 officines** sont certifiées « QMS-Pharmacie » à travers toute la Suisse. La participation au programme semble bénéfique pour les officinaux. L'apposition du logo « QMS Apotheke » sur la vitrine sert en effet de référence crédible pour la population et le label « QMS-Pharmacie » rassure certains clients/patients. Néanmoins, il convient de préciser que la réussite du système « QMS-Pharmacie » requiert un investissement individuel et collectif de toute l'équipe officinale. Le pharmacien-gérant doit veiller à motiver en permanence cette dernière et à mettre à profit les qualités de chacun de ses membres. De plus, la certification nécessite un **investissement** financier non négligeable : 3900 CHF pour le premier audit (manuel de gestion qualité inclus), 3600 CHF pour le renouvellement tous les trois ans et 750 CHF pour la certification officielle (certificat, matériel marketing, organisation des deux achats tests).

#### *3.1.3.4 Utilisation des résultats de l'audit par la SSPh*

Les pharmacies QMS sont tenues depuis la RBP III d'envoyer annuellement au secrétariat de la Commission leurs résultats détaillés pour chacun des paramètres. En parallèle, elle désigne chaque année un groupe de pharmacies non-QMS qui doivent également lui faire parvenir un rapport d'évaluation sur la mesure de ces indices. La Commission leur impose parfois des audits aléatoires et des «mystery shoppings». La SSPh évalue de cette façon et établit une **comparaison du niveau de qualité** dans toutes les officines ayant signé la convention RBP. Les pharmaciens conventionnés membres de la SSPh n'ont pas à assumer

les frais financiers de la saisie des données à la différence des non-membres conventionnés.

La SSPh et Santésuisse ont convenu de la création d'une **Commission paritaire de qualité** dont le secrétariat est assuré par la SSPh (Annexe 5 Convention RBP III). Cette Commission est chargée de contrôler le respect de la qualité à l'officine comme l'exige la LAMal. Elle mesure des indices concernant la validation de l'ordonnance, l'évaluation des risques, problèmes et erreurs lors de cette dernière et la substitution par des génériques.

Il a été décidé que des **sanctions** seraient appliquées en cas de conclusions négatives sur le niveau de qualité d'une officine, sous forme d'un avertissement ou d'une amende, d'une diminution de la valeur du point tarifaire de 15% par an, voire de l'exclusion de la Convention RBP.

Subséquemment, les pharmaciens ont pris conscience qu'ils devaient apporter la garantie de leur plus-value en tant que professionnel de santé et de la nécessité absolue de participer activement à la réduction des dépenses de santé.

## 3.2. Le pharmacien acteur dans le processus de rationalisation des coûts de santé

### *3.2.1 Rôle de santé publique du pharmacien*

De par leur formation spécifique que je viens de décrire précédemment, les pharmaciens possèdent des connaissances uniques qui leur permettent d'assurer des activités multiples et variées : approvisionnement de la population en produits thérapeutiques, dispensation de conseils personnalisés aux patients, participation à l'éducation sanitaire, etc. (cf. Annexe 10). Les pharmaciens permettent ainsi de réaliser des économies importantes, directes ou indirectes, sans compter celles obtenues grâce au développement de la qualité à l'officine.

### 3.2.1.1 Triage pharmaceutique

Les pharmaciens constituent des professionnels de santé facilement accessibles pour l'ensemble de la population. Les patients/clients ont en effet toujours la possibilité se rendre dans une officine (durant les heures normales d'ouverture) afin de solliciter l'avis d'un pharmacien. Ce dernier est consultable gratuitement, sans rendez-vous et sans obligation d'achat. En ce sens, les pharmaciens assurent un service de **triage pharmaceutique** efficace (cf. schéma ci-dessous et Annexe 11). Ils évaluent la demande ou la plainte de patients/clients grâce à un interrogatoire précis de ceux-ci et aux informations dont ils disposent (dossier pharmaceutique). Dans la plupart des cas, ils sont en mesure de gérer la situation grâce à des recommandations avisées et/ou en ayant recours à l'automédication. Si nécessaire, ils les orientent vers leur médecin. Si tous ces patients/clients consultaient directement un médecin, ceci occasionnerait des frais médicaux considérables et une saturation des réseaux de médecines généraliste et urgentiste. Pour les « petits maux », l'expertise du pharmacien suffit le plus souvent.

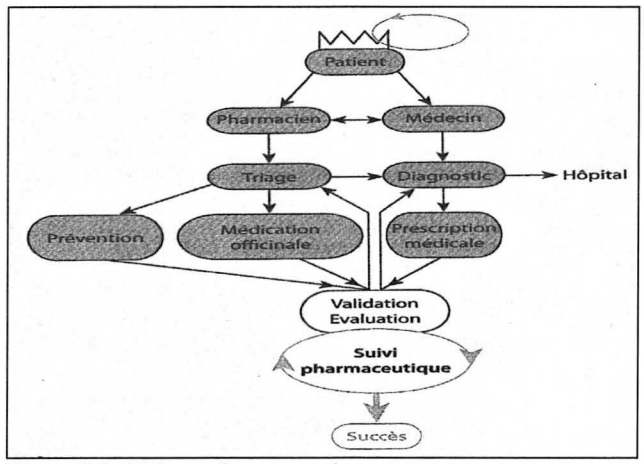


Figure 34 : Triage pharmaceutique

L'hypothèse d'une « **prescription pharmaceutique** » (selon l'exemple du Royaume-Uni) pour les cas bénins et le renouvellement d'ordonnance est actuellement débattue. Toutefois, les médecins helvétiques s'y opposent via leur fédération (FMH), ce qui laisse présager qu'elle n'est pas encore à l'ordre du jour.

### *3.2.1.2 Campagnes de prévention et de dépistage*

Il est estimé que 300 000 personnes franchissent chaque jour la porte d'une officine en Suisse (contre 120 000 pour les médecins et 1 400 pour les hôpitaux), ce qui fait des pharmacies un point de **contact privilégié** pour la prévention.

Les trois principales causes de décès en Suisse sont : les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire (Annexe). Dans chacune de ses pathologies, le pharmacien peut jouer un rôle capital. Chaque année, la SSPh lance des campagnes de prévention et de santé publique « **Care Point** ». En 2005, la SSPh avait organisé des tests spirométriques en officines pour le dépistage de la BPCO : 555 pharmacies y avaient participé et 50 000 tests avaient été réalisés. En 2007, deux campagnes ont déjà eu lieu : une en avril sur le cancer de la peau et une en mai orientée sur le syndrome métabolique. Cette dernière qui a été promue sous le slogan « La main sur le cœur » repose sur l'évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaire (âge, sexe, poids, tabagisme, sédentarité, etc.) et sur la mesure de paramètres biologiques (glycémie, triglycérides, cholestérolémie totale et fractions HDL et LDL : cholestérol protecteur et néfaste). Le test était facturé 29 CHF aux patients durant la campagne de mai. Maintenant que la campagne est terminée, il est fixé à 50 CHF.

Ces actions d'intérêt public, auxquelles les pharmaciens participent volontairement (dans la limite de leurs compétences), sont essentielles. Elles permettent de sensibiliser la population générale, de faire prendre conscience à des patients d'une pathologie sous-jacente, de les traiter plus précocement et donc d'augmenter leur chance de guérison et de survie (cancers par exemple). La mise en place de ces campagnes nécessite un investissement important de la part des pharmaciens et de la SSPh (1 million de CHF selon cette dernière) au bénéfice des assureurs-maladie.

Par ailleurs, de plus en plus d'officines proposent au quotidien des **services de dépistage et de contrôle** (gratuits ou payants) : tests de glycémie et de cholestérolémie, impédancemétrie, mesures de pression artérielle, évaluation de la dépendance au tabac, etc.

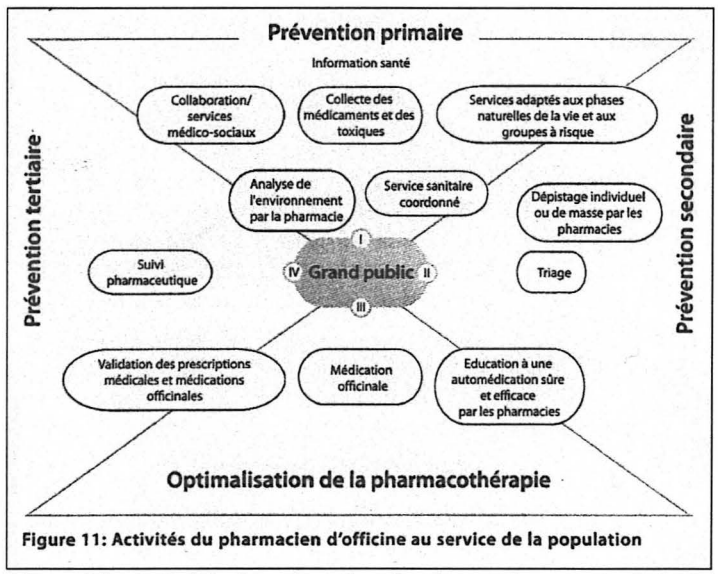


Figure 35 : Activités de prévention du pharmacien auprès de la population

### *3.2.1.3 Promotion d'un usage rationnel des médicaments*

Selon les estimations, l'équivalent de **400 à 500 millions de francs suisses** de médicaments non utilisés ou périmés sont jetés aux ordures et détruits chaque année en Suisse. Ceci témoigne de plusieurs lacunes.

En premier lieu, les pharmaciens doivent privilégier systématiquement la remise du conditionnement le plus approprié en fonction de l'indication thérapeutique, de la posologie et de la durée de traitement. L'accumulation de médicaments par les patients est non seulement inutile mais elle représente également un danger non négligeable pour la sécurité des patients (risque d'utilisation inappropriée ou de surconsommation d'un médicament, égarement de la notice, non-respect de la posologie ou de la date de péremption, mauvaises conditions de stockage, etc.).

A présent que le revenu des pharmaciens n'est plus directement interdépendant de la quantité de médicaments vendus et de la taille du conditionnement, ceci est envisageable du moins pour les médicaments appartenant aux catégories A et B et prescrits sur ordonnance médicale (rémunération forfaitaire de la RBP). Il n'en est pas de même a priori pour le marché de l'OTC. La déontologie des pharmaciens limite les excès.

Les efforts doivent être orientés sur l'**observance** des traitements par les patients. Les interruptions précoces et les oublis de prises représentent des sources de coûts évitables grâce à la responsabilisation des patients. Le « **patient empowerment** » doit être mis en application, puisqu'il est prouvé qu'un patient bien informé et intégré dans la stratégie thérapeutique suivra d'autant mieux son traitement. L'« aide à la compliance » peut constituer une solution pour les personnes âgées, polymédiquées ou inaptes à gérer de façon autonome leur traitement.

Toutes ces missions de santé publique qui font partie intégrante du métier de pharmacien, requièrent du temps et un investissement pour les officinaux. Le problème de la rentabilité est de plus en plus évoqué. Les pharmaciens revendiquent une rémunération spécifique de ces prestations, au même titre que pour la validation d'ordonnance ou la substitution générique. Si elle n'est pour l'instant pas à l'ordre du jour, la Suisse observe actuellement les pratiques officinales étrangères. Dans certains pays, les actes du pharmacien sont récompensés et remboursés même s'ils ne se concluent pas par une vente (exemple : prise de tension artérielle).

### 3.2.2 Participation des pharmaciens à la limitation des coûts

Lors de la signature de la convention RBP I, les pharmaciens se sont engagés à ne plus contribuer à la hausse des coûts du système de santé et des primes des assurés. Ils ont « plafonné leur revenu » au niveau de celui de l'année 2000, c'est-à-dire que la rémunération de leurs prestations est contrôlée (notamment celle de l'« aide à la compliance) et qu'elle ne peut pas dépasser un certain budget. Une « Commission de surveillance » veille au respect de cette **neutralité des coûts**. Dans le cas contraire, la convention prévoit l'instauration de mesures correctrices avec une réévaluation à la baisse de la valeur du point tarifaire.

#### 3.2.2.1 Montant de stabilisation des coûts (MSC)

Depuis avril 2000, les pharmaciens ayant adhérés à la convention accordent aux assureurs-maladie conventionnés (et donc indirectement aux assurés) un rabais appelé « **Montant de Stabilisation des Coûts** » (ou MSC). Le MSC est prélevé et retranché du **prix LS** des médicaments :

- des **catégories A et B**, des vaccins et des médicaments immunologiques délivrés **sur ordonnance** et remboursés par l'assurance de base.
- et dont le prix sortie d'usine est **inférieur à 880 CHF** (soit un prix de vente de 1052,65 CHF) (Art.11 et Annexe 2 Art.3 de la Convention RBP III).

Le MSC n'est par contre pas déduit des forfaits rémunérant les prestations du pharmacien (validations médicament et traitement, substitution). Il est calculé de façon objective par la Commission de surveillance (selon les termes de l'annexe 4 de la convention RBP III) et il doit être approuvé par les deux parties : la SSPh et Santésuisse. Initialement fixé à 3,2% en 2001, il a été réduit à 2,7% en 2002 et finalement à **2,5%** pour les années 2007 et 2008.

Exemple :

Prescription :
Zocor® 20 mg (simvastatine) :
1 comprimé le soir – 3 mois.

Facturation :
- 1 boîte de Zocor® 20 mg
98 cp : 145,90 CHF.
- 1 validation médicament : 4,30 CHF.
- 1 validation traitement : 3,25 CHF.

Total : 153,45 CHF.

**MSC** = 2,5% x 145,90 = **3,65 CHF**

TOTAL PHARMACIEN : **149,80 CHF**

Les pharmaciens ont permis grâce au MSC d'économiser entre **40 et 50 millions de CHF par an** depuis 2000. Néanmoins, le MSC ne procure un résultat qu'à court terme, il ne prévient pas l'augmentation des dépenses.

Une partie du MSC versé par les pharmaciens impliqués dans un cercle de qualité est consacré au financement des coopérations médecins-pharmaciens, qui sont elles-mêmes sources d'économies importantes. Elles seront détaillées un peu plus loin dans cette partie.

Remarque : la SUVA (Assurance-Accident) et l'AI (Assurance-Invalidité) ne participent pas au MSC, tout comme l'Assura et la Supra, deux caisses-maladie qui ne reconnaissent pas le tiers-payant.

### *3.2.2.2 Effets du changement de modèle de rémunération*

Depuis l'entrée en vigueur de la RBP, les pharmaciens ne tirent plus réellement d'avantages à délivrer un médicament onéreux ou un grand conditionnement à la place d'un petit. Cette indépendance relative a supprimé tout conflit d'intérêt éventuel et ne peut plus être remise en cause.

Les pharmaciens sont à présent en mesure, même si la plupart le faisaient déjà auparavant, de recommander le traitement le plus approprié et le plus efficient selon le seul rapport efficacité/prix. S'ils n'ont pas réellement la possibilité d'intervenir sur le prix des médicaments (prix sortie d'usine négociés entre les industriels et l'OFAS, interdiction des importations parallèles de médicaments), ils ont une certaine influence sur le volume des ventes de médicaments.

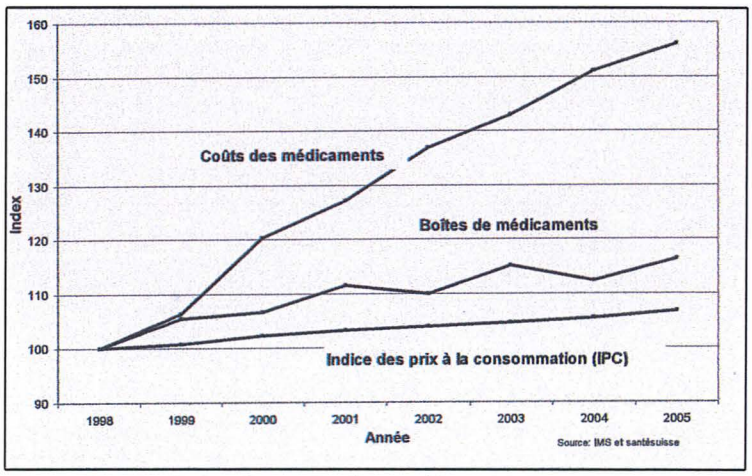



Figure 36 : Evolution des coûts des médicaments

Equation :

**Coûts = Prix x Volume**

En six ans, les pharmaciens ont permis ainsi d'économiser **750 millions de CHF** (sans compter le MSC). Cette somme conséquente correspond à un gain auquel les pharmaciens ont volontairement renoncé.

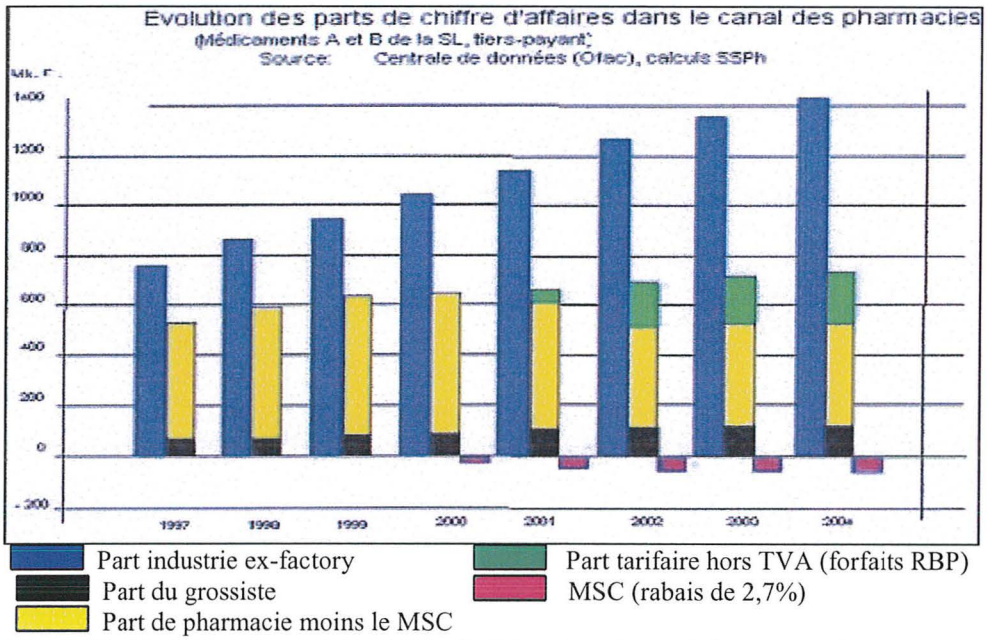



Figure 37 : Evolution des parts de chiffre d'affaires dans le canal des pharmaciens

Le graphique ci-dessus démontre que depuis 2000, les coûts de distribution spécifiques au pharmacien (association des barres jaunes et vertes) sont demeurés inchangés tandis que ceux des fabricants et des grossistes n'ont pas cessé de croître. Si l'ancien système des marges de droit privé de Sanphar avait continué d'être appliqué, les dépenses liées aux médicaments auraient progressé beaucoup plus fortement. Ceci explique que les assureurs-maladie continuent de soutenir la convention RBP.

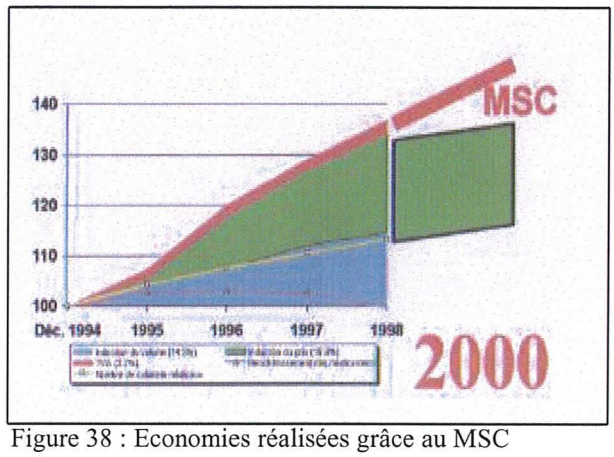


Figure 38 : Economies réalisées grâce au MSC

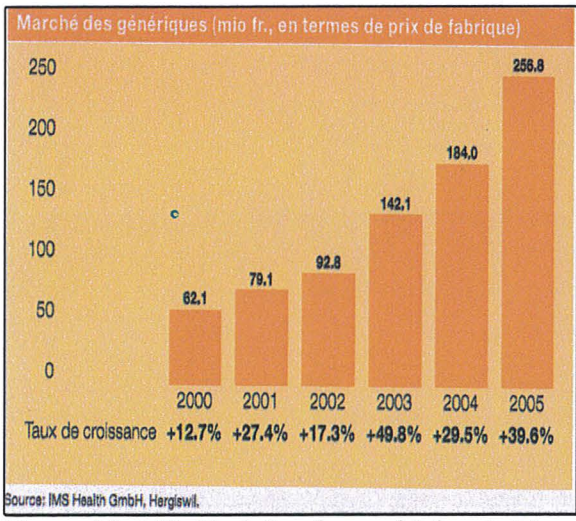
Le graphe ci-dessus est directement corrélé avec celui que j'ai présenté à la page 40. La prolongation de la ligne rouge constitue une simulation extrapolée des coûts qui auraient été générées avec l'ancien système des marges.

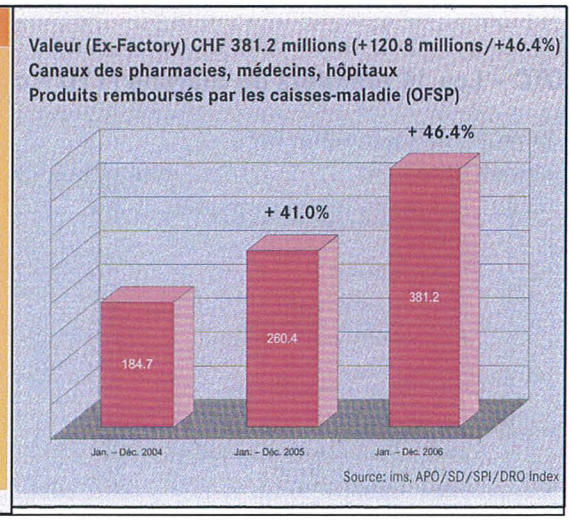
### *3.2.2.3 Promotion active des génériques*

En ce qui concerne les **médicaments génériques**, l'ancien ordre des marges dégressives lésait financièrement le pharmacien (marge insuffisante, double stock immobilisé) alors qu'il fournissait un « travail » supplémentaire. L'introduction de la position tarifaire rémunérant la substitution a constitué une incitation déterminante pour les pharmaciens de promouvoir les génériques (un des objectifs principaux de la RBP II et III). Ils se sont mobilisés auprès de leurs patients pour les sensibiliser sur la nécessité de faire des économies (« rôle de responsable pharmaco-économique ») et leur expliquer le principe des génériques (distribution de magazines gratuits d'information tel Astrea®).

Le manque de compréhension était souvent (et est encore aujourd'hui) à l'origine de méfiance de la part des patients. Progressivement et grâce aux efforts fournis par les officinaux, ils s'habituent aux génériques et leur confiance grandit avec leurs expériences concrètes. En outre, les pharmaciens ont eu une influence sur les habitudes des prescripteurs, en les avertissant chaque fois qu'ils effectuaient une substitution générique.

Entre 2000 et 2005, le marché des génériques a **quadruplé** en termes de prix de fabrique et de parts de marché. En effet, de nombreux produits originaux générant un fort chiffre d'affaires ont perdu leur brevet de protection.




Figures 39 et 40 : Evolution du marché des génériques

Le **marché ouvert aux génériques** comprend à l'heure actuelle :

- des génériques.
- des préparations originales « tombées » dans le domaine public, c'est-à-dire dont le brevet est échu, mais pour lesquelles il n'y a pas encore de génériques.
- et des préparations originales « tombées » dans le domaine public et en concurrence directe avec leurs produits d'imitation.

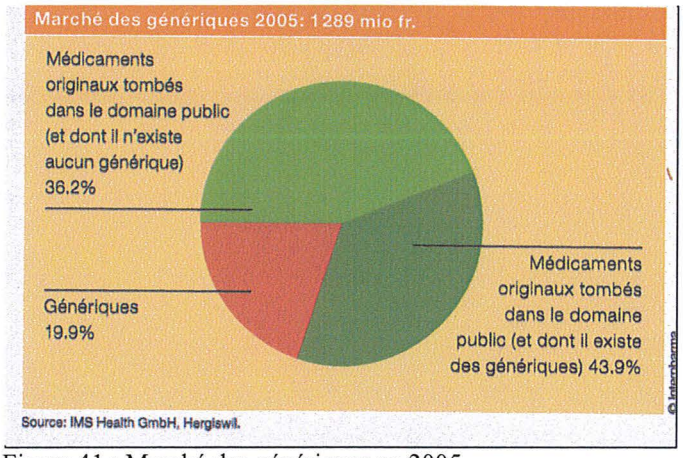


Figure 41 : Marché des génériques en 2005

En ce qui concerne l'avenir des génériques, 75% des médicaments originaux qui ne sont plus protégés par un brevet affichent un prix moyen de 11,60 CHF. Ceci peut expliquer la réticence des fabricants à se lancer dans la fabrication de certains génériques (faible rentabilité à moins qu'il ne s'agisse de molécules à forte part de marché).

Selon l'OFSP, la quote-part (fraction à la charge des assurés pour les dépenses dépassant la franchise) est élevée à 20% pour les personnes refusant les génériques (quote-part différentiée). Par contre, elle est maintenue à 10% lorsque la préparation originale présente un prix identique au générique correspondant. Par conséquent, les fabricants de génériques et de princeps se livrent une véritable « guerre des prix ». De nombreux fabricants de princeps baissent le prix de leurs spécialités suite à l'expiration des brevets pour rester compétitifs. Certains fabricants de génériques diminuent à leur tour leur prix afin de rester crédibles, et ainsi de suite. Si l'Ordre des marges était encore appliqué, le chiffre d'affaires des pharmaciens pâtirait de façon encore plus importante de ces manœuvres.

Remarque : Il y a quelques années, le responsable de la société de distribution Denner avait lancé une initiative populaire (en 1997 puis en 2001) intitulée « Pour des médicaments à moindre prix ». Celle-ci visait à restreindre les dépenses liées aux médicaments.

L'initiative a été rejetée massivement à deux reprises du fait de son caractère excessif. Elle proposait :

- l'autorisation de mise sur le marché suisse systématique et unilatérale des médicaments moins chers commercialisés dans un des quatre pays limitrophes : Italie, France, Allemagne et Autriche.
- la substitution systématique des préparations originales par leur générique le moins cher existant sur le marché, pour donner droit au remboursement.
- et l'autorisation des importations parallèles.

### 3.2.2.4 Mise à profit de la collaboration médecins-pharmaciens

Depuis plusieurs années, les modèles de « **Managed Care** » sont en plein essor en Suisse. Ils reposent sur la coopération étroite entre différents professionnels de santé. Les premiers cercles de qualité médecins-pharmaciens ont vu le jour en 1997 dans le canton de Fribourg. Au fil des années, d'autres cercles se sont organisés dans les cantons de Genève et de Winterthur en 2000, d'Argovie en 2001, etc.

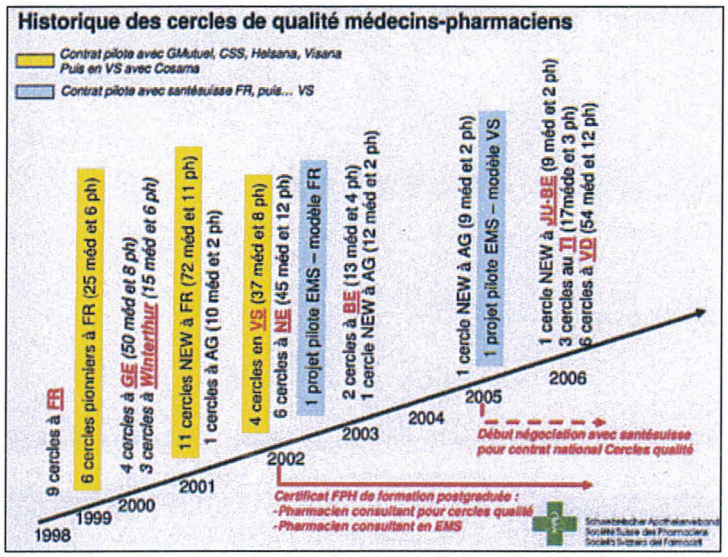


Figure 42 : Historique des cercles de qualité médecins-pharmaciens

A l'heure actuelle, **30 cercles de qualité** sont en activité, répartis dans les cantons suivants : Argovie, Berne, Fribourg, Genève, Neuchâtel, Valais, Vaud et Zürich. Ils fonctionnent grâce au volontariat de 50 pharmaciens et de 300 médecins, constituant un réseau de proximité efficace. L'organisation des cercles est relativement simple et peu coûteuse. Un cercle de qualité se compose en général d'un ou deux pharmaciens et de cinq à quinze médecins généralistes, qui se réunissent régulièrement, quatre à cinq fois par an. Même si chaque cercle fonctionne de façon autonome, une procédure de travail de base a été établie.

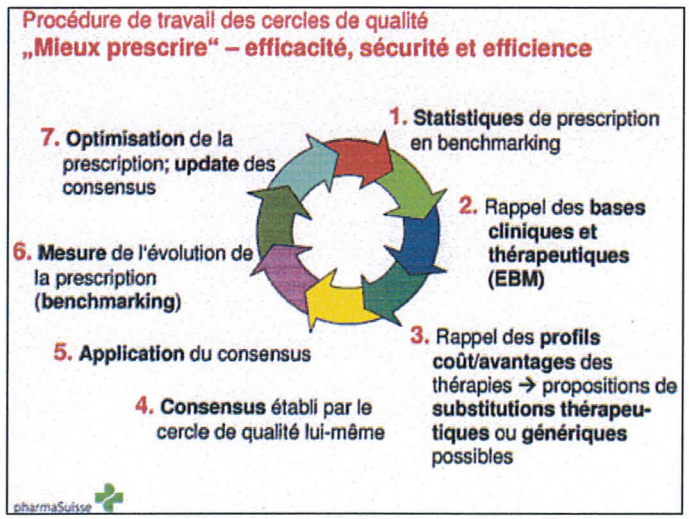


Figure 43 : Procédure de travail des cercles de qualité

Lors de ces séances, le pharmacien anime un débat interactif sur un thème fixé : la prise en charge thérapeutique d'une pathologie donnée et l'étude des traitements s'y rapportant. Dix-huit classes thérapeutiques sont privilégiées parce qu'elles sont à l'origine de 70% des coûts globaux de médicaments. Pour remplir cette fonction, le pharmacien a lui-même été spécialement formé et certains valident même un certificat post-gradué FPH de pharmacien consultant pour la prescription en ambulatoire.

Le pharmacien évoque d'abord des rappels d'ordre médical et scientifique. Il fournit des dossiers de synthèse (provenant de la Commission scientifique des cercles de qualité de la SSPh) sur les recommandations cliniques objectives existantes (guidelines cliniques) et les critères de l'Evidence Based Medicine (médecine fondée sur des données probantes). A

partir de ces données et selon leur expérience pratique, les médecins évoquent les différentes thérapies envisageables face aux cas cliniques présentés. Le pharmacien les fait profiter de ses connaissances spécifiques sur les médicaments, notamment sur les derniers mis sur le marché. A l'issue de la discussion, un **consensus propre au cercle** est élaboré et hiérarchise les substances thérapeutiques à utiliser en première et deuxième intentions. Ce consensus doit répondre au principe de l'efficience, c'est-à-dire que le médicament (ou la classe thérapeutique) choisi doit être le plus approprié et générer le coût le plus faible. Chaque médecin du cercle s'engage à l'appliquer au mieux dans sa pratique quotidienne, tout en conservant la liberté de l'adapter si nécessaire à la situation personnelle de son patient. Les médecins et les pharmaciens unissent ainsi leurs compétences pour parfaire la prise en charge des malades au lieu de se livrer à une compétition contre-productive.

Le caractère interdisciplinaire des cercles de qualité assure l'établissement de consensus fondés sur des arguments scientifiques avérés et non sur des publicités marquetées de l'industrie pharmaceutique. L'exemple de la prescription des « coxibes » par rapport à l'ensemble des médicaments de la classe des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) est révélateur. Le pourcentage de coxibes prescrits entre 2000 et 2004 dans les cercles n'a cessé de régresser alors que celui du groupe contrôle progressait. Le retrait du marché de la spécialité Vioxx® en 2004 leur a donné raison.

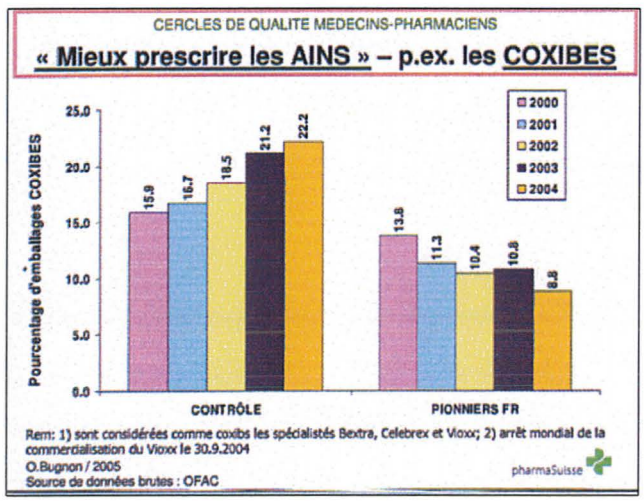



Figure 44 : Comparaison de la prescription des AINS entre les cercles de qualité et un groupe contrôle

Les prescriptions et les coûts engendrés par chaque médecin (quantités et prix) sont analysés et traités de façon statistique (**benchmarking**) d'après les données de facturation anonymes transmises par l'OFAC. Les études d'impact permettent au médecin de comparer ses prescriptions par rapport aux médecins de son cercle et à d'autres travaillant sans collaboration particulière avec un pharmacien (groupe témoin).

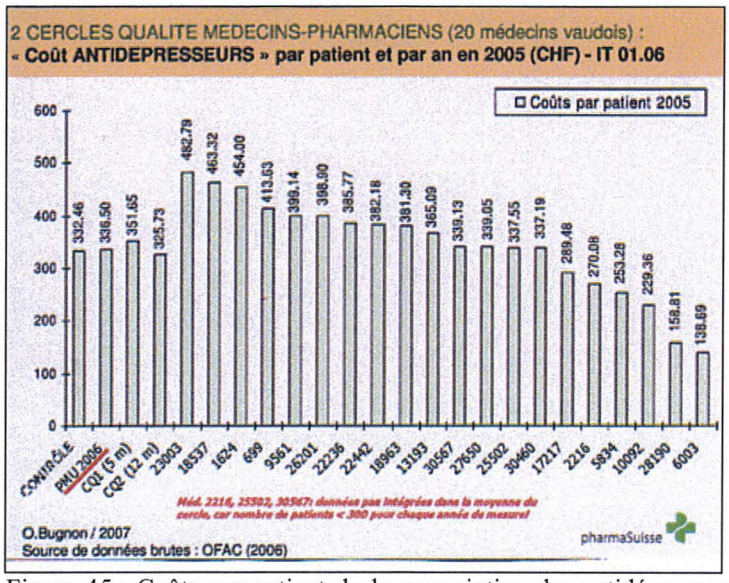


Figure 45 : Coûts par patient de la prescription des antidépresseurs dans 2 cercles de qualité

Le graphique ci-dessus présente les résultats de vingt médecins de deux cercles du canton de Vaud en 2005 pour la prescription d'antidépresseurs. Des disparités importantes en termes de coûts par patient apparaissent selon les médecins et sont discutées lors des réunions suivantes. Les consensus peuvent aussi être réactualisés si de nouvelles données les remettent en cause.

La comparaison de l'évolution des coûts entre 1999 et 2005, dans le graphique ci-dessous, entre un groupe contrôle (79 à 320 médecins omnipraticiens travaillants sans collaboration avec un pharmacien) et un groupe des cercles pionniers fribourgeois (24 à 25 médecins et 6 pharmaciens) apporte la preuve de l'avantage des cercles de qualité à moyen et à long termes. Une économie de 160 000 CHF par médecin du cercle a été observée pour l'année

B.U. MÉD. GRENOBLE

2005. En 2000, elle s'élevait à 10 000 CHF par médecin. Néanmoins, certains experts estiment qu'après deux ans d'existence un ralentissement s'observe dans les cercles.

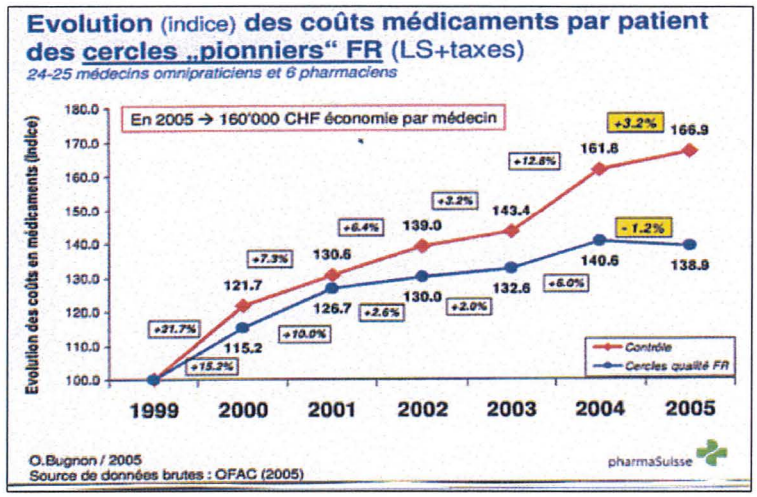



Figure 46 : Evolution des coûts des médicaments par patient des cercles de qualité fribourgeois

La pénétration des génériques apparaît également plus importante chez les médecins appartenant à un cercle de qualité. Les pharmaciens animateurs les sensibilisent en effet sur les dernières molécules substituables et les encouragent à prescrire en Dénomination Commune Internationale (DCI).

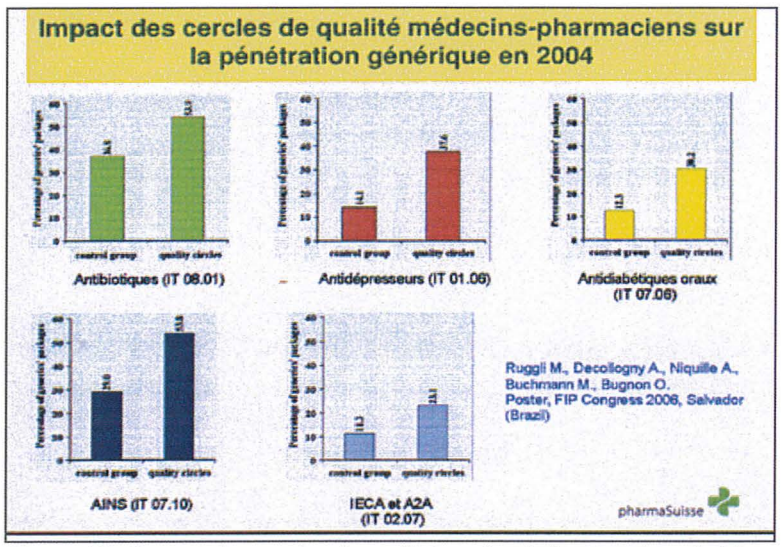



Figure 47 : Impact des cercles de qualité sur la pénétration des génériques

La participation à un cercle est aujourd'hui officiellement reconnue par les instances professionnelles d'accréditation de formation continue, tant pour les médecins que pour les pharmaciens.

Au départ, seules quelques caisses-maladie (CSS, Helsana, Visana, Groupe Mutuel) s'étaient investies dans les projets-pilotes. Elles rétrocédaient aux cercles 50% des économies qu'ils leur permettaient de réaliser (avec un plafond fixé). Elles s'étaient rendues compte de leurs effets bénéfiques : amélioration de la qualité et de l'« économicité » des prescriptions, sécurité accrue des patients, etc. Toutefois, elles acceptaient difficilement que les autres assureurs profitent de ces coopérations pharmaciens-médecins sans avoir à les subventionner. Elles se sont alors retirées pour obliger Santésuisse à réfléchir à une solution uniforme pour toute la Suisse et à mener des négociations au niveau fédéral. La convention RBP II a constitué une nouvelle étape en prévoyant l'encouragement des cercles de qualité : **une part du MSC** versé par les pharmaciens conventionnés et impliqués dans un cercle de qualité reconnu est engagée dans un fonds géré paritairement et sert à leur financement.

Remarque : Les pharmaciens se sont également investis dans les EMS où la collaboration entre médecins, pharmaciens, personnel soignant (infirmières) et direction administrative a fait ses preuves. Je n'approfondirai pas ce point particulier dans ce sujet.

Les pharmaciens ont entrepris avec la RBP une véritable révolution culturelle et une réorientation fondamentale de leur profession. Ils ont démontré leur capacité d'adaptation et d'innovation. Ils se sont largement investis dans les domaines de la qualité et de la lutte contre la progression des coûts de santé. La part des médicaments par rapport à l'ensemble des coûts s'est stabilisée autour de 10,4%. Le bilan de la RBP sur ces points est positif mais il est contrasté par les difficultés financières croissantes rencontrées par un certain nombre d'officines traditionnelles helvétiques. L'absence de monopole et la concurrence entre les différents acteurs de la distribution sont en partie responsables.

## 3.3. Difficultés économiques de l'officine

La Suisse est un pays marqué par le libéralisme économique. La Constitution fédérale garantit la **liberté de commerce et d'entreprise** : libre choix de sa profession, libre accès à une activité économique lucrative privée et libre exercice (Art.31). La remise en question de la concurrence n'est possible que dans les cas restreints prévus par la Constitution ou les droits souverains des cantons (Art.94 al.4). Dans le domaine de la santé, la concurrence entre les fournisseurs de soins est par conséquent de rigueur, et surtout depuis l'introduction de la LAMal. En ce qui concerne l'exercice de la pharmacie, elle s'exerce non seulement entre les différentes catégories d'officine, mais aussi avec d'autres acteurs et modes de distribution des médicaments.

### *3.3.1 Concurrence entre les officines*

En Suisse, il y a environ **1670 officines** en Suisse pour 7,4 millions d'habitants. Des pharmacies indépendantes côtoient des groupements et des chaînes de pharmacies dirigées par des pharmaciens ou des non-pharmaciens (droguistes, médecins, grossistes, etc.). Il n'existe **aucune restriction** à l'installation et à la propriété d'une officine :

- pas de numerus clausus arrêtant le nombre d'étudiants en pharmacie chaque année.
- pas de quorum (restriction géographique en fonction du nombre d'habitants de la commune et des environs) : la Constitution fédérale assure à tous les prestataires de soins le droit de s'établir et de pratiquer dans toute la Suisse.
- pas de limite territoriale minimale entre deux officines.
- possibilité pour des non-pharmaciens de posséder une officine : le titulaire n'est pas tenu d'être détenteur du diplôme fédéral de pharmacien s'il nomme un pharmacien à la place de gérant responsable.

- légalité de la multi-propriété (possession de plusieurs succursales officinales) et des coopératives depuis 1905.

La présence en permanence d'un pharmacien est requise pour que l'officine soit ouverte au public. Celui-ci doit avoir obtenu une **autorisation cantonale d'exercice** de la profession et une expérience pratique de plus de deux ans. Il peut se faire seconder par des assistants en pharmacie (équivalents des préparateurs en France) qui délivrent les médicaments sur ou sans ordonnance mais sous sa surveillance et sa responsabilité. Une **autorisation cantonale d'ouverture et d'exploitation** (Art.30 LPTh : autorisation de commerce de détail) doit également être attribuée au propriétaire suite à l'inspection des locaux. Légalement, aucun minimum de taille ou d'infrastructures n'est établi. L'inscription au registre du commerce est par ailleurs obligatoire (Art.927 ss du Code des obligations).

Le chiffre d'affaires moyen des officines suisses est compris entre 3 et 3,5 millions de CHF. Cependant, entre 300 et 400 pharmacies se situaient en 2004 en-dessous du seuil de rentabilité (chiffre d'affaires entre 375 000 et 500 000 euros). Il est considéré que le chiffre d'affaires moyen est :

- inférieur à 1,25 millions de CHF : pour les petites officines.
- compris entre 1,25 à 2,5 millions de CHF : pour les officines intermédiaires.
- supérieur à 2,5 millions de CHF : pour les grandes officines.

### *3.3.1.1 Pharmacies indépendantes*

Les pharmacies indépendantes sont implantées aussi bien dans les villes que dans les campagnes. Elles sont de plus en plus soumises à une forte pression concurrentielle, qui varie surtout selon la situation géographique. Leur rentabilité dépend de leur taille, de la

diversification de leurs activités et de la stratégie marketing appliquée. Elles s'investissent dans l'automédication, la qualité des services proposés, les conseils personnalisés et le suivi de leurs patients pour mieux fidéliser leur clientèle. Certaines se spécialisent dans des domaines particuliers tels que l'homéopathie, la naturopathie, la diététique ou l'orthopédie. Chacune essaie de se différencier et de montrer ses particularités.

Si les pharmacies des centres-villes résistent, les rurales et celles de quartiers isolées ont tendance à disparaître. Ceci pose le problème de l'approvisionnement équitable en médicaments à la population. Face à la concurrence, de plus en plus de petites et moyennes pharmacies indépendantes se regroupent ou sont rachetées par des chaînes.

#### *3.3.1.2 Groupements de pharmacies*

Les groupements de pharmacie comme Top-Pharm, Conpharm, Pharmacie Plus, Regiopharm, Rotpunkt Pharma, Pharma-in ou Jurapharm réunissent sous une même enseigne plusieurs pharmacies indépendantes. Les pharmacies adhérentes effectuent une partie de leurs achats en commun (médicaments de l'OTC, génériques, parapharmacie), ce qui leur permet de bénéficier de meilleures conditions commerciales et en même temps de réduire leurs frais administratifs. Leur « poids économique » relatif leur procure un certain pouvoir. Ces pharmacies profitent des services d'aide à la vente (gestion des commandes et des achats, merchandising, marketing) et des aides au management (gestion de ressources humaines) offerts aux adhérents par le groupement. Les groupements misent sur leur image de marque homogène (identification visuelle de l'enseigne) et sur l'attractivité de leurs prix (politique d'achats groupés, promotions, cartes de fidélité récompensant leurs clients). Certaines pharmacies se regroupent sous des labels de qualité (Abilis, FeelGoods') et sont axées sur le suivi optimal des patients et la promotion des génériques.

### *3.3.1.3 Chaînes de pharmacie*

Les principales chaînes de pharmacie en Suisse sont : Sun Store, Capitole, Amavita et PharmaciePlus. Plus de 300 pharmacies en font partie à l'heure actuelle et leur nombre ne cesse de progresser. Souvent localisées dans les zones les plus dynamiques ou à l'intérieur de centres commerciaux, elles appliquent des stratégies commerciales dites « agressives ». Elles vendent des produits divers et variés en plus de ceux retrouvés classiquement dans les officines (à visée thérapeutique ou de bien-être) pour leur assurer une certaine rentabilité : produits ménagers pour la maison, articles pour le jardin, parfumerie, etc. Ceci est possible parce que l'assortiment des produits vendus en pharmacie n'est pas réglementé en Suisse. La vente de médicaments ne constitue pas la part la plus importante de leur revenu (40% par exemple pour Sun Store).

Depuis l'introduction du nouveau droit sur les cartels en 1996 et l'Art.33 al.3 de la LPTh, elles sont libres d'accorder des **rabais**. Elles les pratiquent entre autres sur les produits de l'automédication (médicaments des listes C, D et E non remboursables), les pilules contraceptives et les génériques, d'où le qualificatif de « pharmacies discount ». Elles proposent des cartes de fidélité ; certaines organisent des tirages au sort et des concours permettant de gagner des cadeaux (voyages, voitures, entrées dans des parcs d'attraction, bons de réduction pour de prochains achats, participation aux frais de cotisations des caisses-maladie des patients). Elles offrent également des conditions particulières aux adhérents de leurs assureurs partenaires (réduction de prix, prolongation des cartes de fidélité, etc.). Par conséquent, les chaînes attirent de nombreux patients, et plus particulièrement les « mères de famille » et les patients chroniques. Leur organisation en réseau permet l'accès aux dossiers-patient de leurs clients depuis toutes les pharmacies (si les clients donnent leur accord) assurant un suivi thérapeutique efficace.

Certaines chaînes négocient directement avec les principales caisses-maladie et concluent des arrangements où elles **renoncent à facturer les positions tarifaires** de la Convention RBP. Elles compensent « ce manque à gagner » par un volume de ventes accru. La chaîne Sun Store est la plus célèbre avec son slogan « Pas de taxe » qui a fait sa réputation. Notez qu'elle continue de mentionner le terme « taxe » sur ses publicités, même si la dénomination a été abrogée et remplacée par celle de « validation » moins péjorative.

Figure 48 : Publicité pour la chaîne Sun Store

Les chaînes arguent qu'elles permettent d'économiser des millions de francs aux caisses-maladie (et donc aux assurés) grâce à ce système de non-facturation des forfaits, mais elles ne mentionnent pas qu'elles ne participent pas au MSC.

Certains observateurs évoquent une dévalorisation de l'image de professionnel de santé et un risque de surconsommation de médicaments, dus aux publicités qu'elles émettent et à leur système de récompense de la consommation (attribution de points bonus, cadeaux, etc.). En Suisse, la publicité pour les professionnels de santé est régie selon des règles précises afin d'éviter une consommation immodérée et incorrecte de médicaments par les patients (Art.1 al.2 LPTh). Elle ne peut s'adresser qu'aux personnes qui les prescrivent ou qui les remettent, excepté pour les médicaments non soumis à ordonnance (Art.31 LPTh). Elle est jugée illicite (Art.32 LPTh) lorsqu'elle est « trompeuse » ou contraire à l'ordre

public et aux bonnes mœurs, et lorsqu'elle incite à un usage excessif, abusif ou inapproprié de médicaments.

### *3.3.1.4 Exemples d'études comparatives des officines*

Il paraît intéressant de relater les résultats d'une étude réalisée pour un programme de télévision appelée « A bon entendeur » diffusée le 13 mars 2007 sur la chaîne suisse TSR1 sous le titre frondeur « N'oubliez pas le pauvre pharmacien ». Celle-ci a démontré les écarts de facturation considérables pour une vente sur ordonnance et un paiement comptant d'une boîte de Stilnox® (zolpidem) de 10 comprimés dans 22 pharmacies helvétiques. Quatre critères ont été considérés :

- la délivrance de la préparation originale (7,55 CHF) ou du générique (6,15 CHF)
- la facturation des positions tarifaires « validation médicament » (7,55 CHF) et « validation traitements » (6,15 CHF)
- la facturation de la position tarifaire « participation à l'économie » si le générique a été remis : 40% x (7,55-6,15) ≈ 0,50 CHF
- et l'énonciation de conseils relatifs à la prise d'un somnifère.

| Nombre d'officines concernées | Délivrance de Stilnox® | Délivrance du générique | Validation médicament | Validation traitements | Conseils | Participation à l'économie | Total facturé |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 7,55 | | 4,30 | 3,25 | 1 sur 4 | | **14,90** |
| 4 | | 6,15 | 4,30 | 3,25 | 2 sur 4 | | **13,70** |
| | | | | | | 0,50 | **14,20** |
| 4 | 7,55 | | 4,30 | | 2 sur 4 | | **11,65** |
| 5 | | 6,15 | 4,30 | | 2 sur 5 | | **10,45** |
| 1 | 7,55 | | | | 0 sur 1 | | **7,55** |
| 4 | | 6,15 | | | 1 sur 4 | | **6,15** |

Données issues de l'étude réalisée par l'émission « A bon entendeur » (2007)

Pour le même médicament, le même patient a payé entre 6,15 et 14,90 CHF, soit une relation du simple au double. Ceci explique la confusion qui règne auprès des patients et l'extrême concurrence dans le secteur de la pharmacie. Il ressort de ce test que les tarifs sont nettement inférieurs dans les chaînes puisqu'elles renoncent à la rémunération de leurs activités intellectuelles. Certains pharmaciens indépendants préfèrent également ne pas facturer la « validation traitements » afin de percevoir immédiatement le règlement (au lieu d'attendre le remboursement par la caisse-maladie). Ils évitent aussi par ce procédé d'en reverser une partie pour le MSC. Il faut ajouter que les conseils auprès des patients ne sont pas systématiques (environ 27% des pharmacies) et ne sont pas fonction du montant facturé à l'assuré.

En 2004, la SSPh avait chargé la société spécialisée Code-Clientel GmbH® de réaliser une étude afin de comparer la qualité des prestations et services des pharmacies certifiées QMS et celles des non-certifiées. Seize « acheteurs tests » avaient parcouru la Suisse entre septembre et octobre 2004 et s'étaient rendus dans 626 officines pour demander un conseil pour des mycoses aux pieds. Ils appréciaient non seulement les compétences professionnelles mais aussi le caractère émotionnel (accueil, ambiance, amabilité, accès aux handicapés, etc.) et l'impression globale. Les résultats montraient globalement l'avantage des pharmacies certifiées QMS et des groupes de pharmacie sur les pharmacies indépendantes et les chaînes.

Par ailleurs, les groupements et les chaînes utilisent leurs sites Internet pour présenter leurs officines et attirer une nouvelle clientèle. Elles développent en parallèle la vente de médicaments par correspondance (cf. Annexe 12).

### *3.3.2* Vente de médicaments par correspondance

En principe, et selon l'Art.27 de la LPTh, la vente par correspondance des médicaments est interdite en Suisse. Elle peut exceptionnellement être autorisée dans certains cantons (du fait de leur souveraineté) si elle est appliquée dans des conditions très précises fixées par le Conseil fédéral (Art.29 OMed). Les personnes souhaitant pratiquer la vente par correspondance doivent bénéficier d'une autorisation cantonale de commerce de détail et détenir une officine publique. Elles sont par ailleurs tenues de mettre en place un système d'**Assurance-Qualité** garantissant la sécurité des patients (conditionnement, transport, livraison et remise).

La vente par correspondance ne peut concerner que des médicaments prescrits **sur une ordonnance** médicale. L'ordonnance est transmise à l'officine par le médecin ou le patient lui-même, par courrier, télécopie ou via Internet (mail order). Les médicaments sont envoyés au patient, après validation de l'ordonnance, dans leur emballage original avec leur notice et un mode d'emploi spécifique. Le patient les réceptionne personnellement (ou donne une procuration à un tiers), quelques jours après la commande. Des conseils doivent être fournis au patient et une surveillance minimale assurée.

La vente par correspondance est en plein essor en Suisse : elle est pratiquée par des pharmacies indépendantes, des groupements et des chaînes. Ces pharmacies doivent respecter la LAMal et l'OPAS et sont en droit d'exiger les positions tarifaires de la RBP. Par contre, elles ne participent pas au MSC. Ce dernier n'est en effet exigible que si la délivrance est accomplie directement par le pharmacien ou sous sa supervision effective.

De plus en plus de clients profitent de leurs offres (livraison gratuite à domicile, réductions pour les nouveaux clients et les commandes dépassant un certain montant, rabais sur les génériques). Certaines caisses-maladie promulguent les sociétés de vente par correspondance auprès de leurs assurés, parce qu'elles ne facturent pas les forfaits de la

RBP. Par exemple, Mediservice S.A. fondée par la caisse-maladie Helsana est une des sociétés les plus connues.

Les principaux risques de la vente par correspondance sont :

- l'isolement potentiel des patients face à leur maladie et à leur traitement.
- les cas d'urgence et les délais de livraison.
- et la sélection des patients chroniques et polymédiqués particulièrement « rentables » par ces sociétés, au détriment des pharmacies traditionnelles.

Une étape supplémentaire a été franchie en Suisse romande avec la « **pharmacie Zur Rose** » localisée à Frauenfeld dans le canton de Thurgovie et qui appartient à des médecins. Cette pharmacie joue à la fois le rôle de grossiste et de vendeur par correspondance. Les médecins prescripteurs reçoivent une rétribution pour la mise en forme de la commande par informatique (par ligne de médicament et proportionnelle au prix de vente du médicament, plafonnée à 5 CHF). Ils touchent en plus une indemnité pour les commandes d'un montant supérieur à 50 CHF (20% du prix public et maximum 5 CHF). Début 2006, la « Zur Rose » a profité d'une lacune juridique pour créer un partenariat avec les supermarchés de la Migros d'Argovie et contourner l'interdiction de la pro-pharmacie dans ce canton. Les patients devaient déposer leur prescription médicale au service clientèle de la Migros, qui les transmettaient à la pharmacie. Les ordonnances étaient validées et préparées puis les patients récupéraient leurs médicaments à la Migros quelques jours après. Le système a été fortement décrié et le projet a été abandonné.

### *3.3.3 Concurrence avec les autres canaux de distribution*

La distribution des médicaments en Suisse correspond à un monopole partiel :

- les seules personnes habilitées à remettre des médicaments **soumis à ordonnance** sont les pharmaciens et les personnes exerçant une profession médicale (et celles travaillant sous leur contrôle) (Art.24 al.1 de la LPTh).
- les personnes habilitées à remettre des médicaments **non soumis à ordonnance** sont celles citées précédemment, plus les droguistes et les personnes formées dans les limites de leurs droits ou exerçant sous le contrôle de personnes autorisées (Art.25 al.1 de la LPTh).

Par voie de conséquence, les principaux concurrents des officinaux sont les droguistes et les médecins dispensants. Je ne parlerai pas des supermarchés qui essaient de récupérer progressivement des parts de marché sur la diététique, les produits de soins et de beauté et qui espèrent une libéralisation totale du marché de l'OTC.

### *3.3.3.1 Drogueries*

L'ouverture d'une droguerie nécessite l'octroi d'une **autorisation cantonale** de la Direction de l'Hygiène Publique. La présence d'un pharmacien n'est pas obligatoirement requise et il n'existe pas de restriction pour posséder plusieurs drogueries. L'assortiment des drogueries comprend principalement des produits cosmétiques (hygiène et beauté), des produits chimiques à usage ménager et des produits de médecine naturelle (mais ni alcool, ni tabac). Par ailleurs, elles sont autorisées à vendre des médicaments des **catégories D et E**, notamment certains antalgiques (aspirine, paracétamol), antitussifs et médicaments indiqués en cas de troubles digestifs.

La distinction entre les catégories C et D se justifie par la différence de compétences entre un pharmacien et un droguiste. Pour devenir droguiste, il faut étudier quatre ans dans une haute école spécialisée après un apprentissage professionnel (expérience professionnelle de deux ans ou d'un an seulement pour les titulaires d'une maturité professionnelle équivalent

du baccalauréat en France). Une formation complémentaire de naturopathe est possible à l'Ecole supérieure de Neuchâtel. Grâce à l'Art. 25b de l'Ordonnance sur les Médicaments (OMed), les droguistes qui étaient habilités au 1er janvier 2002 à remettre des médicaments de la catégorie C ont conservé le droit de le faire dans les communes où il n'y a pas de pharmacie publique atteignable par les transports publics dans un laps de temps approprié. Néanmoins, cette autorisation doit être réexaminée et renouvelée tous les deux ans.

Les droguistes doivent respecter les prix de la LS même s'ils ne sont pas reconnus comme des fournisseurs de prestations. Leur activité ne donne pas droit à un remboursement par les caisses-maladie. Exceptionnellement, certaines reconnaissent la formation complémentaire de naturopathe.

Les drogueries concurrencent directement les officinaux comme le montre le tableau ci-dessous. Néanmoins, les patients distinguent clairement la limite entre les deux.

ableau nº 4: Structure des ventes d'une pharmacie et d'une droguerie de taille moyenne en l'an 2000, en %

| Catégorie | Pharmacie (Chiffre d'affaires de 2,4 millions de francs) | Droguerie (Chiffre d'affaires de 1,2 millions de francs) |
|---|---|---|
| Médicaments soumis à prescription médicale | 55 | |
| Médicaments non soumis à prescription médicale | 28 | 22 |
| Produits cosmétiques, articles destinés aux organisations d'aide et de soins à domicile, de même qu'à l'hygiène | 8 | |
| Préparations magistrales, spécialités de comptoir | 3 | |
| Soins de beauté et soins corporels | | 41 |
| Articles de prophylaxie, substances favorisant la vitalité, articles sanitaires et de médecine naturelle | | 20 |
| Diététique et alimentation | 2 | 11 |
| Produits d'entretien pour la maison et le jardin | | 6 |
| Reste de l'assortiment accessoire | 5 | |
| Total des ventes | 100 | 100 |

Figure 49 : Structure des ventes d'une pharmacie et d'une droguerie en 2000

En juin 2006, Mediservice S.A. a signé un partenariat avec des drogueries en Suisse alémanique afin que leurs clients puissent y récupérer leurs médicaments vendus par correspondance (sur prescription médicale). Il faut préciser que les droguistes ne sont pas aptes à commenter les prescriptions aux patients, qui doivent alors s'adresser à Mediservice pour obtenir des conseils.

### *3.3.3.2 Médecins dispensants*

Normalement, les médecins et les dentistes ne sont autorisés à administrer et remettre des médicaments à leurs patients que dans les situations d'urgence ou pour l'initiation d'un traitement (à leur cabinet ou lors de visites à domicile). Ceci n'est permis qu'une seul fois et uniquement pour le plus petit conditionnement existant.

Les « médecins dispensants » ont le droit de disposer d'une **pharmacie privée** (par opposition aux officines publiques). Ils peuvent remettre des médicaments à chacun de leurs patients au cours de leurs consultations et de leurs visites à domicile. Cette autorisation prévaut non seulement pour les médicaments soumis à ordonnance mais aussi pour ceux d'automédication (Art.24 al.1 let.b et Art.25 al.1 let.a LPTh). Ils concluent des conventions spéciales avec les assureurs-maladie qui leur donnent droit à une prise en charge par les caisses. Ils ne peuvent pas facturer les positions tarifaires de la RBP. Ils sont rémunérés par le tarif **TarMed** pour leurs activités de prescription et de remise des médicaments. De plus, depuis l'entrée en vigueur de la RBP et la révision des prix de la LS, ils perçoivent au même titre que les pharmaciens une marge en pourcentage et une marge en francs, en plus du prix ex-factory, pour chaque médicament délivré. Leur **marge commerciale** est supérieure à celle des pharmaciens du fait de leurs frais réduits d'infrastructures et d'immobilisation du capital. En fonction de leur spécialisation, les médecins gardent à leur cabinet un nombre plus ou moins important de médicaments. Ils ne sont soumis à aucune obligation en termes d'équipement minimal, d'assortiment proposé ou d'horaires d'ouverture, à la différence des pharmaciens.

L'existence des médecins dispensants fait partie des **traditions** en Suisse. Au départ, ce statut particulier n'était accordé qu'à un nombre restreint de médecins pour assurer un approvisionnement correct en médicaments dans les régions à faible densité de population, géographiquement isolées ou difficiles d'accès. Alors que ces raisons ne semblent plus

justifiées aujourd'hui, le nombre de médecins dispensants ne diminue pas et tend même à progresser. Selon l'Art.37 al.3 de la LAMal, les cantons sont libres de fixer les conditions pour qu'un médecin soit « assimilé » à un pharmacien. Par conséquent, chaque canton interprète cet article à sa manière et établit sa propre loi sanitaire. Ils doivent normalement considérer les conditions d'accès des patients à une pharmacie. Certains cantons établissent un rayon minimal en kilomètres autour des pharmacies ou tiennent compte des possibilités de transport et du nombre de pharmacies dans la commune. D'autres interdisent la dispensation médicale dès qu'une pharmacie est ouverte au public dans la localité.

Historiquement, les médecins dispensants étaient principalement retrouvés dans les cantons alémaniques de la Suisse. A l'heure actuelle :

- 13 cantons **autorisent** la dispensation médicale : Appenzell Rhodes Intérieures (AI), Appenzell Rhodes Extérieures (AR), Bâle campagne (BL), Glaris (GL), Lucerne (LU), Nidwald (NW), Obwald (OW), Saint-Gall (SG), Schwyz (SZ), Soleure (SO), Thurgovie (TG), Uri (UR) et Zoug (ZG).
- 4 cantons **tolèrent** des systèmes mixtes (distribution sous certaines conditions) : Berne (BE), Grisons (GR), Schaffhouse (SH) et Zurich (ZU).
- 9 cantons l'**interdisent** (obligation de fournir au patient une ordonnance pour qu'il se procure ses médicaments en pharmacie) : Argovie (AG), Bâle ville (BS), Fribourg (FR), Genève (GE), Jura (JU), Neuchâtel (NE), Tessin (TI), Valais (VS) et Vaud (VD).

Remarque : Les villes de Winterthur et de Zurich situées dans le canton de Zurich avaient organisé un vote populaire en 2003 pour décréter s'ils devaient consentir ou non à la dispensation médicale. Le « oui » l'avait emporté mais la décision a été annulée en 2005 parce que l'autorisation était limitée dans le temps (excepté pour les urgences).

Il faut noter la corrélation entre le nombre d'officines et l'autorisation des médecins dispensants dans un canton. Il apparaît clairement que la densité des pharmacies décroît proportionnellement avec l'augmentation de la proportion des médecins dispensants : environ une pharmacie pour 3 500 habitants dans les cantons où aucun médecin dispensant n'exerce, contre une pharmacie pour 12 000 habitants dans ceux où ils sont présents.

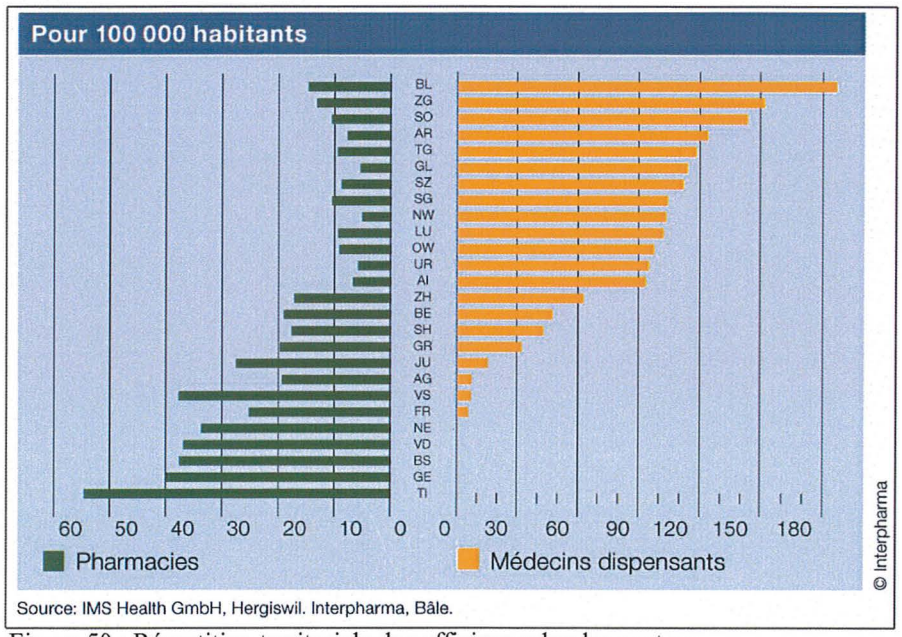


Figure 50 : Répartition territoriale des officines selon les cantons

La répartition territoriale des officines est ainsi directement affectée par la pratique de la dispensation médicale. La densité des officines est parfois insuffisante, alors que légalement un approvisionnement sûr et ordonné en produits thérapeutiques et une information adéquate des patients doivent être garantis dans tout le pays (Art.1 al.2 let.c LPTh).

En Suisse, les médecins dispensants sont deux fois plus nombreux que les officines et l'écart ne cesse de se creuser. En 2005, la proportion était de **3900 médecins dispensants** pour 1679 officines. Environ un médecin indépendant sur quatre exerce la pro-pharmacie. Depuis l'entrée en vigueur du TarMed, les médecins généralistes ont vu leur revenu diminuer et certains ont vu l'opportunité de l'améliorer sensiblement grâce à la dispensation médicale.

La plupart des pays européens ont décidé de prohiber la pro-pharmacie. L'OMS s'est prononcée en défaveur des médecins dispensants et a dénoncé ses « attraits financiers pervers ». Elle a édicté la devise : « Celui qui prescrit, ne vend pas ! ». Un rapport de l'étude OCDE-Bericht de 2006 est parvenu à la même conclusion. Leur situation de **double monopole** est à chaque fois remise en cause. L'Art.56 al.1 et 2 de la LAMal précise qu'un « fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement » sous peine de devoir « restituer les sommes reçues à tord ». Néanmoins, les médecins peuvent perdre leur objectivité, être tentés de favoriser certaines spécialités (médicaments les plus courants et les plus rentables à défaut des plus efficaces et des plus économiques) ou d'exagérer le nombre de lignes sur l'ordonnance sans attendre un bénéfice thérapeutique supplémentaire pour le patient.

D'autre part, lorsqu'un médecin remet directement des médicaments à un patient, le pharmacien n'est pas consulté et n'a pas l'occasion d'exercer son **contrôle**, pourtant nécessaire pour assurer la sécurité du patient. Si le médecin est le mieux formé pour établir un diagnostic après l'examen d'un patient et déterminer la thérapie à entreprendre, le pharmacien demeure le professionnel du médicament. Même si les logiciels informatiques constituent une aide indéniable aujourd'hui, ils ne peuvent en aucun cas remplacer l'expertise du pharmacien. Le médecin n'a pas obligatoirement connaissance des autres traitements pris par le patient (si ce dernier consulte d'autres prescripteurs), d'où un risque non négligeable d'interactions médicamenteuses ou de surdosage.

Les différentes études traitant de la comparaison des coûts engendrés par la vente des médicaments par les officinaux et les médecins dispensants génèrent des résultats contradictoires. Il semblerait toutefois que les coûts soient plus conséquents pour le canal de distribution des médecins dispensants.

Selon le diagramme ci-dessous, les médecins dispensants semblent être à l'origine de coûts par assuré moins importants que les pharmaciens (respectivement 190 CHF contre 382 CHF en 2005). Il faut tout de même mentionner les écarts considérables entre les cantons, selon la législation en vigueur (autorisation ou non de la propharmacie).

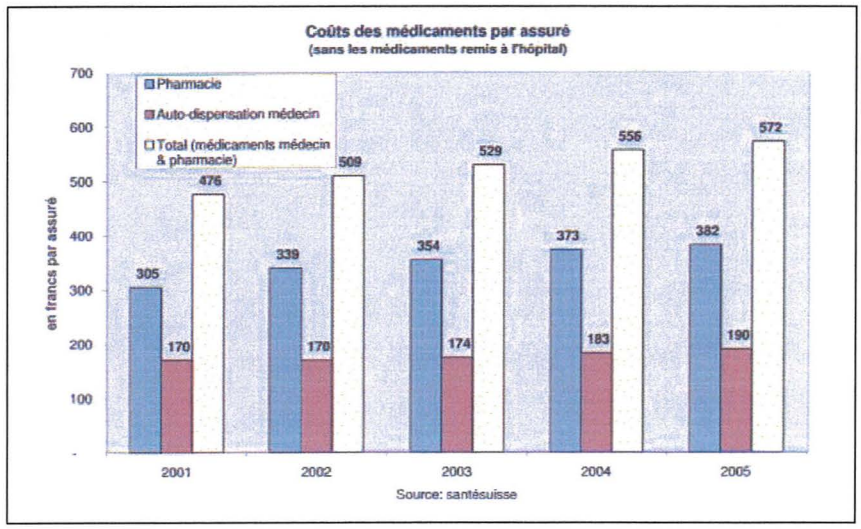



Figure 51 : Coûts des médicaments par assuré pour les pharmacies et les médecins dispensants

De plus, le diagramme ci-dessous montre que la progression des coûts s'inverse. En 2005, les dépenses en médicaments ont augmenté plus fortement avec les médecins dispensants (+ 4,0%) qu'avec les pharmaciens (2,3%).

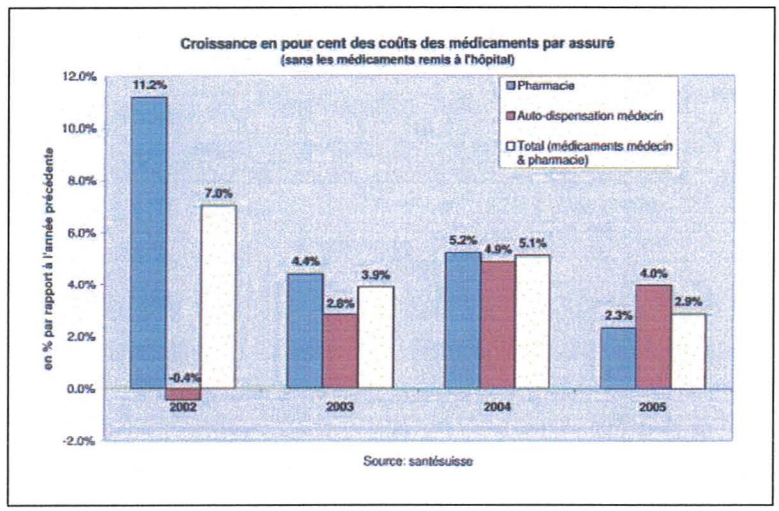



Figure 52 : Croissance des coûts des médicaments par assuré pour les pharmacies et les médecins dispensants

### 3.3.3.3 Evolution du marché de la distribution des médicaments

En 2005, les ventes de médicaments se répartissaient de la façon suivante :

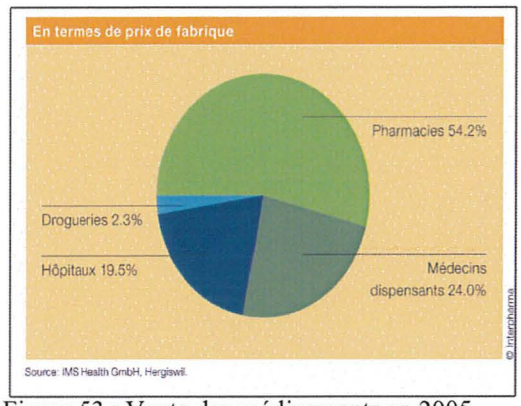



Figure 53 : Vente des médicaments en 2005 en termes de prix de fabrique

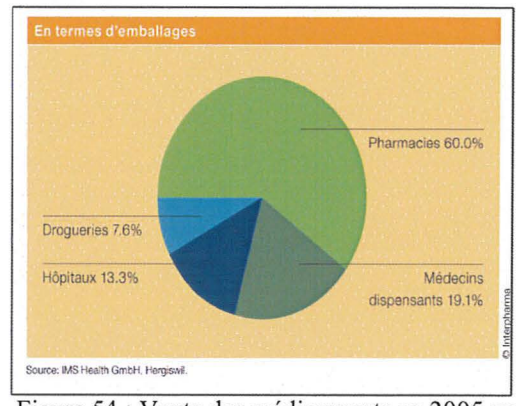



Figure 54 : Vente des médicaments en 2005 en termes d'emballages

Si les pharmacies restent le principal canal de distribution des médicaments, il apparaît que l'activité des médecins dispensants est en nette progression et que celle des droguistes régresse d'année en année (cf. tableau ci-dessous).

| Canal | En termes de prix de fabrique | | En termes d'emballages | |
|---|---|---|---|---|
| Pharmacies | 2 272.5 mio fr. | (+2.5%)[1] | 102.7 mio | (+2.0%) |
| Médecins dispensants | 1007.8 mio fr. | (+6.0%) | 32.7 mio | (+5.5%) |
| Hôpitaux | 816.8 mio fr. | (+4.6%) | 22.8 mio | (+0.9%) |
| Drogueries | 96.6 mio fr. | (–6.8%) | 12.9 mio | (–7.5%) |
| **Chiffre d'affaires total** | **4193.7 mio fr.** | **(+3.5%)** | **171.2 mio** | **(+1.7%)** |

© Interpharma

Source: IMS Health GmbH, Hergiswil.

[1] Comparaison avec l'année précédente

Figure 55 : Parts de marché des médicaments en 2005 selon les canaux de distribution

La comparaison de l'évolution de leurs chiffres d'affaires respectifs parvient à la même conclusion. :

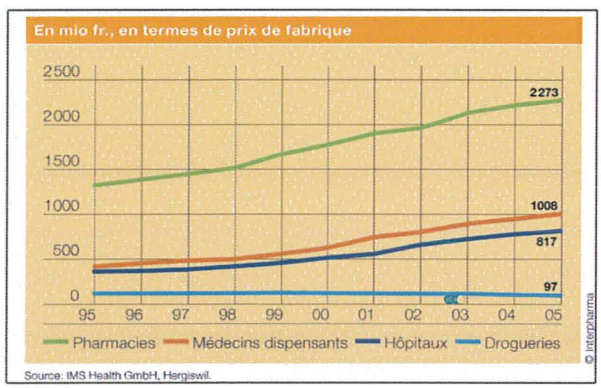
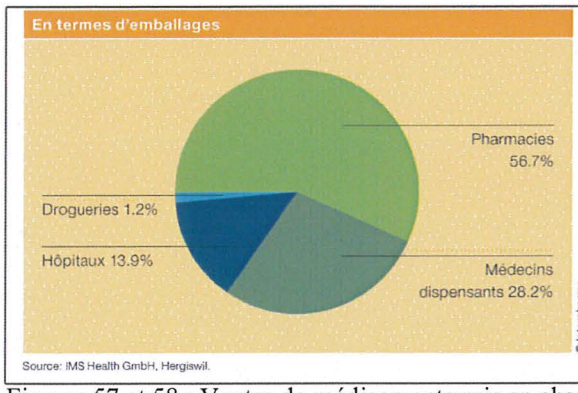



Figure 56 : Evolution des ventes de médicaments selon les canaux de distribution

Les médicaments pris en charge par les caisses-maladie sont en plein essor. En 2005, ils représentaient 78,6% du chiffre d'affaires total des médicaments vendus en Suisse. En parallèle, le marché de l'OTC fléchit. Il ne constituait que 15,8% du chiffre d'affaires total des médicaments en 2005. L'analyse de ces données rapportées aux différents acteurs de la distribution des médicaments confirme les résultats précédents. Les médecins dispensants gagnent chaque année des parts de marché, tant sur les médicaments remboursables que sur ceux d'OTC. Les ventes des pharmacies continuent de croître pour les deux catégories de médicaments mais dans une moindre mesure (cf. graphes ci-dessous).

Médicaments pris en charge par les caisses-maladie en 2005 :




| Canal | En termes de prix de fabrique | En termes d'emballages |
|---|---|---|
| Pharmacies | 1 810.3 mio fr. (+3.6%)[1] | 56.3 mio (+2.8%) |
| Médecins dispensants | 891.8 mio fr. (+6.1%) | 28.0 mio (+5.8%) |
| Hôpitaux | 588.9 mio fr. (+7.7%) | 13.8 mio (+4.0%) |
| Drogueries | 5.9 mio fr. (–7.4%) | 1.1 mio (–3.6%) |
| **Total** | **3296.9 mio fr. (+5.0%)** | **99.3 mio (+3.7%)** |

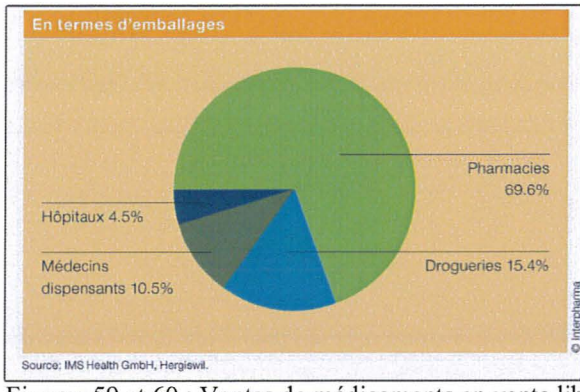
Source: IMS Health GmbH, Hergiswil.

[1] Comparaison avec l'année précédente

© Interpharma

Figures 57 et 58 : Ventes de médicaments pris en charge par les caisses-maladie en 2005

Médicaments en vente libre en 2005 :




| Canal | En termes de prix de fabrique | En termes d'emballages |
|---|---|---|
| Pharmacies | 463.0 mio fr. (+1.0%)[1] | 58.5 mio (+0.5%) |
| Drogueries | 96.6 mio fr. (–6.8%) | 12.9 mio (–7.5%) |
| Médecins dispensants | 76.6 mio fr. (+3.7%) | 8.9 mio (+4.4%) |
| Hôpitaux | 24.4 mio fr. (–2.3%) | 3.8 mio (–2.7%) |
| **Total** | **660.7 mio fr. (–0.05%)** | **84.1 mio (–0.6%)** |

Source: IMS Health GmbH, Hergiswil.

[1] Comparaison avec l'année précédente

© Interpharma

Figures 59 et 60 : Ventes de médicaments en vente libre en 2005

En terme de ressources de santé publique (cf. tableau et graphe ci-dessous), la Suisse comptait en 1990, 3 104 médecins dispensants contre 1 536 officines répertoriées. En 2005, 3928 médecins disposaient d'une pharmacie privée et 1679 pharmacies étaient réparties sur l'ensemble du territoire. Le ratio de pharmacies pour 10 000 habitants n'a pas changé (2,3 pharmacies pour 10 000 habitants). En fait, la tendance est à la fermeture des petites officines dites « rurales » ou situées dans des quartiers peu dynamiques. Le rachat et la création de pharmacies par les chaînes et les groupements compensent ces disparitions. En parallèle, le nombre de drogueries est passé de 978 à 693 sur la même période.

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2004 | 2005 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Total des praticiens en exercice** | **10 398** | **12 327** | **13 935** | **15 199** | **15 313** |
| – pour 10 000 habitants | 15.3 | 17.5 | 19.3 | 20.5 | 20.5 |
| Généralistes | 3 858 | 4 364 | 4 849 | 4 727 | 4 640 |
| – pour 10 000 habitants | 5.7 | 6.2 | 6.7 | 6.4 | 6.2 |
| Spécialistes | 6 540 | 7 963 | 9 086 | 10 472 | 10 673 |
| – pour 10 000 habitants | 9.6 | 11.3 | 12.6 | 14.1 | 14.3 |
| **Médecins dispensants** | **3 104** | **2 714** | **3 609** | **3 743** | **3 928** |
| – pour 10 000 habitants | 4.6 | 3.8 | 5.0 | 5.0 | 5.3 |
| | **1990** | **1995** | **2000** | **2004** | **2005** |
| **Total des dentistes en exercice** | **3 788** | **3 790** | **3 941** | **4 083** | **4028[1]** |
| – pour 10 000 habitants | 5.6 | 5.4 | 5.5 | 5.5 | 5.4 |
| **Physiothérapeutes** | **2 016** | **2 801** | **3 400** | **4 139** | **4 409** |
| – pour 10 000 habitants | 3.0 | 4.0 | 4.7 | 5.6 | 5.9 |
| **Chiropraticiens** | **153** | **188** | **213** | **246** | **259** |
| – pour 10 000 habitants | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| **Pharmacies** | **1 536** | **1 641** | **1 677** | **1 670** | **1 679** |
| – pour 10 000 habitants | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 2.3 |
| **Drogueries** | **978** | **883** | **829** | **724** | **693** |
| – pour 10 000 habitants | 1.5 | 1.2 | 1.2 | 1.0 | 0.9 |
| **Hôpitaux / homes[2]** | **530** | **555** | **565** | **593** | **570** |
| – pour 10 000 habitants | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 |

Source: Fédération des médecins suisses (FMH), Berne. IMS Health GmbH, Hergiswil. Association suisse de physiothérapie (ASP), Sursee. Association suisse des chiropraticiens (ASC), Berne.

[1] Chiffre juillet 2006.
[2] Uniquement hôpitaux / homes (avec dispensation de médicaments).

Figure 61 : Effectifs par canal de vente des médicaments

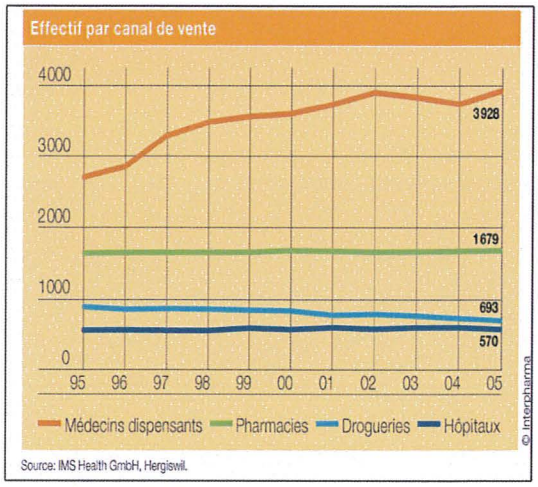



Figure 62 : Effectifs par canal de vente des médicaments

Finalement, la Convention RBP a replacé les pharmaciens au cœur du système de santé. La rémunération à la prestation leur a permis d'exploiter de façon optimale leurs compétences professionnelles et de valoriser leurs services. Ils sont devenus des conseillers crédibles pour les patients, les médecins et les assureurs-maladie, en participant à la réduction progressive et continuelle des coûts des médicaments (cf. graphique ci-dessous).

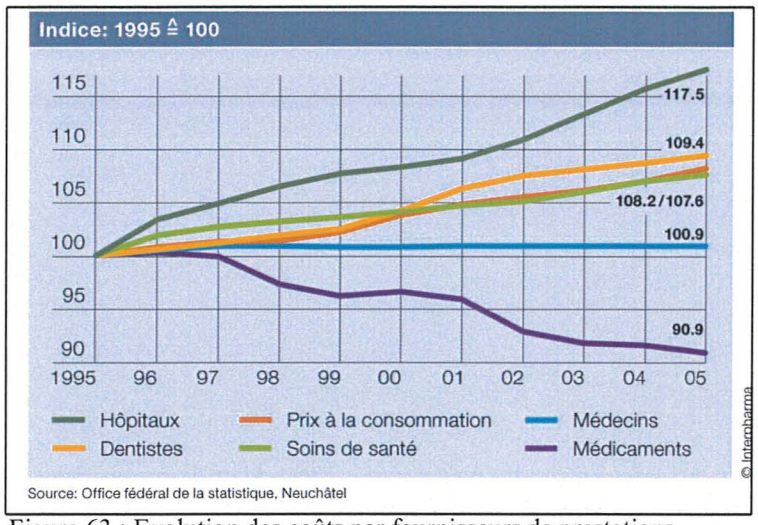
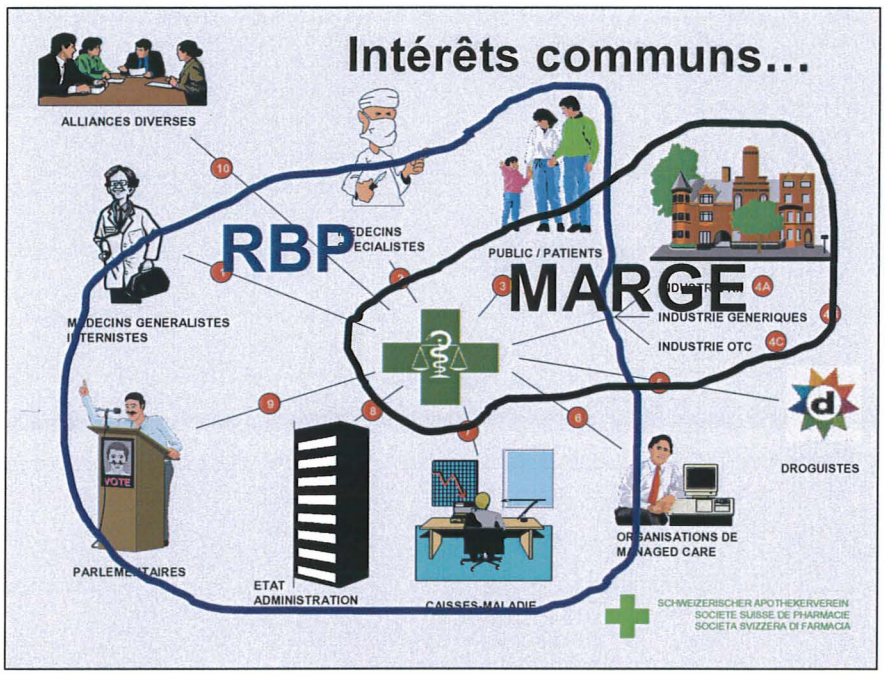


Figure 63 : Evolution des coûts par fournisseurs de prestations

Les pharmaciens ont su intégrer la notion de rapport coût/efficacité et mettre en place des moyens pour garantir la qualité de leurs activités. Au fil des années, ils se sont investis dans leur rôle d'acteur de santé publique. Si leurs efforts ont été indéniablement bénéfiques pour le système de santé helvétique, ils n'ont pas été sans sacrifices pour la profession.



# CONCLUSION DE THESE

**THESE SOUTENUE PAR :** CHRISTINE BOULARD

**TITRE :** ANALYSE DES CONSEQUENCES « OFFICINALES » DE L'EVOLUTION DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE – MALADIE EN SUISSE : CAS DE LA REMUNERATION DES PHARMACIENS

L'introduction de la LAMal en 1996 a constitué une étape essentielle dans le développement du système de santé suisse. Onze ans après son entrée en vigueur, elle a atteint la majorité des objectifs qu'elle s'était fixée. Ainsi, l'ensemble de la population helvétique bénéficie de la couverture d'assurance-maladie universelle et peut accéder sans restrictions à une large gamme de soins, à des technologies et à des thérapies modernes. Les principes de solidarité et de financement équitable sont également respectés. Les avancées de la LAMal ne sont toutefois pas sans coûts. Si une majorité des assurés est satisfaite de la qualité des prestations offertes, un certain nombre d'entre eux s'inquiète de la hausse continue des primes de l'assurance obligatoire des soins.

Les réformes engagées par les prestataires de soins ces dernières années avaient pour ambition de répondre aux trois exigences posées par la LAMal : « l'efficacité, l'adéquation et l'économicité ». Comme je l'ai expliqué dans mon exposé, les pharmaciens ont accepté de redéfinir la méthode de calcul de leur rémunération. La convention tarifaire conclue en 2001 avec les assureurs-maladie a instauré la Rémunération Basée sur les Prestations (RBP). Cette dernière a permis aux pharmaciens de se désolidariser financièrement du prix et du volume de médicaments délivrés. Les officinaux ont su valoriser leurs expertises et prouver leur « plus-value » en tant que « professionnel du médicament ».

D'autre part, ils se sont investis dans la qualité à l'officine avec le système de certification « QMS-Pharmacies » et ont développé des collaborations interprofessionnelles positives avec les médecins via les cercles de qualité. Enfin, alors que la LAMal n'est pas parvenue à une réelle maîtrise des coûts, ils ont réussi à ne pas participer à la hausse des dépenses grâce au reversement du Montant de stabilisation des coûts et à l'évolution de leur pratique professionnelle.

Toutefois, un certain nombre de pharmacies connaissent des difficultés financières grandissantes depuis l'introduction de la RBP, du fait du caractère libéral de l'exercice officinal et de la concurrence exacerbée qu'elles subissent : vente par correspondance et distribution de médicaments par les droguistes et les médecins

dispensants, influence croissante des groupes et des chaînes qui proposent des « rabais » à leurs clients pour les fidéliser et renoncent même parfois à facturer les positions tarifaires de la RBP, etc. Dans ce contexte, les pharmaciens « traditionnels » doivent fréquemment justifier auprès de leurs patients leurs prestations spécifiques. En effet, ces dernières ne sont plus dissimulées dans le prix du médicament et apparaissent de façon transparente sur les relevés des dépenses des assurés. Une incompréhension persiste ; les autorités et le milieu professionnel devront porter leurs efforts pour informer davantage les assurés.

Il est à noter que le Québec, l'Allemagne et la Belgique ont adopté des systèmes similaires à celui de la Suisse. Certains ont intégré d'autres types de prestations officinales prises en charge par les caisses-maladie : la prévention des comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, surcharge pondérale, obésité, etc.) ou encore le dépistage et le suivi de maladies chroniques (diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, etc.). D'autres pays ont même accordé aux pharmaciens le droit d'initier et d'ajuster la posologie de thérapies dans des conditions très ciblées et en fonction de résultats biologiques ou cliniques obtenues à l'officine (anti-hypertenseurs, anticoagulants oraux, etc.). Le pharmacien joue dans ces conditions pleinement son rôle d'acteur de santé publique.

Ces exemples étrangers devraient inciter d'une part les pharmaciens français et d'autre part les pouvoirs publics français à s'interroger sur l'avenir de la profession. Il serait opportun de tirer profit de ces expériences alors qu'en France les notions d'« acte » et d'« opinion pharmaceutique » n'en sont qu'à leurs prémices.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**
**GRENOBLE, LE :** 14/06/2007

**LE DOYEN** **LE PRESIDENT DE LA THESE**

**R. GRILLOT** **B. ALLENET**

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE PHARMACIE
GRENOBLE

# ANNEXES

**ANNEXE 1 :** Carte de la Suisse et de ses cantons

**ANNEXE 2 :** Répartition des compétences dans le domaine de santé entre la Confédération, les cantons et les communes

**ANNEXE 3 :** Différences entre l'assurance-obligatoire des soins et les assurances complémentaires en Suisse

**ANNEXE 4 :** Choix de formes particulières d'assurance par les assurés suisses

**ANNEXE 5 :** Préférences des assurés helvétiques

**ANNEXE 6 :** Dépenses de santé selon les prestataires de soins

**ANNEXE 7 :** Contrat thérapeutique tripartite dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés

**ANNEXE 8 :** Programme des études de pharmacie

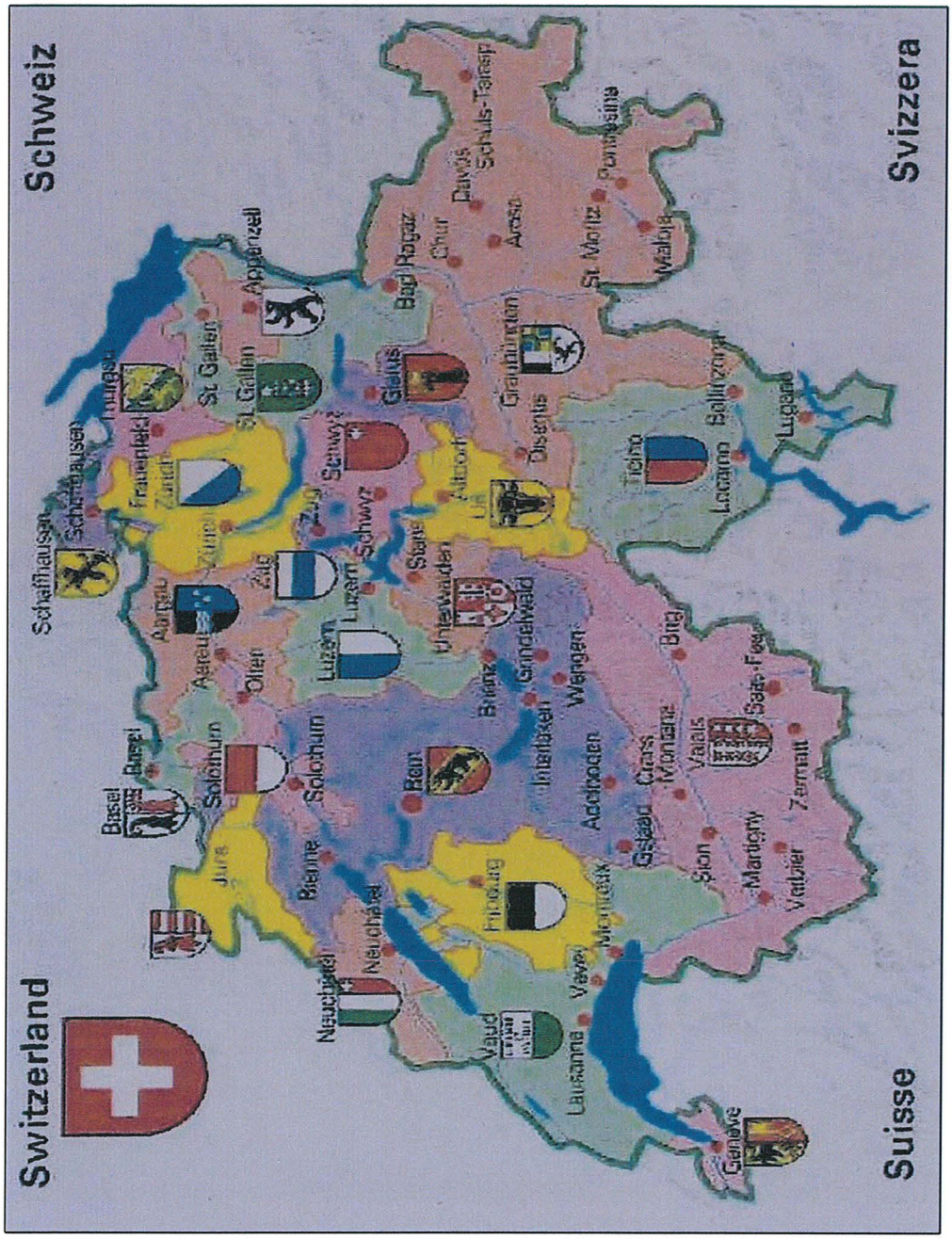
**ANNEXE 9 :** Certificat QMS-Pharmacie

**ANNEXE 10 :** Les différents services du pharmacien

**ANNEXE 11 :** Triage pharmaceutique

**ANNEXE 12 :** Exemple de formulaire de vente par correspondance d'une chaîne

## *ANNEXE 1 : Carte de la Suisse et de ses cantons*



## *Annexe 2 : Répartition des compétences dans le domaine de santé entre la Confédération, les cantons et les communes*

Confédération :

- **Assurances sociales (maladie,** accidents, maternité, invalidité et militaire) et surveillance des assurances privées
- Contrôle de la qualité et de la sécurité des **médicaments** et des appareils médicaux, du sang et de ses dérivés, des vaccins et sérums (définition, fabrication, remise, utilisation)
- Transplantation d'organes, de tissus et de cellules.
- Procréation médicalement assistée et génie génétique
- Promotion de la science, de la recherche et de l'enseignement tertiaire
- Surveillance des **examens des professions médicales** universitaires
- Reconnaissance de certaines professions
- Formation des professions de santé non universitaires
- **Protection de la santé** et prévention : denrées alimentaires, objets de consommation, stupéfiants, produits chimiques et poisons, protection contre les radiations, recherche sur l'être humain, lutte contre les maladies transmissibles largement répandues ou graves (SIDA, hépatites, etc.)
- Prévention et **promotion de la santé** : lutte contre les dépendances (tabac, alcool, drogues), législation sur l'alcool, impôts à la consommation de l'alcool et du tabac
- Fondation « Promotion Santé Suisse » avec les cantons et les assureurs-maladie
- Encouragement de la pratique du sport
- Droits des patients, protection des données
- **Droits des consommateurs** (Surveillant des prix)
- Protection de l'environnement
- Protection des animaux (expériences)
- Sécurité des travailleurs
- **Politique de la concurrence**
- Statistiques de la santé (Observatoire suisse de la santé Obsan)
- Affaires internationales
- Jurisprudence : Tribunal fédéral et décisions du Conseil fédéral (planification hospitalière, **conventions tarifaires**), Office fédéral de la santé publique OFSP, etc.

Cantons :

- **Autorisation d'exercer** une profession de la santé et formation professionnelle, **autorisation d'ouverture** d'une officine ou d'un cabinet médical.
- Organisation et **planification** du réseau des hôpitaux publics et parapublics, des cliniques psychiatriques, des établissements médico-sociaux (EMS), des aides et de soins à domicile (Spitex), etc.
- **Surveillance** de l'activité des prestataires de santé
- Police de la santé publique
- Mise en œuvre des lois fédérales pour les professions de la santé non universitaires
- Prévention des maladies et promotion de la santé, éducation sanitaire, protection de l'environnement, etc. avec la Confédération et les communes
- Financement d'institutions avec attribution de subventions, avec les communes, etc.

Communes :

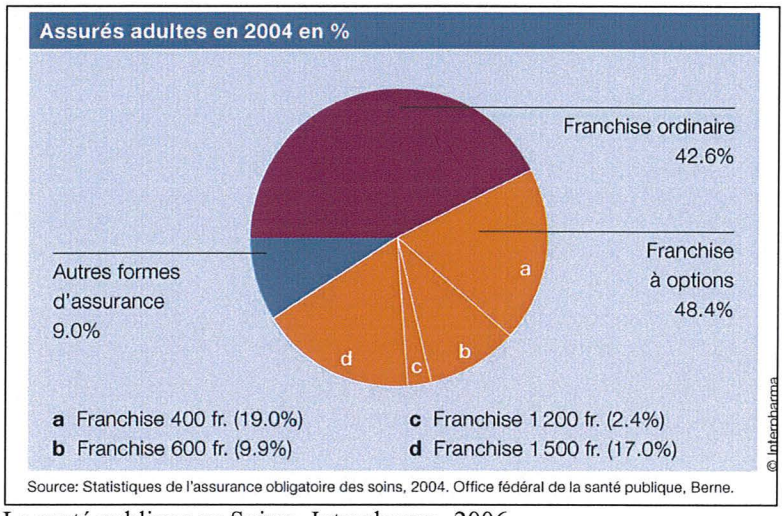
- Mise en œuvre du droit cantonal et des responsabilités déléguées par les cantons
- Coordination du service sanitaire avec la Confédération, les cantons et les organisations privées, etc.

# *ANNEXE 3 : Différences entre l'assurance obligatoire des soins et les assurances complémentaires en Suisse*

| Assurance de base selon LAMal | Assurance complémentaire selon LCA |
|---|---|
| • Les bases légales se trouvent dans la loi et les ordonnances.<br>• Obligation de s'assurer et, de la part de l'assureur, devoir d'accepter le proposant.<br>• Il existe un catalogue exhaustif des prestations défini par la loi, avec inclusion de la maternité.<br>• Financement selon le système de la répartition (les dépenses sont constamment couvertes par les recettes – primes et quotes-parts).<br>• Prime unique par assureur et par région. Diminution des primes pour enfants et jeune en formation, réduction des primes. (Réduction des primes par une franchise à option plus élevée, restriction du choix du fournisseur de prestations ou assurance bonus). | • La base légale est le contrat, assorti des Conditions générales d'assurance (CGA).<br>• Pas de devoir d'accepter l'adhésion du proposant.<br>• L'assureur détermine quelles sont les prestations complémentaires qu'il veut offrir en sus de l'assurance de base. Maternité sur demande.<br>• Pas de prescription en la matière. En pratique: système de la couverture des besoins ou système de la capitalisation ou encore une forme combinée des deux (provisions pour engagements futurs ou constitution de capital pour les risques liés à la vieillesse).<br>• Pas de prescription en matière de formation des primes. En pratique, la concurrence favorise cependant des primes calculées en fonction du risque assuré. (Souvent, réduction des primes par le choix d'une quote-part plus élevée et rabais de libre prestation). |
| • Les assurés peuvent changer d'assureur sans inconvénients moyennant respect d'un délai de résiliation d'un mois pour la fin d'un semestre. L'assureur ne peut pas résilier le contrat de l'assuré. Exclusion de l'assurance guère possible. Interdiction de changer de caisse et suspension des prestations en cas de retard dans le paiement des primes, jusqu'à ce que celles-ci soient réglées.<br>• Pas de formulation de réserves en cas de changement d'assureur.<br>• Durée illimitée de l'assurance.<br>• Principe de la mutualité et de l'égalité de traitement.<br>• Prescription du droit aux prestations après cinq ans.<br>• Assurances collectives non autorisées. | • Les deux parties peuvent résilier le contrat immédiatement en cas de survenance d'un cas d'assurance (pendant un délai de 14 jours après le paiement du cas) ou pour la fin du contrat moyennant un délai de résiliation de trois mois (à défaut de notification de résiliation, reconduction tacite pour un an). Nombre d'assureurs renoncent unilatéralement à leur droit de résilier l'assurance en cas de sinistre.<br>• Pas de limites aux réserves, ou exclusions de prestations possibles.<br>• La durée des contrats peut être limitée.<br>• Principe de la bonne foi.<br>• Prescription du droit aux prestations après deux ans.<br>• Les assurances collectives sont possibles. |

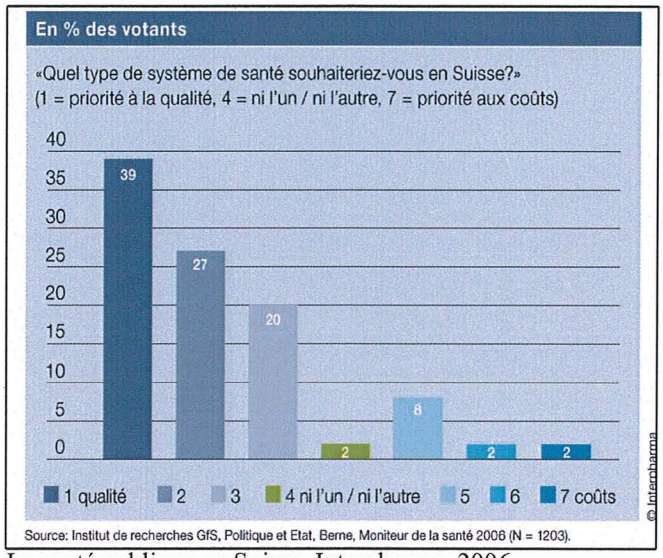
Santésuisse : « Les assureurs-maladie en Suisse »

# *ANNEXE 4 : Choix de formes particulières d'assurance par les assurés suisses*

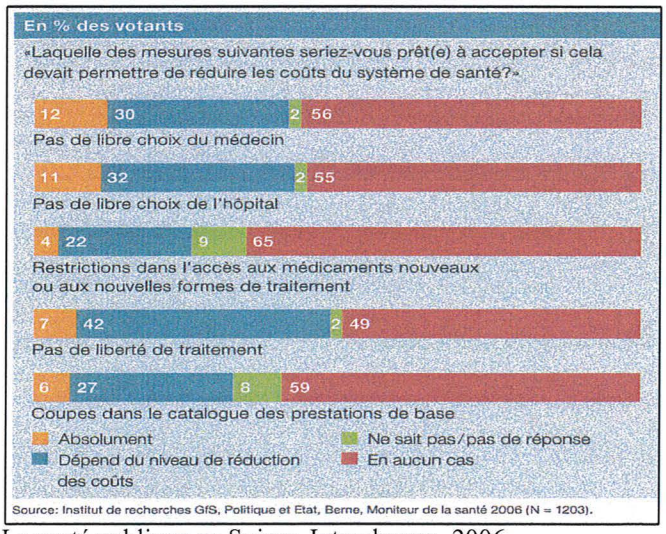



La santé publique en Suisse, Interpharma, 2006.

# ANNEXE 5 : Préférences des assurés helvétiques




La santé publique en Suisse, Interpharma, 2006.




La santé publique en Suisse, Interpharma, 2006.

# *ANNEXE 6 : Dépenses de santé selon les prestataires de soins*

Coûts globaux :

| Type de prestation (en mio de fr.) | 1996 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Traitement hospitalier[1]** | **18 184** | **20 309** | **23 012** | **23 858** | **24 585** |
| – aigu[2] | 11 310 | 12 140 | 13 680 | 14 101 | 14 550 |
| – longue durée | 4 429 | 5 195 | 5 972 | 6 199 | 6 369 |
| – autre[3] | 2 445 | 2 974 | 3 360 | 3 558 | 3 666 |
| **Traitement ambulatoire** | **10 933** | **12 926** | **14 164** | **14 647** | **15 193** |
| – médecins[4] | 5 306 | 6 183 | 6 619 | 6 744 | 7 071 |
| – hôpitaux | 1 423 | 2 150 | 2 632 | 2 845 | 2 897 |
| – dentistes | 2 682 | 2 845 | 2 979 | 3 080 | 3 177 |
| – physiothérapeutes | 506 | 569 | 645 | 626 | 644 |
| – psychothérapeutes | 125 | 149 | 161 | 165 | 173 |
| – soins à domicile | 773 | 889 | 977 | 1 031 | 1 068 |
| – autres prestations paramédicales | 118 | 141 | 152 | 156 | 164 |

Source: Coûts de la santé publique, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, août 2006.

[1] Médicaments inclus.
[2] Psychiatrie incluse.
[3] Réadaptation incluse.
[4] Sans les médicaments.

© Interpharma

| Type de prestation (en mio de fr.) | 1996 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Autres prestations[5]** | **2 002** | **2 263** | **2 499** | **2 623** | **2 855** |
| **Médicaments[6]** | **3 808** | **4 642** | **4 926** | **5 230** | **5 381** |
| – pharmacies et drogueries | 2 812 | 3 298 | 3 443 | 3 644 | 3 735 |
| – médecins dispensants | 996 | 1 345 | 1 483 | 1 586 | 1 646 |
| **Prévention** | **967** | **1 014** | **1 053** | **1 123** | **1 123** |
| **Administration** | **2 015** | **2 210** | **2 328** | **2 400** | **2 510** |
| **Total** | **37 908** | **43 365** | **47 982** | **49 881** | **51 647** |

Source: Coûts de la santé publique, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, août 2006.

[5] Laboratoires médicaux, radiologie, appareils thérapeutiques, transport et sauvetage.
[6] Assurances sociales, y compris assurances privées et ménages.

© Interpharma

La santé publique en Suisse, Interpharma, 2006.

Coûts de l'AOS :

| Groupes de coûts en mio de fr. | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ambulatoire** | **7 301** | **7 794** | **8 079** | **8 337** | **8 781** |
| – médecin | 3 846 | 4 012 | 4 109 | 4 172 | 4 378 |
| – hôpital | 1 666 | 1 926 | 1 972 | 2 141 | 2 192 |
| – physiothérapeute | 447 | 480 | 506 | 491 | 505 |
| – spitex | 253 | 270 | 290 | 320 | 365 |
| – chiropraticien | 62 | 65 | 65 | 65 | 68 |
| – autres[1] | 1 027 | 1 041 | 1 137 | 1 147 | 1 273 |

Source: Statistique de l'assurance-maladie 2004. Office fédéral de la santé publique, Berne.

[1] Compris: laboratoires médicaux, contributions aux HMO, moyens et appareils et médecine complémentaire.

© Interpharma

| Groupes de coûts en mio de fr. | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Stationnaire[2]** | **4 935** | **5 078** | **5 231** | **5 637** | **6 209** |
| – hôpital | 3 696 | 3 798 | 3 784 | 4 112 | 4 569 |
| – établissement médico-social | 1 215 | 1 258 | 1 392 | 1 478 | 1 573 |
| – autres | 24 | 22 | 55 | 47 | 67 |
| **Médicaments[3]** | **3 241** | **3 514** | **3 785** | **3 950** | **4 149** |
| **Total** | **15 478** | **16 386** | **17 095** | **17 924** | **19 140** |

Source: Statistique de l'assurance-maladie 2004. Office fédéral de la santé publique, Berne.

[2] Médicaments inclus.
[3] Sans traitement hospitalier.

© Interpharma

La santé publique en Suisse, Interpharma, 2006.

# *ANNEXE 7 : Contrat thérapeutique tripartite dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés*

**Contrat thérapeutique multipartite**

**fixant les modalités des traitements par substitution aux opiacés**

**Formulaire de transmission/par fax médecin < ----------> pharmacien**

**De la part de** | **à l'attention de** | **Date**

.....

**Patient : Nom/prénom :** .....

**Traitement :** ☐ Méthadone ☐ Subutex ☐ Instauration du traitement

☐ Médicament(s) cf. tableau ci-dessous ☐ Modification de la dose

**Début de la dispensation ou changement :** .....

**Modalités de remise et dosages :**

| | Lundi | | Mardi | | Mercredi | | Jeudi | | Vendredi | | Samedi | | Dimanche | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | matin | soir | matin | soir | matin | soir | matin | soir | matin | soir | matin | soir | matin | soir |
| Préciser l'heure | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dose (mg)** à administrer sous surveillance | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dose (mg)** à emporter | | | | | | | | | | | | | | |

**Médication supplémentaire :**

| Médicament | Dosage (mg) | Matin | Midi | Soir | Coucher |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Autres remarques :**

.....

.....

Signature :

Toute information figurant sue ce formulaire est confidentielle et devrait en principe être transmise avec l'accord du patient, à qui la fiche peut aussi être remise en main propre.

# ANNEXE 8 : Programme des études de pharmacie

## Aperçu des études de pharmacie

**Stage d'initiation**
Stage pratique de six semaines dans une pharmacie d'officine

### 1re année d'études

Connaissances de base en sciences naturelles

- Introduction aux sciences pharmaceutiques
- Biologie
- Chimie
- Physique
- Mathématiques et statistiques
- Botanique
- Introduction à l'informatique

### 2e année d'études

Connaissances de base biomédicales

- Biologie
- Chimie
- Anatomie et histologie
- Physiologie
- Génétique
- Biochimie
- Microbiologie
- Immunologie

### 3e année d'études

Connaissances de base en sciences pharmaceutiques

- Biologie pharmaceutique (pharmacognosie et phytochimie)
- Pharmacie moléculaire
- Technologie pharmaceutique (galénique)
- Pharmacie clinique et pharmacologie

Examen après trois années d'études: bachelor en sciences pharmaceutiques

### 4e année d'études

- Approfondissement des branches enseignées au cours de la 3e année d'études
- Travail de diplôme au cours du 8e semestre

### 5e année d'études

La 5e année d'études (année d'assistanat) est une formation pratique axée sur les patients. Il s'agit de mettre la théorie en pratique et de familiariser les assistantes et assistants aux complexités d'une pharmacie. L'année d'assistanat peut être effectuée dans une pharmacie publique ou (en partie) dans une pharmacie d'hôpital. Au-delà de l'activité pratique, les hautes écoles proposent des cours blocs sur divers sujets. Les étudiants qui accomplissent cette 5e année se voient décerner le diplôme fédéral de pharmacien, obligatoire pour exercer la profession dans une pharmacie publique ou d'hôpital.

Examen après 5 années d'études: diplôme fédéral de pharmacien (examen fédéral

**Lieux d'études**

- ETH Zürich
- Universität Basel
- Université de Genève
- Universität Bern
- Université de Fribourg
- Université de Lausanne
- Université de Neuchâtel

# *ANNEXE 9 : Certificat QMS-Pharmacie*

**Certificat QMS-Pharmacie**

**Pharmacie ABC**

**Rue des Pommiers**
**5555 Ville**
**Suisse**

ISAS

Basé sur les résultats de l'audit QMS-Pharmacie, réalisé dans cette pharmacie par SGS Switzerland SA

Le certificat ISAS QMS-Pharma 2010 est valable jusqu'au 27 février 2003

QMS Apotheke Pharmacie Farmacia Pharmacy

ISAS QMS-Pharma 2010

Champs d'application :

- Structure de la pharmacie
- Mise en pratique des procédures de travail
- Validation des prescriptions médicales
- Délivrance de médicaments non soumis à prescription médicale et évaluation des symptômes en pharmacie
- Compétences en communication et information des patients
- Appréciation des risques, problèmes et erreurs en relation avec les médicaments
- Analyse de la satisfaction de la clientèle

Numéro d'enregistrement 0000001/0001/01

Liebefeld, le 29 mars 2001

SGS Qualicert

Société Suisse des Pharmaciens

Dr. Max Brentano-Motta
Président

SGS Switzerland SA

Pierre Alejski
Regional Manager

# ANNEXE 10 : Les différents services du pharmacien

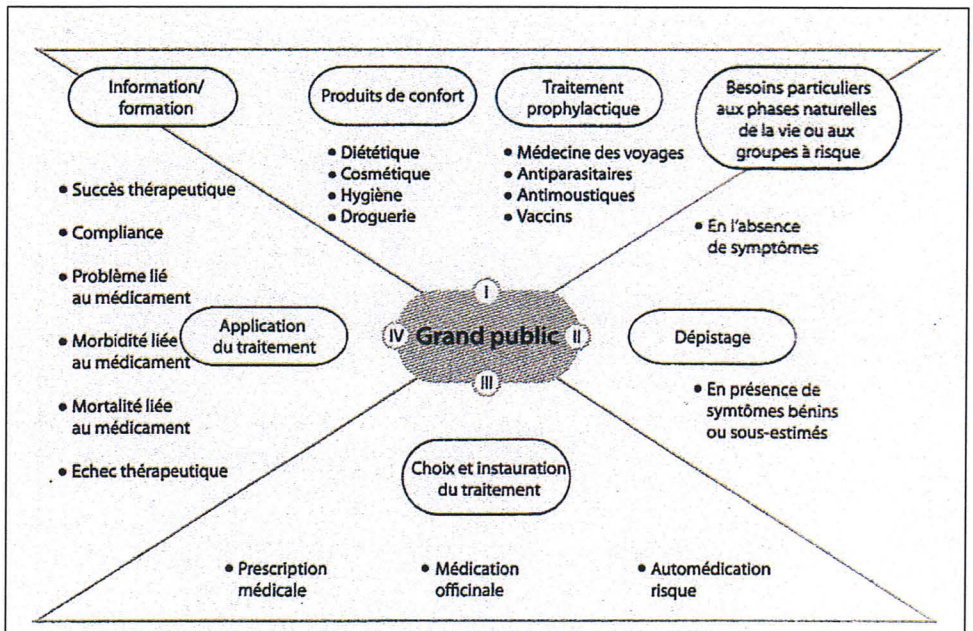
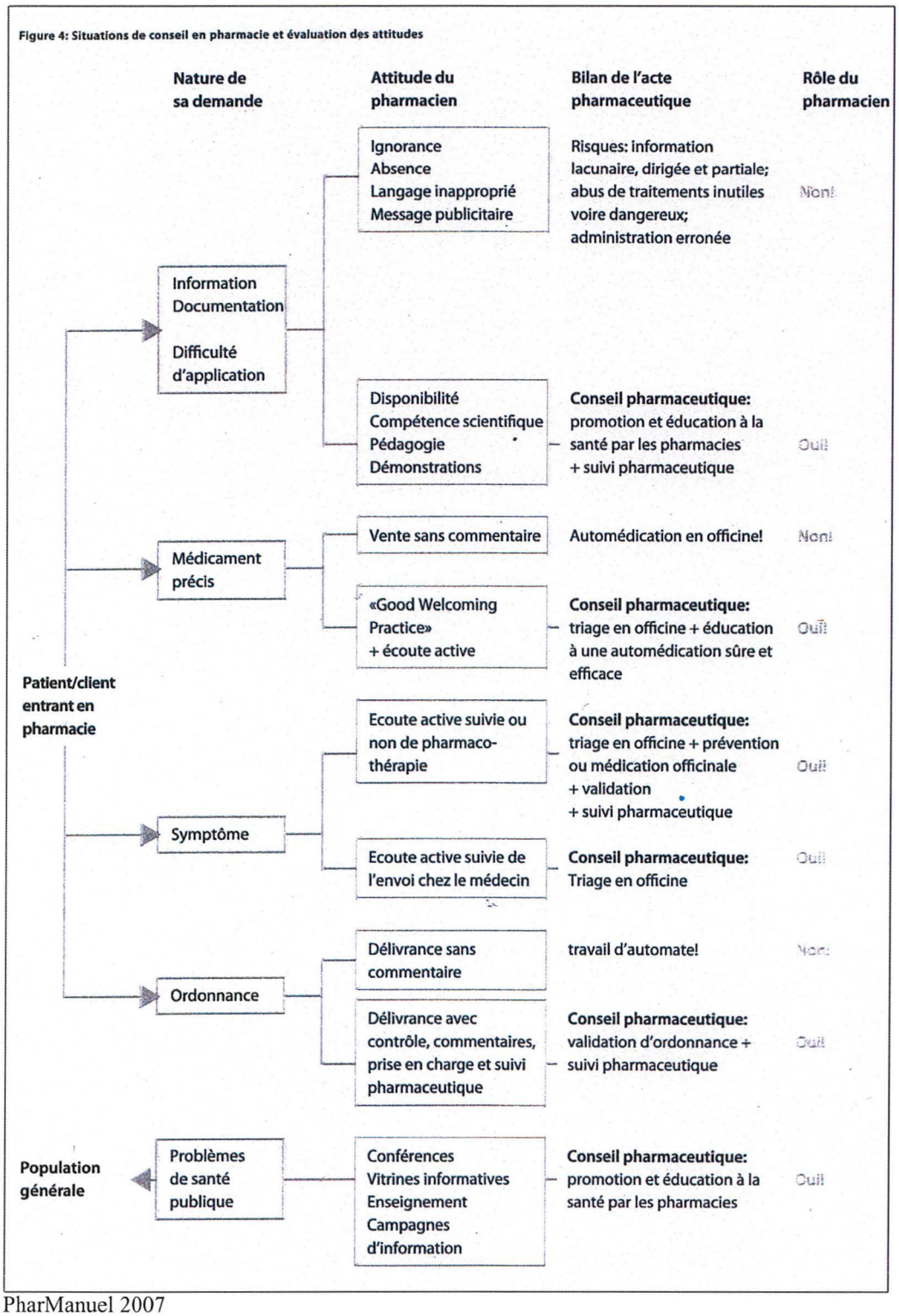



**Figure 10: Définition des besoins du grand public**

PharManuel 2007

# ANNEXE 11 : Triage pharmaceutique




PharManuel 2007

# *ANNEXE 12 : Exemple de formulaire de vente par correspondance d'une chaîne*

SUN STORE

## c'est aussi de la vente par correspondance!

**Par poste 7j/7** — Pour recevoir plus rapidement votre commande: Pharmacie-Parfumerie SUN STORE Case postale 273, 1024 Ecublens

**Par Internet 7j/7** — vpc@sunstore.ch www.sunstore.ch

**Par téléphone 7j/7** — Commandes directes 021 691 29 24 Lu-ve 8h30-19h, sa 9h30-16h répondeur en dehors de ces heures

**Par fax 7j/7** — Simple et rapide au 021 691 57 35

### 3 Pharmacies-Parfumeries SUN STORE à votre service ouvertes 7 jours sur 7, y compris dimanches et jours fériés

- **Genève-Aéroport, Gare CFF,** tous les jours de 8h à 20h (non-stop) ☒ Migros-CFF 1 heure gratuite
- **Prilly-Lausanne,** ☒ Malley Lumières Lu-Sa 7h30-22h Di 9h30-12h30, 15h-18h30
- **Lausanne, A la Gare, Bâtiment CFF, Quai 1,** tous les jours de 7h à 23h (non-stop) ☒ entrée Simplon, accès direct (4°)

Veuillez m'adresser les produits ci-après. Ma commande bénéficiera des cadeaux de promotion et des offres spéciales, jusqu'à épuisement du stock. (Aucun agent thérapeutique des listes C et D ne peut être délivré par correspondance sans ordonnance.) J'atteste l'exactitude des indications que j'ai mentionnées sur ce bulletin de commande et je reconnais avoir pris connaissance des conditions de paiement.

| Page | Désignation de l'article | Cont./Taille/Point | Prix unit. | Quant. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| SUNCARD AVANTAGES VIP ☐ à 25.– (Valable 1 an) ☐ à 40.– (Valable | | | | | |
| SUNCARD AVANTAGES VIP supplémentaire ☐ à 15.– | | | | | |
| Rabais SUNCARD AVANTAGES VIP SUN STORE | | | | -10% | |
| Participation unique aux frais d'emballage, de port et d'assurance | | | | | 8.20 |
| Assurance maladie: | Date de naissance: | | | TOTAL | |

EMBALLAGE CADEAU. Veuillez entourer d'un cercle le numéro de page en regard de l'article que vous souhaitez recevoir dans un emballage cadeau personnalisé.

CHOISISSEZ VOTRE MODE DE PAIEMENT ☒ cochez la case correspondante

- ☐ à réception de votre commande, vous recevrez la facture à payer de suite. La marchandise partira le jour de réception de votre paiement
- ☐ par chèque annexé à ma commande écrite
- ☐ avec ma carte de crédit ☐ VISA ☐ ☐ ☐ MasterCard

N° carte de crédit: Echéance précise de ma carte: / / Code CVC2 ☐☐☐

* voir 3 derniers chiffres au dos de votre carte dans la case signature

CONDITIONS DE RETOUR: le retour de la marchandise est accepté dans un délai de 6 jours dès réception de notre envoi, si les emballages et conditionnements d'origine sont intacts et les produits non utilisés. A défaut, seul un échange pourra être envisagé.

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

Nom: Prénom:

Rue et N°:

N° postal / Localité: N° de tél.:

Profession: Je suis titulaire de la SUNCARD AVANTAGES VIP N°:

Date: Signature obligatoire:

(Signature du représentant légal pour les moins de 18 ans)

PO 104

### Soyez des Consomm... acteurs

Les médicaments sont moins chers dans les Pharmacies-Parfumeries SUN STORE.

**Pas de taxe**

### Vos médicaments par poste

Faites parvenir votre ordonnance à l'adresse suivante: Pharmacie SUN STORE, Centre commercial du Croset, cp 273, 1024 Ecublens. Votre prescription sera traitée et contrôlée par nos pharmacien(ne)s. Dans les 2 jours, vous recevrez chez vous et en mains propres les médicaments prescrits.

### Livraison à domicile

Pour faciliter la vie des malades et des handicapés. Adressez-vous à votre Pharmacie SUN STORE la plus proche.

### Avec la SUNCARD AVANTAGES VIP

10% de rabais vous sont accordés **sur tout notre assortiment**, soit: parfumerie, maison et jardin, parapharmacie y compris sur les médicaments des listes C-D-E non remboursables par les caisses-maladie, ainsi que sur les pilules contraceptives.

**+10% de rabais supplémentaires le 10 de chaque mois et le jour de votre anniversaire.**

Au maximum 2 avantages cumulables.

**soit 19%** Paiement comptant

Privilège SUN STORE PHARMACIE-APOTHEKE SUN STORE Privilège SUNCARD AVANTAGES VIP 10% PERMANENT

**PROFITEZ DE LA PROMOTION**

Actuellement au prix de **Fr. 25.–** pour 1 an + 2 mois offerts ou **Fr. 40.–** pour 2 ans + 6 mois offerts

Bulletin de commande à la page 5. Disponible également sur **www.sunstore.ch**

74 SUN STORE Préférence

# BIBLIOGRAPHIE


- **Articles de périodiques :**

- BUGNON O., GUIGNARD E., Pharmaceutical care in community pharmacies : practice and research in Switzerland, Ann. Pharmacother., 2006, **40** : 512-517

- BUGNON O., CURTY C., NIQUILLE A., NYFFELER R., REPOND C., Les cercles de qualité médecins-pharmaciens : un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale, Rev. Med. Suisse, 2004, **62** : 2054-2058

- BUGNON O., BURNIER M., FAVRAT B., SANTSCHI V., SCHNEIDER M.-P., TADDEI S., Promouvoir l'adhésion au traitement du patient dans le cadre d'une collaboration entre pharmaciens et médecins, Méd. Hyg., 2004, 2501, 2069-2073

  - Anonymes :

- Au pays de l'hyperlibéralisme : La Suisse voit pousser les chaînes, Le quotidien du pharmacien, 2437, 2006

- Patate chaude : des honoraires pour le pharmacien belge ?, Le moniteur des pharmacies, 2006, 2654, 22-26

- Pharmacien Prescripteur : ce n'est plus une utopie ! , Le moniteur des pharmacies, 2006, 2619

- La pharmacie qui fait rêver : Québec, Le moniteur des Pharmacies, 2005, 2607, 18-28

- Les anglais ont tiré les premiers, Le moniteur des Pharmacies, 2005, 2586

- Coucou voilà les honoraires! , Le moniteur des Pharmacies, 2004, 2542

- Le modèle suisse, Le moniteur des Pharmacies, 2004, 2533

- Belgique : Les pharmaciens disent « oui » à l'acte pharmaceutique, Le moniteur des pharmacies, 2004, 2530

- Place et rémunération des professionnels de santé : Généraliser les types de rémunération forfaitaires, Le moniteur des pharmacies, 2004, 2528

- La Suisse soigne l'acte, Le moniteur des Pharmacies, 2003, 2477

- Suisse : rémunération à l'acte : baisse de marge mais revenus maintenus, Le moniteur des Pharmacies, 2003, 2475

- Le pharmacien nouveau arrive, Impact pharmacien, 2006, 166, 6-12

- La pharmacie en Europe : des exemples à suivre ?, Impact Pharmacien, 2002, 91, 20-25

- Système de santé : qualité élevée et lois claires ! , Dosis, 2007, 42, 1-8

- Pas de contrat sans preuve de qualité, Dosis, 2006, 39, 1-8

- Les pharmaciens se sont suffisamment serrés la ceinture : Les bornes ont été dépassées!, Dosis, 2005, 37, 1-8

- La fourniture de médicaments : un rôle tout à fait différent ?, Dosis, 2005, 36, 1-8

- **Ouvrages :**

- KOCHER G., OGGIER W., Système de santé suisse 2004-2006 : Survol de la situation actuelle, Hans Huber, Bern, 2005

- BAILLY A., BERNHARDT M., GABELLA M., Pour une santé de qualité en Suisse 2ème édition, Economica, Paris, 2006

- SWINARSKI HUBER Zofia, Publications universitaires européennes : « Système de santé suisse : formation et maîtrise des coûts », OCDE, LANG Peter, 2005

- OCDE, Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse, OCDE-OMS, 2006

- OCDE L'Observateur, Synthèses OCDE : Etude Economique de la Suisse 2005, 2006

- INTERPHARMA, Le marché du médicament en Suisse, 2006.

- INTERPHARMA, La santé publique en Suisse, 2006.

- SSPh, PharManuel : Manuel pratique du pharmacien suisse, 2007.

- OMS, Health Care Systems in Transition in Switzerland, European Observatory on Health Care Systems, Genève, 2001

- **Thèses d'exercice en pharmacie :**

- BARROIS J.-M., Les médicaments génériques en Suisse, Pharmacie Lille II, 2001.

- LADHARI S., La pratique officinale en Suisse, Pharmacie Strasbourg, 1996.

- PIZELLE A.-M., La dispensation du médicament en Suisse, Pharmacie Nancy I, 1994.

- **Sites Internet :**


- PharmaSuisse (SSPh) web site –URL : http://ww.pharmasuisse.org – juin 2007

- Santésuisse web site –URL : http://www.santesuisse.ch – juin 2007

- Confédération helvétique web site –URL : http://www.admin.ch – avril 2007

- Office Fédéral des Assurances-Sociales web site –URL : http://www.bsv.admin.ch – avril 2007

- Office Fédéral de la Statistique web site –URL : http://www.bfs.admin.ch – avril 2007

- Observatoire Suisse de la Santé web site – URL : http://www.obsan.ch – avril 2007

- Politique nationale de santé web site – URL : http://www.nationalegesundheit.ch – avril 2007

- Swissworld – portail d'information sur la Suisse web site – URL : http://ww.swissworld.org – avril 2007

- Interpharma web site –URL : http://www.interpharma.ch – juin 2007

- Swissmedic web site –URL : http://www.swissmedic.ch – avril 2007

- Fédération Internationale de Pharmacie (FIP) web site – URL : http://www.fip.org – mai 2007

- Pharmacie de la tête noire web site – URL : www.tetenoire.ch - avril 2007

- Prix du médicament et rémunération des services du pharmacien dès le 01.07.2001, présentation Brentano-Motta M., Buchmann M., Mesnil M., 2006 : www.tetenoire.ch/politique-medicament/prix_remun.ppt - avril 2007

- Sun Store web site – URL : http://www.sunstore.ch – mai 2007

- Pharmacie Zur Rose web site – URL : http://www.zur-rose.ch – mai 2007

- Fédération des Médecins helvétiques web site – URL : http://www.fmh.ch – mai 2007

- Association suisse des droguistes (ASD) web site – URL : http://www.drogistenverband.ch – avril 2007

- Reportage diffusé le 13 mars 2007 sur la TSR1 dans l'émission « A Bon Entendeur » : « Prix des médicaments : n'oubliez pas le pauvre pharmacien » : http://www.tsr.ch/tsr/index.html?siteSect=311201&sid=7617598&page=2 – mai 2007

- Liste des Spécialités (LS) web site – URL : http://www.sl-preise.ch , http://bsv.e-mediat.net/sl/BSV_per_2007.05.01.xls - avril 2007


BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE GRENOBLE MÉDECINE - PHARMACIE

- BILLET B., DARCHEN L., DELAIR J., KRAWEC M., (Groupe Interface), Tome I : Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine – Rapport Final, In DGEFP - CPNE de la pharmacie d'officine, 2006 : http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/officine_-_Tome_1.pdf – juin 2007

- Avis sur le médicament adopté par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, Juin 2006, 202-203 : http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_060629.pdf – mars 2007

- Wikipédia Encyclopédie en ligne web site – URL : http://fr.wikipedia.org – mars 2007

## • Textes officiels :

- Recueil systématique du droit fédéral suisse : http://www.admin.ch/ch/f/rs

- Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999 : http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/index.html

- LAMal : Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c832_10

- OAMal : Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c832_102.html

- LPTh : Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques) en vigueur depuis le 1er janvier 2002 : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c812_21.html

- OMed : Ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c812_212_21.html

- OPAS : Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c832_112.31.html

- LPMed : Loi fédérale sur les professions médicales du 23 juin 2006 : http://www.fmh.ch/fr/data/pdf/medbg_2306_f.pdf

LEPM : Loi fédérale concernant l'Exercice des Professions de Médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse du 19 décembre 1877 : http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/811.11.fr.pdf

- LStup : Loi Fédérale sur les Stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951 : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c812_121.html

- OStup : Ordonnance sur les Stupéfiants et les substances psychotropes du 29 mai 1996 : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c812_121_1.html

- Convention tarifaire RBP III entre Santésuisse et la SSPh : http://www.pharmasuisse.org/f/media/apothekenmitglieder/aktuell/loa/08_Tarifvertrag-LOA-III_definitiv_f_06-10-31.pdf

- **Autres :**

  - Logiciel Encyclopédie Microsoft Encarta 2006

  - Documents transmis par la SSPh :

- MESNIL.M., Troisième édition de la Convention tarifaire RBP acceptée : Le pharmacien suisse est confirmé comme fournisseur de prestations rémunéré pour son savoir académique et sa responsabilité, 2007.

- MESNIL M., Présentation au groupe des retraités du syndicat de la communication à Lausanne : prix du médicament et rémunération des services du pharmacien dès le 1er juillet 2001 en Suisse, 2006.

- Présentation de la Convention RBP : A l'attention des organisations de patients et de consommateurs, 2006

- QMS Pharmacie : Une solution, une chance, un défi pour la gestion de votre pharmacie, l'application des dispositions LAMal et RBP II, la démonstration de la qualité de vos services, 2005

- Introduction QMS-Pharmacie, ISAS QMS-Pharma 2010, 2006.

- JORDAN D., MESNIL M., Le pharmacien et la santé publique en Suisse à l'aube du 21ème siècle – programme en 32 thèses, 2004.

  - Documents transmis par Olivier BUGNON, pharmacien membre de la SSPh et initiateur des cercles de qualité de Fribourg

- BUGNON O., NYFFELER R., REPOND C., Les cercles de qualité médecins-pharmaciens – l'avantage des réseaux de proximité pour améliorer l'efficience de la prescription médicale, version française de l'article paru en allemand dans le journal Managed Care, 2006, 1-6

- BUGNON O., Formation FPH Officine : Module d'introduction - politique professionnelle, nouvelles perspectives pour l'activité officinale dans le cadre législatif actuel, 2007

# Serment des Apothicaires

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

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

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

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

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

**Christine BOULARD**

TITRE : **ANALYSE DES CONSEQUENCES « OFFICINALES » DE L'EVOLUTION DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE – MALADIE EN SUISSE : Cas de la rémunération des pharmaciens**

# RESUME

L'introduction de la Loi sur l'Assurance-Maladie (ou LAMal) en 1996 a constitué une étape essentielle dans le développement du système de santé suisse. L'un de ses principaux objectifs était de maîtriser la progression des dépenses de santé. Les prestataires de soins ont dû réformer en profondeur leurs pratiques professionnelles pour répondre aux trois exigences fixées par la LAMal, à savoir « l'efficacité, l'adéquation et l'économicité ». Dans ce contexte, les pharmaciens ont adopté une nouvelle méthode de rémunération de leurs activités indépendante du prix des médicaments. La Rémunération Basée sur les Prestations (ou RBP) est entrée en vigueur en 2001. Les pharmaciens se sont investis dans la Qualité à l'officine et dans la valorisation de leur rôle en tant que « professionnels du médicament » et acteurs de santé publique. Néanmoins, le bilan de la RBP est contrasté par les difficultés financières, dues à la concurrence exacerbée, rencontrées par certains officinaux helvétiques.

**MOTS CLES :** Suisse, Pharmacie, LAMal, RBP, Assurance-Maladie

Thèse soutenue le 10 juillet 2007 devant le jury composé de :

Président du jury : M. Benoît ALLENET
Membres :
Mme Martine DELETRAZ-DELPORTE : Directeur de thèse
M. Bernard CHAMPON
M. Pierre BERAS

1, Boulevard Aristide Briand – 26200 MONTELIMAR (cboulard@aol.com)