



HAL
open science

La rémunération du pharmacien d'officine : historique, comparatif, à l'horizon 2020

Marie Olaizola

► **To cite this version:**

Marie Olaizola. La rémunération du pharmacien d'officine : historique, comparatif, à l'horizon 2020. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01566440

HAL Id: dumas-01566440

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566440v1>

Submitted on 21 Jul 2017

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2017

Thèse n°61

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Marie OLAIZOLA**
Née le 31 Mars 1992 à L'Isle d'Espagnac (16)

Le 23 Juin 2017 à Bordeaux

**La rémunération du pharmacien d'officine :
historique, comparatif, à l'horizon 2020**

Directrice de thèse
Professeur Marine AULOIS-GRIOT

Membres du jury

M. Bernard MULLER	Professeur à l'Université de Bordeaux	Président
Mme Marine AULOIS-GRIOT	Professeur à l'Université de Bordeaux	Directrice
Mme Sylvie GUILLOT	Docteur en Pharmacie	Juge

Remerciements

A mes parents,

A toute ma famille,

A tous mes amis,

Pour votre soutien et votre amour.

A mes Juges,

Madame le Professeur Marine AULOIS-GRIOT

Professeur de Droit et Economie Pharmaceutiques à l'Université de Bordeaux
Docteur en Pharmacie, Docteur de l'Université

Pour avoir accepté de diriger cette thèse et m'avoir aidée dans sa réalisation et sa finalisation. Je vous remercie pour votre confiance, vos précieux conseils ainsi que pour votre disponibilité. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

Madame Sylvie GUILLOT

Docteur en Pharmacie

Pour la pharmacienne que tu représentes et l'accompagnement durant mes premiers stages. Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Bernard MULLER

Directeur de l'UFR des Sciences Pharmaceutiques de Bordeaux

Professeur de Pharmacologie à l'Université de Bordeaux

Docteur en Pharmacie, Docteur de l'Université

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour votre investissement au quotidien auprès de l'UFR et des étudiants. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	5
GLOSSAIRE	8
TABLE DES FIGURES	9
INTRODUCTION	10
PREMIERE PARTIE : LA REMUNERATION DU PHARMACIEN D’OFFICINE EN FRANCE	11
CHAPITRE I : HISTORIQUE DES POLITIQUES DE REMUNERATION DE LA PHARMACIE EN FRANCE.....	11
<i>Section I : Avant 1990</i>	11
<i>Section II : A partir de 1990</i>	12
<i>Section III : Réforme de 2015</i>	14
CHAPITRE II : LA REMUNERATION DU PHARMACIEN D’OFFICINE EN 2016.....	17
<i>Section I : Honoraires de dispensation et marge</i>	17
<i>Section II : La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)</i>	18
A- Entretiens pharmaceutiques	18
B- Génériques.....	20
C- Valorisation de la feuille de soin électronique.....	28
D- Incitation forfaitaire à la numérisation et à la télétransmission	28
E- Contribution au numéro RPPS du prescripteur hospitalier transmis par FSE	29
<i>Section III : Honoraires de garde</i>	29
<i>Section IV : Participation au service de télé mise à jour des cartes vitales</i>	30
<i>Section V : Médicaments non remboursables</i>	31
<i>Section VI : Dispositifs médicaux</i>	32
<i>Section VII : Parapharmacie</i>	33
CHAPITRE III : HONORAIRES DE DISPENSATION : RETOUR SUR LA NOUVELLE REMUNERATION	37
<i>Section I : Pourquoi une nouvelle rémunération?</i>	37
<i>Section II : Point de vue des patients</i>	37
<i>Section III : Point de vue et analyse des acteurs de l’officine</i>	39
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE COMPARATIVE INTERNATIONALE DES MODES DE REMUNERATION DU PHARMACIEN ET EXPERIMENTATIONS FRANÇAISES	44
CHAPITRE I : METHODOLOGIE DE L’ANALYSE.....	44
CHAPITRE II : MODELES DE REMUNERATION DANS QUELQUES AUTRES PAYS.....	45
<i>Section I : Pays de l’Union Européenne</i>	45

A- Angleterre.....	46
B- Pays-Bas	49
C- Belgique	50
D- Portugal	51
<i>Section II : Pays hors de l'Union Européenne.....</i>	<i>53</i>
A- Canada : Québec.....	53
B- Etats-Unis.....	Erreur ! Signet non défini.
C- Japon.....	58
<i>Section III : Quelles applications envisageables pour la France ?.....</i>	<i>60</i>
CHAPITRE III : EXPERIMENTATION DE NOUVELLES REMUNERATIONS EN FRANCE.....	62
<i>Section I : Expérimentation de la délivrance à l'unité de médicaments appartenant à la classe des antibiotiques</i>	<i>62</i>
<i>Section II : Expérimentation de la dispensation de médicaments à domicile.....</i>	<i>64</i>
<i>Section III : Expérimentation mise en place à l'initiative des Unions régionales des professionnels de santé.....</i>	<i>65</i>
A- Expérimentation du dépistage du risque cardio-vasculaire par le pharmacien d'officine	65
B- Expérimentation de dépistage du diabète à l'officine	66
C- Expérimentation d'entretiens pharmaceutiques rémunérés à l'occasion du Moi(s) sans tabac	67
TROISIEME PARTIE : MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE REMUNERATION ET EVOLUTION DES PRATIQUES.....	69
CHAPITRE I : SITUATION ECONOMIQUE ACTUELLE DES OFFICINES.....	69
<i>Section I : Indicateurs de la situation des officines</i>	<i>69</i>
A- Chiffre d'affaires.....	69
B- Marge	70
C- Excédent Brut d'Exploitation.....	71
<i>Section II : Evolution de la situation économique.....</i>	<i>72</i>
CHAPITRE II : EVOLUTION DES MISSIONS ET DE LA REMUNERATION	75
<i>Section I : Nouvelles missions, nouveaux services, nouvelles rémunérations.....</i>	<i>75</i>
A- Problématiques de la mise en place des nouvelles missions	75
B- Les nouveaux services.....	76
C- La rémunération des nouveaux services.....	84
<i>Section II : La rémunération de la dispensation.....</i>	<i>85</i>
A- Définition d'un mode de rémunération cible	85
B- Mise en œuvre.....	87

CHAPITRE III : LES ACTEURS DES NEGOCIATIONS	89
<i>Section I : Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé</i>	89
A- Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017.....	89
B- Cadrage des négociations conventionnelles.....	91
<i>Section II : L'Assurance maladie</i>	93
<i>Section III : Les syndicats</i>	94
A- Elections des Unions régionales des professionnels de santé 2015 : 2 syndicats représentatifs	94
B- Fédération des Syndicats Pharmaceutiques Français (FSPF).....	95
C- Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO).....	96
D- Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF).....	97
E- Grande consultation de santé 2016.....	97
CHAPITRE IV : OBJECTIF : NEGOCIATIONS DE LA CONVENTION PHARMACEUTIQUE 2017-2021.....	100
CONCLUSION	108
BIBLIOGRAPHIE.....	109
ANNEXES	118

Glossaire

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

AVK : Anti-Vitamines K

CA : Chiffre d’Affaires

CEPS : Comité économique des produits de santé

CNGPO : Collectif National des Groupements de Pharmaciens d’Officine

CPAM : Caisse Primaire d’Assurance Maladie

DM : Dispositif médical

DP : Dossier pharmaceutique

EBE : Excédent Brut d’Exploitation

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

FIP : Fédération Internationale des Pharmaciens

FSE : Feuille de Soins Electronique

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

GIE : Groupement d’Intérêt Economique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

HT : Hors Taxes

JO : Journal Officiel

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NHS : National Health Service

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif national des dépenses d’assurance maladie

PCG : Performance Commerciale et de Gestion

PDA : Préparation des Doses à Administrer

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

TTC : Toutes Taxes Comprises

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

UNCAM : Union Nationale des Caisses primaires d’Assurance Maladie

UNOCAM : Union Nationale des Organismes d’Assurance Maladie Complémentaire

UNPF : Union Nationale des Pharmaciens de France

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d’Officine

Table des figures

FIGURE 1. MARGE DEGRESSIVE LISSEE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE AU 1ER MARS 1990	12
FIGURE 2. MARGE DU PHARMACIEN D'OFFICINE EN 1999.....	13
FIGURE 3. FORFAIT AU CONDITIONNEMENT DU PHARMACIEN D'OFFICINE EN 1999	13
FIGURE 4. MARGE ET FORFAIT DU PHARMACIEN D'OFFICINE EN 2004	14
FIGURE 5. MARGE DU PHARMACIEN A PARTIR DE 2015	15
FIGURE 6. EVOLUTION DES VENTES A 2,10% (INCLUANT LES HONORAIRES DE DISPENSATION).....	17
FIGURE 7. LISTES DES MOLECULES RETENUES POUR LE SUIVI SPECIFIQUE NATIONAL ET INDIVIDUEL DE LA DELIVRANCE DE MEDICAMENTS GENERIQUES POUR 2016	21
FIGURE 8. LISTE DES MOLECULES DANS LE REPERTOIRE AU 30 JUIN 2015 DE L'ACCORD NATIONAL VISÉ À L'ARTICLE L. 162- 16-7 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE	23
FIGURE 9. LISTES DES MOLECULES POUR MESURER LA STABILITE DE LA DELIVRANCE DES MEDICAMENTS GENERIQUES.....	27
FIGURE 10. BAREME DE LA CONTRIBUTION DU PHARMACIEN D'OFFICINE SUR LA CONTRIBUTION AU NUMERO RPPS TRANSMIS	29
FIGURE 11. EVOLUTION DU CHIFFRE D'AFFAIRES EN K€ DES PHARMACIES SUR LE RESEAU CGP	35
FIGURE 12. INFOGRAPHIE DE L'USPO SUR L'HONORAIRE DE DISPENSATION	40
FIGURE 13. INFOGRAPHIE DE LA FSPF SUR LA REFORME DE LA NOUVELLE REMUNERATION	41
FIGURE 14. REMUNERATION DE LA PHARMACIE DANS DIFFERENTS PAYS EUROPEENS	45
FIGURE 15. « ESTABLISHMENT PAYMENT » EN ANGLETERRE.....	47
FIGURE 16. « PRACTICE PAYMENT » EN ANGLETERRE	48
FIGURE 17. EVOLUTION MOYENNE DU CHIFFRE D'AFFAIRES HT	69
FIGURE 18. EVOLUTION DU TAUX DE MARGE BRUTE GLOBALE (PRESTATIONS DE SERVICES COMPRISES)	70
FIGURE 19. EVOLUTION MOYENNE DU TAUX D'EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	71
FIGURE 20. EVOLUTION DE LA PERFORMANCE COMMERCIALE ET DE GESTION	72
FIGURE 21. EVOLUTION DU CA, DE LA MARGE, DES SALAIRES ET CHARGES ET DU RESULTAT PAR PHARMACIEN DEPUIS 2001	72
FIGURE 22. RESULTATS DES ELECTIONS DES REPRESENTANTS DES PHARMACIENS AUX URPS 2015.....	94
FIGURE 23. SYNTHESE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS ET TAUX DE REPONSE A LA GRANDE CONSULTATION DES PHARMACIENS D'OFFICINE 2016.....	98

Introduction

La particularité du métier de pharmacien est qu'il possède deux facettes, celle de professionnel de santé et celle de commerçant. Sa rémunération provient de la valeur ajoutée apportée par la distribution de produits tels que les médicaments, les dispositifs médicaux ou bien les produits de parapharmacie.

Comme tout métier, le pharmacien mérite une rémunération à sa juste valeur pour le travail qu'il accomplit chaque jour. Le terme rémunération, utilisé tout au long de cette thèse, correspond à la valeur ajoutée moyenne apportée à l'officine par le patient.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, le pharmacien ne se rémunère plus uniquement par une marge sur le prix des médicaments, mais aussi avec des honoraires de dispensation, ce qui implique un changement de regard sur le métier de pharmacien qui se rapproche de l'image du professionnel de santé.

La question à laquelle cette thèse va tenter de répondre est de savoir, quel est le modèle économique, qui apporte la meilleure rémunération aux pharmaciens? Et quel est l'avenir de la pharmacie d'officine dans le contexte de la mise en place d'une nouvelle rémunération? Par meilleure rémunération, on parlera d'une rémunération basée sur les bonnes pratiques du métier et à sa juste valeur.

Tout d'abord nous aborderons l'historique de la rémunération réglementée de la pharmacie d'officine et les sources actuelles de rémunération de la pharmacie d'officine.

Puis nous établirons un comparatif avec d'autres pays sur l'exercice de la pharmacie et sa rémunération, ainsi qu'un état des lieux des expérimentations en cours en lien avec les nouvelles missions du pharmacien en France.

Enfin nous discuterons de la situation actuelle de l'économie des officines et de la mise en place des négociations de la nouvelle convention 2017-2021 entre les pharmaciens d'officine titulaires et l'Assurance maladie.

Première Partie : La rémunération du pharmacien d'officine en France

La rémunération du pharmacien d'officine en France est composée de plusieurs éléments. Pour comprendre cette rémunération, il est intéressant de regarder les différentes politiques qui l'ont introduite.

Chapitre I : Historique des politiques de rémunération de la pharmacie en France [1]

La rémunération de la pharmacie d'officine provient de plusieurs sources : marge sur les spécialités remboursables, sur la parapharmacie, les médicaments non remboursables etc.

La marge sur les spécialités pharmaceutiques est fixée par le gouvernement. Elle a connu, ces vingt dernières années, plusieurs changements au niveau de son calcul que l'on reprendra dans l'historique qui suit. Ces changements de rémunération ont eu des impacts sur l'économie de l'officine. Indirectement, ils ont aussi eu un impact de la vision du grand public sur le pharmacien. En effet, les spécialités remboursables représentent 75% du CA de la pharmacie de d'officine¹. Mais pour comprendre l'économie de l'officine il faut aussi prendre en compte l'évolution de l'environnement de celle-ci.

Section I : Avant 1990

Arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables

La marge du pharmacien sur les spécialités pharmaceutiques remboursées par la sécurité sociale, n'est pas libre contrairement à tous les autres produits délivrés en pharmacie d'officine. L'arrêté du 4 août 1987 stipule que « sont réglementés les prix et les marges des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux ». Il fixe aussi « le taux limite de marge brute hors taxes, calculé par rapport aux prix fabricant hors taxes, hors ristournes » à 53,17% pour le pharmacien d'officine.

¹ Pharmacies - Moyennes Professionnelles 2016 - 24^e édition KPMG

Arrêté du 12 novembre 1988 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables

La marge du pharmacien est diminuée. « Le taux limite de marge brute hors taxes, calculé par rapport aux prix fabricant hors taxes, hors ristournes » passe de 53,17% à 48,46% pour le pharmacien d'officine.

De 1945 à 1990 le prix du médicament remboursable s'est appuyé sur une marge linéaire unique, permettant de calculer le prix fabricant HT à partir du tarif de remboursement. En 1987, a eu lieu la libération des prix. En effet, avant cette date, le prix du médicament non remboursable était lui aussi fixé.

Section II : A partir de 1990

Arrêté du 2 janvier 1990 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables, en vigueur le 1er mars 1990

Les pharmaciens, qui avaient leur marge jusque là linéaire, voient leur marge devenir dégressive lissée. Cette marge dégressive lissée introduit six tranches en fonction du prix fabricant hors taxes de la spécialité pharmaceutique.

Pour la partie du prix fabricant Hors Taxes (HT) comprise entre :	Coefficient HT
0 et 5 francs	0,90
5 et 10 francs	0,56
10 et 17 francs	0,38
17 et 30 francs	0,26
30 et 70 francs	0,125
Au delà de 70 francs	0,1

Figure 1. Marge dégressive lissée de la pharmacie d'officine au 1er mars 1990

Le but de l'introduction de la marge dégressive lissée est de diminuer la marge des médicaments les plus chers. Cela permet de limiter l'effet d'aubaine sur les marges des officinaux lié à la croissance importante des prescriptions de produits récents et onéreux. En effet, il n'est pas nécessaire de rémunérer la dispensation en fonction du prix du médicament, l'acte de dispensation étant identique en temps pour chacune des spécialités, sauf exceptions comme pour la délivrance des médicaments d'exceptions ou stupéfiants.

Le taux de marge du pharmacien d'officine décroît désormais en proportion du prix du médicament délivré. La marge est lissée pour éviter les effets de seuil. Mais la marge en valeur continue toujours à augmenter en fonction du prix d'une manière qui n'est plus linéaire.

Arrêté du 28 Avril 1999 relatif aux marges des médicaments remboursables

Il y a l'apparition pour le pharmacien d'officine d'un forfait par conditionnement de 3,5 francs. Et un forfait supplémentaire de 2 francs est appliqué pour une liste de spécialités qui regroupe des médicaments dont la dispensation se révèle plus complexe. Ce forfait est donc une rémunération pour le pharmacien qui est détachée du prix des spécialités pharmaceutiques et qui a pour objectif de valoriser l'acte pharmaceutique.

Pour la partie du prix fabricant HT comprise entre :	Coefficient HT
0 à 150 francs	0,261
Au delà de 150 francs	0,1

Figure 2. Marge du pharmacien d'officine en 1999

Forfait	Tarif
Forfait par conditionnement	3,5 francs
Forfait supplémentaire par conditionnement pour les spécialités inscrites sur la liste fixée à l'annexe I-5 de l'arrêté	2 francs

Figure 3. Forfait au conditionnement du pharmacien d'officine en 1999

De plus, pour encourager la délivrance des médicaments génériques et avec le droit de substitution accordé au pharmacien, la marge d'une spécialité générique est égale à celle appliquée au médicament princeps¹. Ce qui permet au pharmacien de ne pas perdre sa marge lors de la délivrance d'un médicament générique dont le prix est inférieur au médicament princeps.

Arrêté du 12 février 2004 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables

En 2004, un nouvel arrêté établit une troisième tranche dans le calcul de la marge pour les grossistes répartiteurs et les pharmaciens, pour les médicaments au-delà de 150€.

¹ Le médicament d'origine qui sert de modèle aux médicaments génériques.

Par ailleurs, le « surforfait » de 2 francs, pour une liste de spécialités spécifiques, est supprimé.

Pour la partie du prix fabricant HT comprise entre :	Coefficient HT
0 et 22,90€	0,261
22,91€ et 150€	0,10
Au delà de 150€	0,06
Forfait HT par conditionnement : 0,53€	

Figure 4. Marge et forfait du pharmacien d'officine en 2004

Section III : Réforme de 2015

Arrêté du 28 novembre 2014 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu

Depuis le 1er janvier 2015, une réforme de la rémunération des pharmaciens est entrée en vigueur, elle s'est mise en place en deux temps, en 2015 puis en 2016.

Les honoraires de dispensation ont été mis en place suite à un accord entre l'assurance maladie et la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), syndicat majoritaire, par la signature de l'avenant n°5 de la convention nationale pharmaceutique signé le 21 mai 2014 et publié au JO le 2 décembre 2014. Cet avenant crée deux nouveaux honoraires pour le pharmacien. Il est destiné à diversifier le mode de rémunération des pharmaciens.

- L'honoraire par conditionnement dont le tarif est fixé comme suit :
 - pour les conditionnements mensuels : 0,82 € TTC du 01/01/2015 jusqu'au 31/12/2015, puis 1,02 € TTC à compter du 01/01/2016 ;
 - pour les conditionnements trimestriels : 2,21 € TTC du 01/01/2015 jusqu'au 31/12/2015, puis 2,76 € TTC à compter du 01/01/2016.
- L'honoraire complexe pour toute dispensation donnant lieu à l'exécution d'une prescription comportant au moins 5 lignes différentes de médicaments remboursables facturés à l'Assurance Maladie en une seule délivrance. Son tarif est fixé à 0,51€ TTC par ordonnance.

- À ces honoraires s'ajoute une réforme de la marge dégressive lissée sur le médicament remboursable qui se mettra en place en deux temps, accompagnant la mise en place de l'honoraire par conditionnement.

Pour la partie du prix fabricant HT comprise entre	Coefficient HT Du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015	Coefficient HT A partir du 1^{er} janvier 2016
0 et 0,82 €	0 %	0 %
0,83 € et 1,91 €	25,5 %	0 %
1,92 € et 22,90 €	25,5 %	25,5 %
22,91 € et 150,00 €	8,5 %	8,5 %
150,01 € et 1500,00 €	6 %	6 %
Supérieur à 1500,00 €	0 %	0 %

Figure 5. Marge du pharmacien à partir de 2015

Cet historique de la marge du pharmacien sur les spécialités remboursables, nous permet de voir l'évolution d'une rémunération basée sur une simple marge à une rémunération plus complexe intégrant une marge dégressive lissée et des honoraires fixes.

En 1999, on a vu l'introduction d'un forfait par conditionnement qui est cohérent avec la volonté du pharmacien d'être reconnu comme un professionnel de santé qui est rémunéré en fonction du temps passé et de la complexité des actes pratiqués.

Mais cette rémunération peut encore se traduire par la vision du pharmacien tel « un vendeur de boîtes » auprès du grand public qui se rémunère toujours sur une marge et un forfait qui incite à vendre les médicaments en plus grand nombre.

Aussi cette rémunération sur les spécialités remboursables ne va t-elle pas à l'encontre du rôle du pharmacien d'officine, qui est un professionnel de santé qui se doit de délivrer le traitement le plus juste aux patients ?

Partant de ce principe, cela conduit à l'introduction d'une rémunération forfaitaire totalement déconnectée du prix de la spécialité et du nombre de spécialités délivrées. Plusieurs possibilités existent comme une rémunération au conditionnement, à la ligne de prescription ou à l'ordonnance. L'acte de dispensation du pharmacien serait alors valorisé indépendamment de la valeur et du nombre de spécialités délivrées. Ainsi le pharmacien serait rémunéré comme tout autre professionnel de santé, ce qui le détacherait de l'image de commerçant. C'est l'acte de dispensation et le temps consacré qui seraient rémunérés. Lors de la délivrance, le temps consacré dépend de la nature et

du nombre de spécialités délivrées. Une rémunération à la ligne ou à l'ordonnance paraît donc plus justifiée qu'une rémunération au conditionnement. Délivrer un ou plusieurs conditionnements d'une même spécialité nécessite un temps de préparation équivalent.

De plus le temps consacré à la partie administrative de la délivrance (lecture de la carte vitale, vérification de la complémentaire santé de l'assuré et le paiement du reste à charge) est équivalent à chaque délivrance, qu'il y ait une ou dix spécialités prescrites, ce qui plaide en faveur du forfait à l'ordonnance.

Les forfaits pourraient alors être distincts ou se cumuler selon la complexité de l'ordonnance. Les avantages de l'introduction d'une rémunération forfaitaire seraient de détacher la rémunération du pharmacien d'officine des prix des médicaments et de leur variation et cela permettrait un pilotage plus aisé de la rémunération globale des officines. De plus l'avantage d'un forfait par ordonnance serait qu'il pourrait s'appliquer même lors d'un refus de délivrance. Le pharmacien ne serait donc pas financièrement perdant lors d'une décision de non délivrance de l'ordonnance ou d'une spécialité.

Mais l'introduction d'une rémunération forfaitaire nécessite une modélisation précise pour éviter tout changement de rémunération trop important d'une officine à l'autre, par rapport au système actuel.

Chapitre II : La rémunération du pharmacien d'officine en 2016 [2]

Après avoir vu l'historique de la marge du pharmacien sur le médicament remboursable, nous allons aborder l'ensemble des différentes sources de rémunération du pharmacien d'officine.

Section I : Honoraires de dispensation et marge

Le pharmacien se rémunère en premier lieu sur la délivrance de médicaments remboursables. Les médicaments et préparations remboursables ont un taux de TVA à 2.1 % et représentent 75,78% du CA de la pharmacie d'officine en 2015. Le chiffre d'affaires sur les spécialités remboursables n'a plus progressé depuis 2010 et est même en baisse pour 2016 (figure 6).

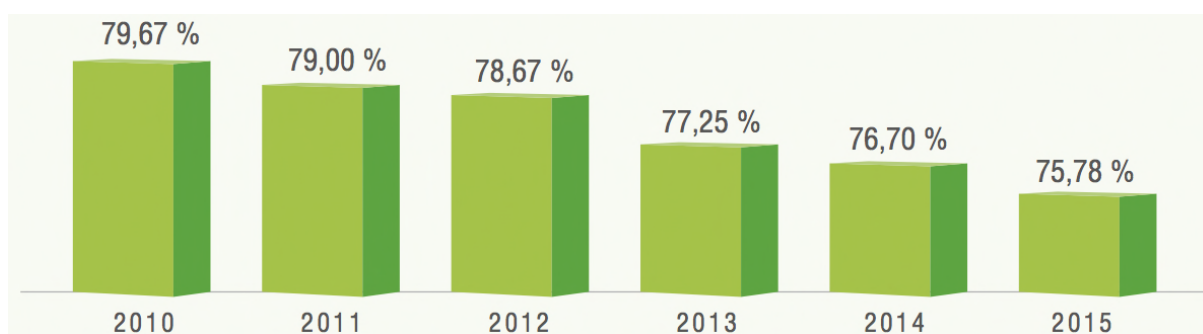


Figure 6. Evolution des ventes à 2,10% (incluant les honoraires de dispensation) [3]

À compter du 1^{er} janvier 2016, un honoraire par conditionnement de médicament remboursable est facturé à l'assurance maladie. Cet honoraire est de 1,02€ pour les conditionnements mensuels et de 2,76€ pour les conditionnements trimestriels. Dans le cas d'une délivrance fractionnée, l'honoraire est facturé sur la base du conditionnement utilisé pour le fractionnement.

De plus un honoraire de 0,51€ est facturable par le pharmacien pour toute dispensation qui donne lieu à l'exécution d'une prescription comportant au moins 5 lignes différentes de spécialités pharmaceutiques remboursables et facturées à l'assurance maladie en une seule délivrance. Cet honoraire se cumule avec l'honoraire par conditionnement.

La facturation de cet honoraire est conditionnée à la proposition systématique au patient d'un plan de posologie, établi par le pharmacien, lui permettant de mieux appréhender la prise de son traitement.

A cela s'ajoute, pour le pharmacien, une marge selon le prix fabricant HT du médicament (figure 5).

La rémunération du pharmacien est dépendante à la fois du volume (nombre de boîtes délivrées) et du prix des médicaments remboursables. Ce prix est fixé par l'Etat dans le cadre de négociations avec les laboratoires pharmaceutiques au sein du CEPS (Comité économique des Produits de Santé). Depuis le début des années 2000, dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses de santé, les pouvoirs publics se sont efforcés d'inciter à la fois les médecins à diminuer leur volume de prescriptions et les laboratoires pharmaceutiques à baisser le prix des médicaments [4]. L'indice Insee des prix des produits pharmaceutiques a ainsi baissé de 30 % entre 2000 et 2015.

Pour augmenter sa marge et donc sa rémunération sur les médicaments remboursables le pharmacien peut jouer sur le prix d'achat des médicaments en négociant des remises avec ses fournisseurs. Soumis à une réglementation sévère, le pharmacien libéral est limité par le niveau de ses remises sur les produits remboursés. Plafonnées à 2,5% pour les spécialités en se fournissant chez un répartiteur, ce niveau de remises peut être plus importants par des achats directs avec les laboratoires.

Les remises sur les génériques permettent une amélioration très nette de la rémunération et le niveau des remises est plafonné à 40% [5]. De plus, la valeur ajoutée du princeps est conservée avec le générique. En effet, pour les spécialités génériques figurant dans un groupe non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), la marge qui s'applique, pour le pharmacien d'officine, est égale à la marge de la spécialité de référence ou princeps. Cette disposition favorise la dispensation de médicaments génériques par le pharmacien qui augmente tout de même sa rémunération par rapport au princeps grâce à des remises plus importantes lors de l'achat de médicaments génériques.

Section II : La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

L'assurance maladie et les syndicats ont décidé de diversifier la rémunération des pharmaciens, notamment en contrepartie du respect d'objectifs individualisés de santé publique.

A- Entretiens pharmaceutiques

Depuis 2013, le pharmacien est rémunéré pour des entretiens pharmaceutiques qui doivent notamment permettre :

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients,

- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement.

L'entretien pharmaceutique constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient.

Cet accompagnement par le pharmacien lors d'entretiens pharmaceutiques est mis en place pour les patients sous Anti-Vitamine K (AVK), Anticoagulants Oraux Directs (AOD) et dans le cas d'un traitement pour l'asthme sous corticoïdes inhalés dont la durée prévisible de traitement est égale ou supérieure à 6 mois.

Pour être éligible au paiement de la ROSP, le pharmacien doit réaliser dans l'année civile de référence au moins deux entretiens pharmaceutiques (hors cas dérogatoires : décès du patient uniquement pour AVK et AOD, et adhésion au second semestre de l'année de référence).

La rémunération perçue dans ce cas est de 40 € par an et par patient.

Le suivi de l'observance par le pharmacien est aussi assuré pour les accompagnements s'inscrivant dans la durée au-delà de la première année d'adhésion au dispositif.

Ainsi, à compter de l'année N+1 et pour les années suivantes, l'accompagnement pourra donner lieu à un seul entretien annuel, dès lors qu'au moins deux suivis de l'observance soient réalisés dans l'année.

Cela va permettre aux pharmaciens impliqués dans l'accompagnement pharmaceutique des patients chroniques et souhaitant inscrire cette démarche dans la durée, d'adapter plus facilement cette accompagnement sur le long terme et en fonction du profil du patient.

En résumé, la première année d'accompagnement, le pharmacien devra réaliser au moins deux entretiens (sauf cas dérogatoires) pour percevoir la ROSP de 40 €.

Les années suivantes, il pourra toujours réaliser deux entretiens sur la période de référence, mais il aura également la possibilité, en fonction du profil du patient, de ne réaliser qu'un seul entretien et deux suivis de l'observance qui seront rémunérés 30€.

B- Génériques

En France, le pharmacien est autorisé à substituer un médicament princeps par un générique depuis 1999.

Depuis la convention pharmaceutique signée en 2012, la délivrance de médicaments génériques par le pharmacien est renforcée par l'introduction d'une ROSP. L'objectif est, d'une part, d'inciter le pharmacien à progresser dans la délivrance de médicaments génériques et, d'autre part, pour ceux ayant déjà atteint un niveau élevé de substitution de reconnaître leur engagement. Le dispositif repose sur le suivi d'indicateurs qui sont :

- l'efficience de la pratique professionnelle portant sur le générique mesurée par la progression et l'atteinte d'un taux de substitution
- et la qualité de la pratique avec la stabilité de la délivrance de la même marque de générique aux personnes de plus de 75 ans.

L'objectif national de pénétration des génériques est fixé pour l'année 2016 à 86% sur la base du répertoire de référence (figure 7).

Chaque année, l'objectif national de pénétration des génériques dans le répertoire est fixé en pourcentage des volumes pour la fin d'année (mesuré sur le mois de décembre) sur la base des données de remboursement de l'assurance maladie. Ces données sont rapprochées des données statistiques professionnelles au niveau national et local.

L'atteinte de l'objectif passe par un suivi spécifique approfondi pour une liste de molécules (figure 6) dont l'augmentation du taux de pénétration est essentielle pour le succès du développement du médicament générique.

Le taux de l'objectif national pour les années suivantes ainsi que la liste des molécules font l'objet d'un avenant à l'accord avant le 31 décembre de l'année en cours et au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

L'objectif national exclut les groupes génériques pour lesquels il n'existe pas une offre suffisante commercialisée et les spécialités génériques dont la base de remboursement est limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité. Il inclut les spécialités de référence dont le prix est inférieur à celui des spécialités génériques du même groupe.

INDICATEUR	OBJECTIF NATIONAL
ATORVASTATINE	90 %
ESOMEPRAZOLE	85 %
CLOPIDOGREL	80 %
OMEPRAZOLE	95 %
OLANZAPINE	90 %
ESCITALOPRAM	90 %
PRAVASTATINE	95 %
MONTELUKAST	85 %
SIMVASTATINE	96 %
TRAMADOL + PARACETAMOL	90 %
PANTOPRAZOLE	95 %
METFORMINE	95 %
RAMIPRIL	95 %
NEBIVOLOL	85 %
CEFPODOXIME	95 %
LANSOPRAZOLE	75 %
LERCANIDIPINE	90 %
ANASTROZOLE	70 %
GLICLAZIDE	80 %
IRBESARTAN	85 %
RABEPRAZOLE	85 %
LETROZOLE	70 %
CANDESARTAN	80 %
AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	95 %
VENLAFAXINE	90 %
IRBESARTAN + HCTZ	85 %
REPAGLINIDE	90 %

Figure 7. Listes des molécules retenues pour le suivi spécifique national et individuel de la délivrance de médicaments génériques pour 2016

Chaque pharmacie doit atteindre un taux global de substitution de 86% avant le 31 décembre 2016.

Lorsqu'il est constaté qu'un pharmacien ne respecte pas le dispositif tiers payant contre génériques pour les patients refusant le générique, ce professionnel peut, dès lors que son taux de substitution apprécié sur la base des données de remboursement de l'assurance maladie est inférieur à 70 %, faire l'objet de la mise en œuvre à son encontre d'une procédure de sanction. Le calcul des objectifs individuels exclut les molécules suivantes : L-thyroxine, buprénorphine, mycophénolate mofétil et pour les antiépileptiques : lamotrigine, lévétiracétam, topiramate, valproate de sodium et prégabaline, en raison de leur marge thérapeutique étroite.

Dispositif tiers payant contres génériques [2]

Les partenaires conventionnels ont décidé, lors de la commission paritaire nationale du 6 juin 2012, de mettre en place une action nationale relative au respect de l'application du dispositif « Tiers payant contre génériques », désormais généralisée à l'ensemble du territoire et à tous les assurés, quel que soit leur régime d'affiliation (régime général, régime agricole, régime des indépendants).

Les pharmaciens s'engagent à réserver le tiers payant aux seuls assurés acceptant la substitution ou pour lesquels le médecin prescripteur a porté la mention « non substituable » sur l'ordonnance. Cette mention doit alors être manuscrite, écrite en toutes lettres et placée en face de chacune des lignes de prescription auxquelles elle s'applique.

En cas de refus par l'assuré de la substitution, outre le fait qu'il doit dans ce cas vous régler le montant du (des) médicament(s) de marque concerné(s), le pharmacien doit également établir une feuille de soin papier pour les médicaments ayant fait l'objet d'un refus de substitution. L'assuré l'adressera, accompagnée du double de l'ordonnance, à sa caisse d'Assurance maladie pour se faire rembourser.

Pour chaque pharmacie, une ROSP individuelle est calculée sur la période de référence « de départ » qui est le second semestre de l'année 2015. Cette référence est valable jusqu'à fin 2017.

Pour chaque pharmacie, la période de référence « d'arrivée » est l'année N. Les molécules adossées à ces indicateurs sont déterminées par les parties signataires en fonction des économies potentielles restant à réaliser sur le niveau de substitution et sont révisées tous les ans.

NUM INDICATEUR	INDICATEUR	SEUIL BAS	TAUX DE DEPART	SEUIL INTERM.	SEUIL INTERM. 2	SEUIL INTERM. 3	ECONOMIE POTENTIELLE
1	ATORVASTATINE	75%	80%	85%	90%	95%	21.6 M€
2	ESOMEPRAZOLE	75%	80%	85%	90%	95%	15.4 M€
3	CLOPIDOGREL	72%	77%	82%	87%	92%	13.2 M€
4	OMEPRAZOLE	75%	80%	85%	90%	95%	11.2 M€
5	OLANZAPINE	75%	80%	85%	90%	95%	10.8 M€
6	ESCITALOPRAM	75%	80%	85%	90%	95%	10.1 M€
7	PRAVASTATINE	75%	80%	85%	90%	95%	9.9 M€
8	MONTELUKAST	75%	80%	85%	90%	95%	8.2 M€
9	SIMVASTATINE	75%	80%	85%	90%	95%	7.9 M€
10	TRAMADOL + PARACETAMOL	75%	80%	85%	90%	95%	7.8 M€
11	PANTOPRAZOLE	75%	80%	85%	90%	95%	7.1 M€
12	METFORMINE	75%	80%	85%	90%	95%	5.0 M€
13	RAMIPRIL	75%	80%	85%	90%	95%	4.8 M€
14	NEBIVOLOL	75%	80%	85%	90%	95%	4.7 M€
15	CEFPODOXIME	75%	80%	85%	90%	95%	4.2 M€
16	LANSOPRAZOLE	70%	75%	80%	85%	90%	5.3 M€
17	LERCANIDIPINE	75%	80%	85%	90%	95%	4.1 M€
18	ANASTROZOLE	61%	66%	71%	76%	81%	7.0 M€
19	GLICAZIDE	74%	79%	84%	89%	94%	4.3 M€
20	IRBESARTAN	75%	80%	85%	90%	95%	4.0 M€
21	RABEPRAZOLE	75%	80%	85%	90%	95%	3.6 M€
22	LETROZOLE	61%	66%	71%	76%	81%	5.9 M€
23	CANDESARTAN	75%	80%	85%	90%	95%	3.4 M€
24	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	75%	80%	85%	90%	95%	3.3 M€
25	VENLAFAXINE	75%	80%	85%	90%	95%	3.2 M€
26	IRBESARTAN + HCTZ	75%	80%	85%	90%	95%	3.2 M€
27	REPAGLINIDE	75%	80%	85%	90%	95%	3.0 M€
28	Reste du répertoire	75%	80%	85%	90%	95%	112.3 M€

Figure 8. Liste des molécules dans le répertoire au 30 juin 2015 de l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale

Principe de calcul de la ROSP génériques [2]:

1. La rémunération individuelle du pharmacien d'officine pour chacun des indicateurs est proportionnelle au nombre de conditionnement (corrigé des grands conditionnements qui comptent pour 3 conditionnements) délivrés sur la période de référence « d'arrivée ». Elle est nulle dans le cas où aucune boîte n'a été délivrée par la pharmacie pour cette molécule.
2. Dans le cas où, pour un pharmacien considéré, son volume de départ est nul soit parce qu'il n'a vendu aucune boîte soit qu'il n'était pas titulaire de l'officine considérée, le taux de substitution de départ du pharmacien est considéré égal au taux de départ fixé pour chacun des indicateurs concernés.
3. Pour les nouvelles molécules, le taux de départ est calculé sur la moyenne des mois où le générique de la molécule est commercialisé sur la période de référence.

Le taux d'arrivée et les volumes de la période de référence sont calculés sur la moyenne des mois où la molécule est commercialisée sur la période de référence.

Dans les cas où le générique de la molécule n'est pas commercialisé sur la période de référence de départ, le taux de départ pour chaque pharmacien est égal à zéro.

4. Pour chaque indicateur le taux de réalisation t est calculé en fonction du taux de substitution de départ individuel du pharmacien, de son niveau d'arrivée ainsi que des seuils bas et seuils intermédiaires par molécule, indiqués dans le tableau (figure 8):

- Cas n°1 : le taux de substitution d'arrivée constaté est inférieur au seuil bas, le taux de réalisation est nul ($t = 0$);
- Cas n°2 : le taux de substitution de départ est inférieur au seuil bas et le taux de substitution d'arrivée constaté est inférieur au seuil intermédiaire. Dans ce cas, le taux de réalisation est calculé sur la progression par rapport au seuil bas.

$$\text{taux de réalisation} = 58\% \times \left(\frac{\text{taux d'arrivée} - \text{seuil bas}}{\text{seuil intermédiaire} - \text{seuil bas}} \right)$$

Dans ce cas, le taux de réalisation est compris entre 0 % et 58 %.

- Cas n°3 : le taux de substitution de départ est supérieur au seuil bas mais inférieur au seuil intermédiaire et le taux de substitution d'arrivée constaté est inférieur au premier seuil intermédiaire. Dans ce cas, le taux de réalisation est calculé sur la progression par rapport au taux de substitution de départ du pharmacien.

$$\text{taux de réalisation} = 58\% \times \left(\frac{\text{taux d'arrivée} - \text{taux de départ}}{\text{seuil intermédiaire} - \text{taux de départ}} \right)$$

Dans ce cas, le taux de réalisation est compris entre 0 % et 58 %.

- Cas n°4 : le taux de substitution d'arrivée constaté est inférieur au taux de départ et le taux d'arrivée est inférieur au seuil intermédiaire. Dans ce cas, la progression étant négative et le niveau atteint inférieur au seuil intermédiaire, le taux de réalisation est égal à 0.
- Cas n°5 : le taux d'arrivée constaté est supérieur au premier seuil intermédiaire mais inférieur au second seuil intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au niveau de substitution d'arrivée.

$$\text{taux de réalisation} = 58\% + 17\% \times \left(\frac{\text{taux d'arrivée} - \text{seuil intermédiaire1}}{\text{seuil intermédiaire2} - \text{seuil intermédiaire1}} \right)$$

Dans ce cas, le taux de réalisation est compris entre 58 % et 75 %.

- Cas n°6 : le taux d'arrivée constaté est supérieur au second seuil intermédiaire mais inférieur au troisième seuil intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au niveau de substitution d'arrivée.

$$\text{taux de réalisation} = 92\% + 8\% \times \left(\frac{\text{taux d'arrivée} - \text{seuil intermédiaire3}}{100\% - \text{seuil intermédiaire3}} \right)$$

Dans ce cas le taux de réalisation est compris entre 75 % et 92%.

- Cas n°7 : le taux d'arrivée constaté est supérieur au troisième seuil intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au niveau de substitution d'arrivée.

$$\text{taux de réalisation} = 92\% + 8\% \times \left(\frac{\text{taux d'arrivée} - \text{seuil intermédiaire3}}{100\% - \text{seuil intermédiaire3}} \right)$$

Dans ce cas le taux de réalisation est compris entre 92 % et 100 %.

5. En fonction du taux de substitution atteint par indicateur par le pharmacien, un score par indicateur est mis en place qui prend la valeur :

- -1 si le taux d'arrivée est inférieur au seuil bas
- 0 si le taux d'arrivée est compris entre le seuil bas et le seuil intermédiaire
- +1 si le taux d'arrivée est supérieur au seuil intermédiaire

Ainsi, un score est calculé pour chaque indicateur et le score final correspond à la somme des n scores calculés par indicateur (i) :

$$\text{score final} = \sum_1^n \text{score } i$$

Le score final est ensuite utilisé pour définir la valeur du coefficient (C) à appliquer à la rémunération. En fonction de la répartition des scores, ce coefficient est compris entre $1-\alpha$ et $1+\alpha$. La valeur de α est fixée à 0,2. Elle est valable jusqu'à fin 2017.

$$C = 1 + \left(\left(\frac{\text{score final}}{n} \right) \times \alpha \right)$$

Ainsi, pour les pharmaciens qui ont des scores positifs, c'est-à-dire plus d'indicateurs au-dessus des seuils intermédiaires que d'indicateurs en dessous du seuil bas, quel que soit le nombre d'indicateurs entre le seuil bas et le premier seuil intermédiaire (situation neutre), la rémunération globale est pondérée par un coefficient compris dans l'intervalle $]1, 1+\alpha]$

A l'opposé, pour les pharmaciens qui ont des scores négatifs, c'est-à-dire plus d'indicateurs en dessous du seuil bas que d'indicateurs au-dessus du 1er palier de seuil intermédiaire, quel que soit le nombre d'indicateurs entre le seuil bas et les seuils intermédiaires (situation neutre), la rémunération globale est pondérée par un coefficient compris dans l'intervalle $[1-\alpha, 1[$.

Enfin, un pharmacien qui a un score nul soit parce qu'il a l'ensemble de ses indicateurs entre le seuil bas et l'intermédiaire et/ou parce qu'il a autant d'indicateurs en dessous du seuil bas que d'indicateurs au-dessus du seuil intermédiaire, se trouve dans une situation neutre : sa rémunération globale reste inchangée.

Formule de calcul de la rémunération de l'objectif :

La rémunération du pharmacien i pour l'indicateur de la molécule m est ainsi calculée sur la base :

- des volumes, mesurés en nombre de boîtes, corrigés des grands conditionnements, du pharmacien : $VOL_{i,m}$;
- du total du nombre de boîtes, corrigé des grands conditionnements, remboursés tous régimes, France entière pour la molécule m : VOL_{totm} ;
- de l'économie potentielle liée à la ou les molécule(s) indiquée dans le tableau (figure 8) : ECO_m ;
- α : le coefficient maximum de redistribution fixé à 0,6, pour l'atteinte d'un taux de substitution de 100 %, modulé en fonction du taux de réalisation du pharmacien.

En posant :

i = le pharmacien ;

m = l'indicateur par molécule(s) ;

$t_{i,m}$ = le taux de réalisation atteint par le pharmacien i sur la molécule m ;

$VOL_{i,m}$ = les volumes de vente (nombre de boîtes corrigées des grands conditionnements) du pharmacien i pour la molécule m ;

VOL_{totm} = les volumes de vente totaux de la molécule m ;

ECO_m = l'économie potentielle.

La rémunération d'un pharmacien i pour une molécule m s'écrit de la façon suivante :

$$\text{Rémunération}_{i,m} = t_{i,m} \times VOL_{i,m} \times \alpha \times ECO_m / VOL_{totm}$$

Le versement de la rémunération est effectué à l'issue du premier trimestre de l'année n + 1 sur la base des résultats obtenus au cours de l'année n par le pharmacien.

Par ailleurs d'après la convention, afin d'éviter les risques éventuels de confusion entre les médicaments liés à la différence de conditionnement et de forme galénique, le pharmacien s'engage à garantir au patient de plus de 75 ans, la délivrance dans son officine de la même marque, pour un médicament générique donné.

Cet engagement s'apprécie sur l'année civile et la stabilité est mesurée pour chacune des molécules (figure 9).

NUMÉRO INDICATEUR D'EFFICIENCE	INDICATEUR
1	ATORVASTATINE
3	CLOPIDOGREL
5	OLANZAPINE
6	ESCITALOPRAM
7	PRAVASTATINE
8	MONTELUKAST
9	SIMVASTATINE
12	METFORMINE
13	RAMIPRIL
14	NEBIVOLOL
17	LERCANIDIPINE
18	ANASTROZOLE
19	GLICLAZIDE
20	IRBESARTAN
22	LETROZOLE
23	CANDESARTAN
25	VENLAFAXINE
26	IRBESARTAN + HCTZ
27	REPAGLINIDE

Figure 9. Listes des molécules pour mesurer la stabilité de la délivrance des médicaments génériques

La rémunération calculée précédemment est accordée dès lors que 90 % des patients visés se voient délivrer une seule marque de médicament générique au cours de la période de référence.

Si l'objectif atteint par le pharmacien est strictement inférieur à 95 % tout en étant au moins égal à 90 %, sa rémunération est majorée de 10 % pour les molécules concernées par l'atteinte de ce taux. Si le pharmacien atteint les 95 % de patients stabilisés sur la période de référence, sa rémunération est majorée de 20 % pour les molécules concernées par l'atteinte de ce taux.

Si ce taux de 90% n'est pas atteint, la rémunération du pharmacien, telle que définie ci dessus, est réduite de 20%, uniquement pour les molécules pour lesquelles le pharmacien n'a pas atteint le taux de stabilité fixé.

Afin que des évènements indépendants de la volonté du pharmacien ne le pénalisent pas dans l'atteinte de ce taux de stabilité, ce dernier est calculé en tenant compte des changements de noms de marque, des rachats et/ou fusions de laboratoires et des ruptures d'approvisionnement.

Pour les médicaments dont le taux de substitution n'était pas suffisant, un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) a été mis en place par le ministère de la santé pour encourager le patient à accepter les génériques.

Il s'agit d'un tarif de référence unique fixé pour un groupe de spécialités et calculé sur la base du prix le plus bas du groupe générique. En cas de refus de générique par l'assuré, le dépassement sur le princeps reste alors à sa charge.

Le montant de la ROSP pour la substitution générique réalisée en 2015 est de 136 millions d'euros, c'est un peu moins qu'en 2014 (143 millions d'euros). La ROSP générique négociée par les syndicats s'élève à 140 millions d'euros pour 2016 et 2017.

En moyenne, la ROSP générique 2016 représente donc un peu moins de 6 000 euros par officine. Elle a été versée à partir du 15 mai 2017 et donc en retard sur les délais prévus dans la convention.

C- Valorisation de la feuille de soin électronique

Le pharmacien perçoit une contribution à la feuille de soin électronique (FSE), d'un montant de 0,05 €, par FSE élaborée, émise et reçue par les caisses selon les spécifications du système SESAM-Vitale. Dès lors qu'il télétransmet les FSE en version 1.40, cette contribution est fixée à 0,064 € par FSE.

Cette contribution est versée annuellement et au plus tard au mois de mars, pour l'année précédente, par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de la pharmacie pour l'ensemble des régimes.

D- Incitation forfaitaire à la numérisation et à la télétransmission

Un montant de 418,60 € est versé annuellement pour les pharmaciens, qui numérisent les pièces justificatives (ordonnance et FSE) et qui les adressent à la caisse soit par télétransmission, soit sur un support CD-ROM.

Les versements interviennent au plus tard au mois de mars de chaque année au titre de l'année N – 1. Le paiement est effectué par la caisse de rattachement de la pharmacie pour l'ensemble des régimes.

E- Contribution au numéro RPPS du prescripteur hospitalier transmis par FSE

Un engagement des pharmaciens porte sur la transmission du numéro d'identification des prescripteurs hospitaliers au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

L'objectif de cette nouvelle ROSP est d'inciter les pharmaciens à transmettre ce numéro RPPS dans la norme de facturation, afin de favoriser les actions relatives à la pertinence des prescriptions hospitalières exécutées en ville.

Volumes de n° RPPS transmis par FSE	Montant de la contribution par RPPS transmis
< = 1000	0,15€
1001 à 2000	0,12€
2001 à 3000	0,10€
3001 à 4000	0,07€
> 4000	0,05€

Figure 10. Barème de la contribution du pharmacien d'officine sur la contribution au numéro RPPS transmis

Cette contribution dégressive est acquise par tranche de volume de numéros RPPS transmis par FSE, quel que soit le volume total de numéros transmis sur l'année de référence.

Elle est conditionnée à la conformité des numéros d'identification FINESS et RPPS présents sur l'ordonnance et ceux transmis à la caisse.

Elle est versée annuellement à l'issue du 1er trimestre de l'année N+1 par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de la pharmacie pour l'ensemble des régimes. Pour 2016, elle représente en moyenne 178€ par officine.

Section III : Honoraires de garde

L'indemnisation des astreintes des pharmaciens, par l'assurance maladie, les dimanches, jours fériés et nuits est de 150€. Cette indemnisation a été revalorisée ces dernières années pour s'aligner sur celle des médecins et pour conforter l'accès des patients aux médicaments.

De plus le pharmacien est rémunéré aussi par un honoraire à l'ordonnance fixé comme suit:

- la nuit de 20 heures à 8 heures: 8 €;
- les dimanches et jours fériés, de 8 heures à 20 heures : 5 €;
- le jour, en dehors des jours et heures normaux d'ouverture, de 8 heures à 20 heures: 2 €.

Ces honoraires ne pourront être perçus que si les produits de santé sont délivrés en dehors des heures normales d'ouverture, ce qui exclut leur perception :

- dans les pharmacies qui se déclarent ouvertes la nuit ou une partie de la nuit ;
- dans les pharmacies assurant un service de garde par roulement la nuit, aux heures où ces pharmacies sont normalement ouvertes au public ;
- dans les pharmacies assurant la garde du dimanche et des jours fériés quand elles restent ouvertes au public.

Chaque pharmacien ayant effectué une ou plusieurs permanences doit se connecter au service PGarde/PEGASE, il valide sa « Demande de paiement des gardes » et déclenche ainsi le processus de paiement. Il peut télécharger et imprimer un récapitulatif de cette demande. Il recevra alors un accusé de réception électronique de sa demande.

La caisse primaire verse au pharmacien le montant dû au titre des gardes et urgences dans les cinq jours calendaires à compter de la demande de paiement adressée via le portail de l'assurance maladie.

[Section IV : Participation au service de télé mise à jour des cartes vitales](#)

L'assurance maladie propose des aides financières pour les pharmacies proposant un service de télé mise à jour des cartes vitales.

Le pharmacien loue le matériel de télé mise à jour dont il a le libre choix parmi les solutions homologuées par le GIE SESAM-Vitale. Les caisses accordent une participation financière sous la forme d'un montant annuel couvrant le coût du service, la maintenance de l'équipement et les frais de communication téléphonique. Une seule participation par officine peut être versée.

Le montant de la participation est de 382,72 € TTC, sauf si les frais réels supportés par le pharmacien sont inférieurs à cette somme, auquel cas cette participation sera plafonnée au montant des frais réels acquittés par le pharmacien.

L'aide à l'outil de télé mise à jour est versée en deux fois, soit en janvier et en juillet de chaque année.

A la demande du pharmacien, la caisse primaire prend aussi en charge l'abonnement d'une ligne téléphonique supplémentaire dédiée uniquement au service de la télé mise à jour et prend en charge, l'achat d'un support sur pied du matériel.

Pour l'abonnement téléphonique, le montant maximum de l'aide en France métropolitaine est de 129,31€ TTC par semestre versé en janvier et juillet le semestre suivant.

Pour l'aide à l'achat d'un support sur pied, le montant de l'aide est égal au montant réel du support sur pied facturé dans la limite d'un montant maximum de 47,84€ TTC versé sur présentation de la facture.

Section V : Médicaments non remboursables

Les médicaments non remboursables sont soit des produits non inscrits sur la liste des substances vénéneuses et dispensables sans ordonnance, qui appartiennent alors à la liste des médicaments de médication officinale destinés à traiter des pathologies courantes mais qui doivent s'accompagner des conseils du pharmacien, soit des produits à prescription obligatoire mais non remboursés par la sécurité sociale.

Ces médicaments ont un taux de TVA de 10 % et représentent 6,18% du CA de la pharmacie d'officine [3]. Ils sont sous monopole officinal et leur prix est libre.

Ils font partie intégrante de la rémunération du pharmacien en effet, jusqu'en 1987, année de la libération des prix, les médicaments d'automédication généraient une valeur ajoutée conséquente, dont les remises obtenues sont intégralement perçues par le pharmacien.

Mais la libération des prix a amené une augmentation de la concurrence entre officines et une diminution des prix de vente. Les prix baissant, la valeur ajoutée apportée par ces médicaments est allée en diminuant régulièrement.

Pour compenser les pertes de valeur ajoutée occasionnées par les baisses de prix le pharmacien se retrouve dans l'obligation d'augmenter ses volumes de ventes.

L'automédication représente dans la majorité des officines une petite partie de la rémunération du pharmacien, mais elle est importante dans les stratégies de développement des officines car les prix sont libres et les prix d'achat négociables en

fonction des volumes. C'est un marché en croissance de 4,6% en 2016 et c'est la solution de santé choisie par les français en premier recours [6].

Section VI : Dispositifs médicaux

Un dispositif médical (DM) est « tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, utilisé chez l'être humain pour le diagnostic, la prévention, le traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, ou d'étude ou remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique.

Il est destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, immunologiques, métaboliques, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens » (article L. 5211-1 du Code de la Santé Publique).

Les principales familles de dispositifs médicaux que le pharmacien est amené à délivrer sont pour le traitement des plaies, la compression médicale, l'appareillage en traumatologie, la rhumatologie et la rééducation, l'auto-injection du diabétique, l'incontinence et la stomie. Certaines pharmacies se sont spécialisées dans l'accompagnement du malade à domicile et peuvent aussi fournir des lits médicalisés ou des fauteuils roulants. Le marché du DM à l'officine est difficile à définir et peu de données chiffrées existent. D'autant que, depuis quelques années, de nouveaux DM apparaissent à la frontière du médicament, comme des sprays nasaux ou des compléments alimentaires qui choisissent ce statut pour différentes raisons, notamment pour accéder au marché plus facilement ou pour communiquer sans contrainte réglementaire. Ces produits sont à la limite du médicament mais se présentent comme des DM car leur commercialisation ne nécessite qu'un marquage CE. Ce marquage CE est moins contraignant à obtenir qu'une AMM qui, elle, est nécessaire à la commercialisation d'un médicament.

L'un des problèmes rencontrés par les officinaux sur le marché des dispositifs médicaux est la pratique encore trop courante de captation de marchés par des prestataires de services, avant même la sortie d'hôpital des patients qui vont avoir besoin de matériel médical à domicile [7].

La prise en charge par l'Assurance Maladie des produits ou prestations, autres que les médicaments, nécessite leur inscription sur la liste des produits et prestations

remboursables (LPPR). Cette liste comprend une nomenclature, un cahier des charges et un tarif de remboursement.

Le prix public est libre si le produit n'est pas remboursable c'est-à-dire qu'il n'est pas inscrit sur la LPPR.

Si le produit est remboursable, le prix public sera égal, supérieur ou inférieur au tarif de responsabilité qui est la base du remboursement. Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation et la Comité économique des produits de santé (CEPS). Il peut être le cas échéant, le prix public.

Section VII : Parapharmacie

Avant 1987, la parapharmacie dégageait une valeur ajoutée importante, à l'instar de l'automédication, la parapharmacie permettait au pharmacien d'améliorer sa marge commerciale.

Après la libération des prix, la vente de produit de parapharmacie est ouverte en 1988 en dehors des pharmacies. En raison de la guerre des prix avec les autres distributeurs, les marges diminuent. Cette caractéristique est toujours d'actualité. La concurrence étant toujours aussi féroce, la valeur ajoutée des produits parapharmacie diminue régulièrement. C'est un modèle de faible marge mais de forte vente.

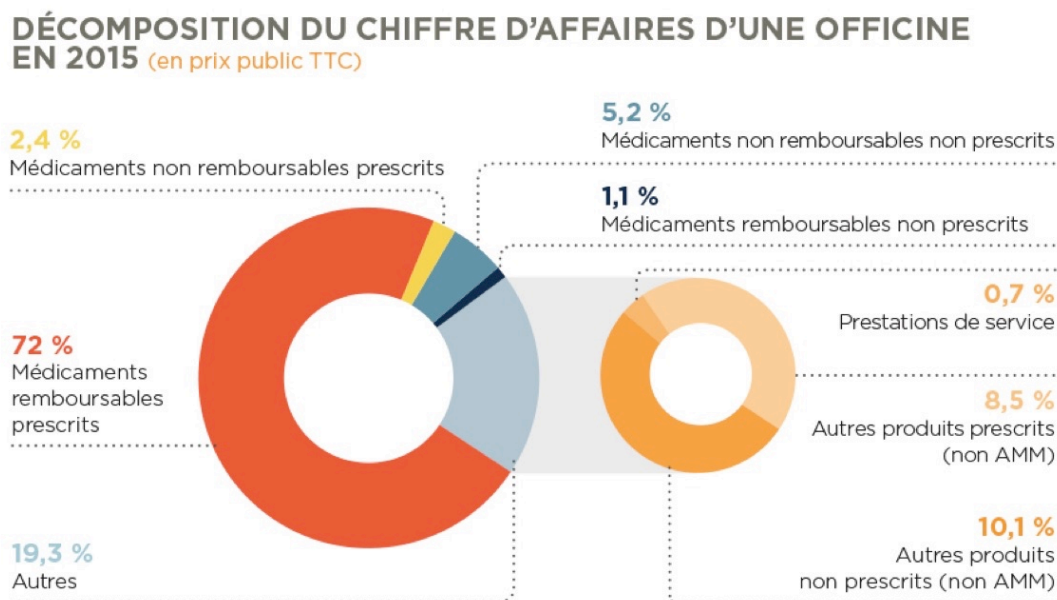
La parapharmacie est un des axes de développement prioritaire pour beaucoup de pharmaciens qui voient ainsi la possibilité d'améliorer leur chiffre d'affaires et leur rémunération.

La parapharmacie représente moins de 10,6%¹ des ventes à l'officine, mais bénéficie d'un niveau de marge libre et constitue donc un segment sur lequel il est possible d'améliorer sa rentabilité.

Depuis 1987, la libération des prix a fait entrer le pharmacien libéral sur le marché concurrentiel de la distribution. Médication familiale, médicaments déremboursés, parapharmacie représentent une part non négligeable du chiffre d'affaires de beaucoup de pharmacies.

¹ 10,6% des ventes à l'officine sont des produits avec une TVA de 20% mais cette catégorie ne comprend pas uniquement des produits de parapharmacie. Pharmacies - Moyennes Professionnelles 2016 - 24^e édition KPMG

Les remises obtenues sur ces produits font baisser les prix d'achats et sont répercutées sur les prix de vente tout en conservant un même taux de marge pour le pharmacien. Le pharmacien libéral doit compenser cette perte de valeur ajoutée, qu'il a occasionnée en procédant de cette façon, par une augmentation des volumes de vente. Le résultat étant que si le chiffre d'affaires peut augmenter dans ce cadre, la marge et donc la rémunération n'augmentent pas.



Source : FSPF d'après Pharmastat

D'après les premiers chiffres issus des bilans de pharmacie 2016 du réseau Conseil Gestion Pharmacie (CGP) de 1715 officines, la vente de médicaments remboursables diminue encore de 2,19% en 2016 et tous les autres secteurs d'activités augmentent. Cette baisse de chiffre d'affaires correspond au transfert de marge qui résulte de la réforme vers les nouveaux honoraires. Dans ce contexte, c'est par l'honoraire de dispensation, et notamment par son passage de 0,80 à 1 euro, que l'officine tire son épingle du jeu en 2016. De toute évidence, la hausse de 19,50 % du volume de la rémunération hors marge commerciale (honoraires de dispensation et ROSP), soit 146 572 euros, a largement contribué à la croissance de 0,38 % du chiffre d'affaires global moyen de l'officine (1,806 million d'euros HT) dans le réseau CGP. En calculant le chiffre d'affaires des ventes TVA à 2,1% plus celui des honoraires de dispensation et de la ROSP, la somme moyenne sur le réseau CGP est en diminution sur 2016 (figure 11) [8].

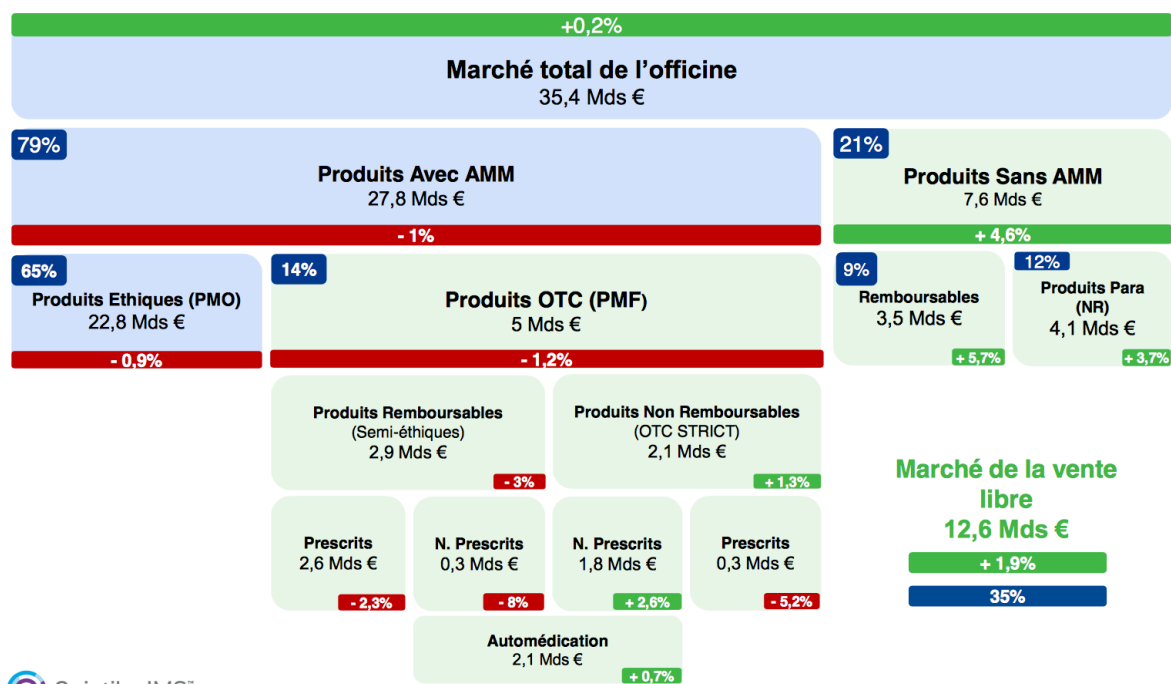
	2016	2015	Variation (%)
Ventes totales HT	1626,7	1635,3	-0,53%
Ventes TVA à 2,1%	1146,7	1172,4	-2,19%
Honoraires de dispensation + ROSP	146,6	122,7	+19,50%
Ventes TVA à 2,1% + honoraires + ROSP	1293,3	1295,1	-0,14%
Ventes TVA à 5,5%	158,4	151,4	+4,56%
Ventes TVA à 10%	112	111,3	+0,62%
Ventes TVA à 20%	209,7	200,2	+4,74%
Coopérations commerciales	33,1	41,6	-20,39%
Ventes + prestations	1806,4	1799,5	+0,38%

Figure 11. Evolution du chiffre d'affaires en k€ des pharmacies sur le réseau CGP

Les honoraires semblent donc jouer un rôle d'amortisseur à la baisse des prix des médicaments remboursables. Mais l'évolution de la rémunération du pharmacien sur le médicament remboursable reste difficile à appréhender [9].

L'état des lieux du marché officinal

De septembre 2015 à Août 2016



Le CA des ventes d'une officine se décompose en deux grandes catégories, la plus importante est celle des médicaments et la deuxième celle des produits non médicamenteux qui représentent moins d'un quart du marché officinal. On constate que le marché des produits remboursables ou prescrits est en baisse en raison de la diminution des prix et des remboursements, et de l'incitation à une diminution des prescriptions auprès des médecins par les pouvoirs publics. Le marché de la vente libre est alors en croissance et devient le seul levier sur lequel le pharmacien peut s'appuyer pour maintenir sa rémunération.

Chapitre III : Honoraires de dispensation : retour sur la nouvelle rémunération

Section I : Pourquoi une nouvelle rémunération?

En mars 2012, les négociations entre les syndicats représentatifs de la profession de pharmacien et l'assurance maladie, pour l'établissement d'une convention nationale d'une durée de 5 ans ont commencé. Cette nouvelle convention a marqué une véritable évolution du métier de pharmacien, avec pour but la revalorisation du rôle du pharmacien en santé publique et une meilleure prise en charge des malades.

Cette reconnaissance se traduit par la création de modes de rémunération diversifiés portant notamment sur des engagements individualisés de qualité, d'efficacité et de modernisation. En effet face aux baisses de prix des médicaments, la profession a voulu la mise en place d'une rémunération déconnectée du prix du médicament et destinée à valoriser l'acte de dispensation.

Les deux parties ont convenu de modifier peu à peu les revenus des pharmaciens pour aboutir à une rémunération par honoraire représentant un quart des revenus de la profession sur le médicament remboursable.

La mesure est entrée en vigueur le 1er janvier 2015. Des trois syndicats majoritaires, la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) fût la seule signataire de cet avenant. L'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF) ayant refusé de signer [10].

Section II : Point de vue des patients

Pour le patient l'arrivée des honoraires de dispensation entraîne quelques modifications.

L'honoraire de dispensation est pris en charge par l'assurance maladie ainsi que par l'organisme complémentaire au même taux que le médicament auquel il est appliqué.

Quant à l'honoraire pour ordonnance complexe, qui est appliqué aux ordonnances à partir de cinq lignes, il est intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Le pharmacien doit imprimer au dos de l'ordonnance le ticket Vitale. Le ticket Vitale précise le détail de la somme à payer par l'assuré et de la partie prise en charge par

l'assurance maladie et la complémentaire santé. On y trouve les détails des honoraires de dispensation.

En l'absence de mutuelle et lors de l'achat d'un médicament remboursable sans ordonnance, le patient doit s'acquitter de l'honoraire par conditionnement.

Le tarif des nouveaux honoraires perçus doit être porté à la connaissance des patients dans toutes les officines, soit par voie d'affichage, soit par le biais d'un catalogue tenu à sa disposition.

En effet les médicaments exposés à la vue du public font l'objet d'un « affichage visible et lisible » et pour ceux qui sont disponibles en libre accès, l'affichage peut être remplacé par un étiquetage.

Dans le cas des médicaments non exposés à la vue du public, l'information portant sur le prix et le taux de prise en charge par l'assurance maladie s'effectue par un étiquetage ou par la mise à disposition d'un catalogue librement accessible par le patient. Ce catalogue peut prendre la forme d'une liste de médicaments ou d'une base de données mise à disposition dans l'officine, y compris une base de données publique.

L'affichage doit mentionner la possibilité de la perception d'honoraires de dispensation lors de la vente de médicaments. Un document lisible pour le consommateur doit être apposé, dans les pharmacies avec la mention « Le prix des médicaments non remboursables est libre. Le prix des médicaments remboursables est réglementé. Au prix des médicaments, peut s'ajouter, dans les conditions définies par la réglementation, un honoraire de dispensation par conditionnement et par ordonnance. A votre demande, un justificatif de paiement peut vous être remis. », en accord avec l'arrêté du 28 novembre 2014 relatif à l'information du consommateur sur le prix des médicaments dans les officines de pharmacie Journal Officiel du 4 février 2015 [11].

Les informations sur le prix des médicaments sont aussi disponibles pour le grand public sur le site www.medicaments.gouv.fr mais aussi grâce à l'application mobile medicaments.gouv qui permet de scanner les médicaments et d'être orienté vers la base de données publiques du médicament [12].

Mais certains pharmaciens regrettent que l'honoraire ne soit pas intégré directement au prix du médicament. En effet, lors de la facturation, celui-ci figure sur une ligne à part, même quand ces derniers ne font pas l'objet d'une ordonnance. Ils sont donc visibles sur

le ticket Vitale mais aussi sur le ticket de caisse remis à la demande du patient lors de la délivrance d'une spécialité à laquelle s'applique les honoraires.

En effet les pharmaciens s'inquiètent de leur présentation au public et surtout de leur compréhension. Car la présentation de cet honoraire peut faire penser à un supplément.

Et les médias provoquent parfois le trouble comme avec cet article de l'Humanité du 15 mai 2015 intitulé « Révélation. Un nouveau racket sur le dos des malades » [13], qui véhicule l'idée d'un racket en informant sur l'honoraire du pharmacien. Mais les médias omettent d'expliquer que cet honoraire provient d'un transfert de marge des médicaments remboursables dont le prix a baissé.

Si l'honoraire était intégré au prix administré du médicament, il serait donc « invisible » et par conséquent obligatoire pour toute la profession. Il en résulterait probablement plus de clarté et d'égalité. En effet certains groupements de pharmacie comme « Univers pharmacie » proposent de ne pas facturer l'honoraire sur les médicaments remboursables vendus sans ordonnance en contrepartie de l'achat d'une carte de fidélité de 25€ [14]. Mais le groupement se défend en indiquant qu'ils font simplement prépayer l'honoraire lors du paiement de la carte de fidélité.

Les syndicats réclament donc l'intégration de l'honoraire dans le prix public du médicament pour faciliter l'affichage du prix, la compréhension par les patients et éviter toute dérive de la profession [15].

Section III : Point de vue et analyse des acteurs de l'officine [16]

Suite à la mise en place des honoraires de dispensation en 2015 puis 2016, les syndicats qui n'ont pas signé l'avenant (qui sont l'USPO et l'UNPF) dénoncent une réforme en « trompe l'œil » [17]. Car selon eux, cette réforme ne protège pas la profession des baisses de prix, elle n'augmente la rémunération officinale que sur les produits au prix fabricant HT inférieur à 1,81€ qui ne constituent que 11% des médicaments délivrés. De plus les taux des tranches intermédiaires de la marge dégressive lissée ont été abaissés.

Le tour de passe-passe de l'honoraire de dispensation

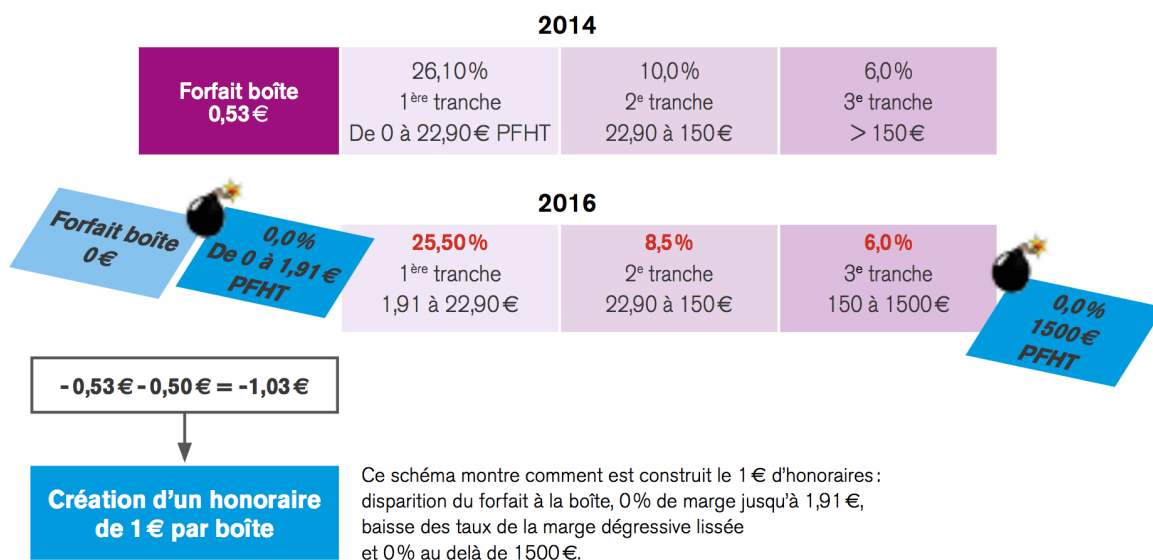


Figure 12. Infographie de l'USPO sur l'honoraire de dispensation [17]

L'USPO dénoncent une connexion encore trop forte entre la rémunération et les volumes de vente. Ils proposent en lieu et place une rémunération, non pas au conditionnement mais à l'ordonnance et donc à l'acte de dispensation. En effet les prescripteurs subissent une pression pour réduire le nombre de lignes sur les ordonnances, l'honoraire par conditionnement et l'honoraire complexe de 0,50€ par ordonnance de plus de 5 lignes ne sont donc pas des honoraires à renforcer.

D'après Gilles Bonnefond, président de l'USPO la réforme de la rémunération est un « échec total. L'idée était de modifier la marge, pour mettre en avant le professionnel de santé qu'est le pharmacien, avec la mise en place d'un honoraire qui serait protecteur par rapport à la baisse des prix. Malgré la réforme, notre marge continue d'être dépendante des prix et des volumes. Ce qui a été fait est l'inverse de ce que nous avons dit, l'officine allant droit dans le mur » note-t-il.

La FSPF, syndicat majoritaire a été le seul signataire de l'avenant n°5 à la convention. Il revendique quant à lui l'impact positif des honoraires et une réforme positive. La FSPF défend la signature de cet avenant en indiquant que sans aucune réforme ou modification de la rémunération du pharmacien, la baisse de rémunération aurait été plus importante, en raison de la baisse de prix des médicaments.

JANVIER 2015 : Résultats d'une pharmacie moyenne (étude Pharmastat)

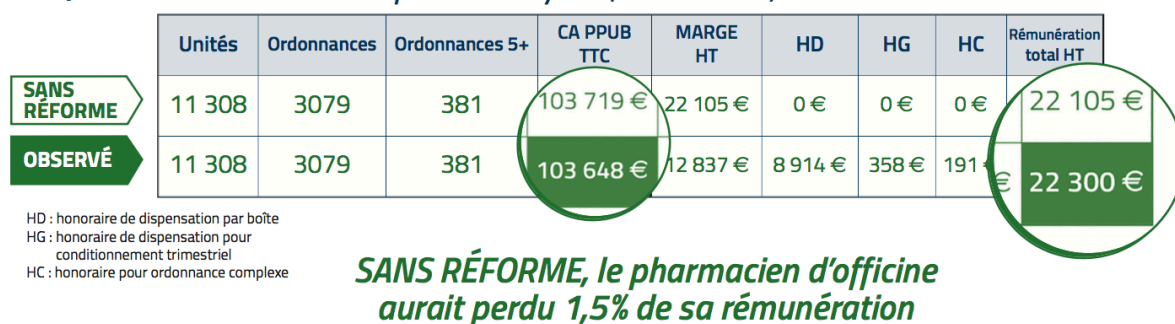


Figure 13. Infographie de la FSPF sur la réforme de la nouvelle rémunération (Communiqué de Presse du 10 mars 2015)

Malgré leurs désaccords sur les honoraires, les syndicats réclament de nouvelles négociations. En effet, suite à la signature de ces avenants, de nouvelles baisses de prix des médicaments ont été annoncées par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2015. Ces baisses de prix ne sont pas compensées par les honoraires.

Un observatoire de suivi des honoraires a vu le jour parallèlement à la réforme. La première réunion officielle s'est déroulée le 22 septembre 2015 pour faire un premier bilan sur les données recueillies lors du premier semestre. Lors de cette réunion l'observatoire a été en accord avec les syndicats pour dire que la réforme ne compensait pas les baisses de prix. Et l'observatoire annonce une perte de 1,7% (marge + honoraires) sur le premier semestre 2015.

En revanche, l'observatoire affirme que sur les 12 derniers mois incluant donc les 6 premiers mois de 2015, les ressources globales du pharmacien (comprenant notamment les rémunérations complémentaires : ROSP, remises génériques, etc.) ont progressé de 0,5 % en valeur. Les syndicats contestent donc cette méthode de calcul qui prend en compte le CICE (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi) et effectue son calcul sur les 12 derniers mois versus l'année civile 2014 alors que la réforme a été instaurée au 1^{er} janvier 2015 soit sur la moitié de la période mesurée [18].

Plusieurs mois après la mise en place des honoraires, le premier bilan paraît mitigé, et les différents acteurs ne s'entendent pas sur les chiffres.

Pour le mois de janvier 2015, la FSPF avance un gain de 4,4 millions d'euros pour le réseau (chiffres IMS Health/Pharmastat) [19]. La marge pour le mois de janvier 2015 a donc été de 22 300 euros en moyenne par officine au lieu de 22 105 euros si la réforme n'avait pas été appliquée soit un gain de 195 euros en moyenne par officine.

La FSPF estime que si la réforme avait été appliquée dès le 1er janvier 2014, le gain pour l'année 2015 aurait été de 40 millions d'euros pour l'ensemble du réseau.

Pharmastat a estimé en avril 2015 que cette réforme ne protégeait pas le réseau des baisses de prix. Chiffres à l'appui, la société affirme qu'entre janvier 2014 et janvier 2015, la perte de marge brute s'est élevée à 2%.

Il résulte de ces premiers bilans le constat suivant : la réforme ne suffit pas à protéger les officines des baisses de prix.

Parallèlement à cela, un autre point de la réforme a été soulevé par les pharmaciens : les honoraires de dispensation sont soumis à TVA qui est fixée à 2,1%. Or ils soulignent que les honoraires perçus par les médecins pour leurs actes n'y sont pas soumis. Les honoraires de dispensation ayant été mis en place pour valoriser le travail de conseil du pharmacien, ils ne comprennent donc pas cette différence de traitement entre pharmacien et médecin. En revanche les éléments de la ROSP ne sont pas soumis à la TVA.

L'honoraire ne parvient pas à maintenir une rémunération constante et durable face aux baisses de prix des médicaments, à l'encadrement par la sécurité sociale des prescriptions médicales et aux éventuels changements de conditionnement faisant passer certaines spécialités d'une tranche basse de la marge dégressive lissée à une tranche supérieure. Et les baisses de prix vont se poursuivre.

Par ailleurs, il semble que les pharmaciens soient inquiets sur la possibilité de réajuster les honoraires. Pour le moment aucune réévaluation supplémentaire n'est prévue.

Cependant la perspective d'une revalorisation est une requête des syndicats de pharmaciens à la vue du premier bilan des honoraires. Ceux-ci demandent une revalorisation des honoraires ou une compensation sur la ROSP.

Le bilan est partagé par tous les acteurs de l'officine : la pharmacie est en souffrance et de nombreux indicateurs de l'économie de l'officine le montrent. En moyenne, les indicateurs d'évolution du CA, de la marge et de résultat stagnent ou régressent en 2015. Et les premiers chiffres des bilans de 2016 ne montrent pas de forte inversion de la tendance.

Mais le bilan aurait pu être catastrophique sans la mise en place des honoraires de dispensation. Le fait est que le bilan de la nouvelle rémunération, censée déconnecter en partie les revenus des pharmaciens des prix des médicaments, est en deçà de ce que les

syndicats espéraient. Il est maintenant urgent de passer à une nouvelle étape dont l'objectif est de continuer à détacher la rémunération des prix industriels et d'avoir une meilleure visibilité économique pour l'ensemble du réseau des officines.

Il faut cesser avec cette dynamique de perte et inverser la tendance pour renouer avec la croissance. Et les syndicats comptent pour cela sur la signature de la nouvelle convention pharmaceutique avec l'assurance maladie.

La ministre de la Santé et l'Assurance maladie sont disposées à faire évoluer la rémunération des pharmaciens, dans le cadre de la prochaine négociation de la convention pharmaceutique dont la première réunion a eu lieu le 22 février 2017.

Deuxième Partie : Analyse comparative internationale des modes de rémunération du pharmacien et expérimentations françaises

La pharmacie française est à la recherche d'évolution et la rémunération actuelle ne fait pas l'unanimité. Il paraît donc intéressant de comparer la rémunération et les missions du pharmacien dans d'autres pays pour changer de regard et imaginer la pharmacie française de demain.

Chapitre I : Méthodologie de l'analyse

Après avoir vu la rémunération actuelle du pharmacien français et ses limites. J'ai entrepris une recherche sur les différents types de rémunération du pharmacien dans d'autres pays en reprenant ici les modèles qui sont intéressants.

A partir de revues de la littérature, j'ai tout d'abord recensé les pratiques intéressantes en Europe puis à l'International et étudié leur possible mise en œuvre en France. Enfin j'ai recensé les expérimentations, qui ont eu lieu ou sont en cours en France, tels que de nouveaux services aux patients ou de nouvelles rémunérations.

Chapitre II : Modèles de rémunération dans quelques autres pays [20]

Section I : Pays de l'Union Européenne

En analysant les documents du Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), j'ai réalisé un tableau (figure 14) résumant la rémunération des prestations de pharmacie dans différents pays européens. J'ai repris les éléments les plus importants des rémunérations portant sur le médicament remboursable, élément principal de la rémunération des pharmaciens.

Pays	Rémunération des prestations des pharmacies
Allemagne	Marge en %, honoraire par ordonnance et par conditionnement délivré
Angleterre	Marge en % sur les achats, honoraires selon contrat avec le NHS, prestations et rabais
Autriche	Marge en % dégressive de 35,5% à 11,1%, rabais, différentes couleurs (Red, Green, Yellow, Dark Yellow) pour des médicaments avec une marge différente par boîte.
Belgique	Marge en % avec 2 niveaux, honoraires pour prestations
Danemark	Marge en %, rabais, honoraire fixe, divers honoraires pour prestations
Finlande	Marge en %; ristourne des pharmacies à l'Etat pour grandes pharmacies, de 0 à max. 11%; pas de ristourne pour petites pharmacies
France	Marge en % selon les échelons de prix, honoraires fixes, marge plus élevée sur les génériques
Grèce	Marge de 12 à 22% + rabais
Italie	Marge en % de 9,5 à 25,2%; les pharmacies de campagne ont des marges supérieures; en outre honoraires pour div. prestations telle que remise de générique
Pays-Bas	Honoraires pour prestations + rabais
Suède	Marge en % fixée par l'état

Figure 14. Rémunération de la pharmacie dans différents pays européens

On remarquera que tous les pays, sauf le Pays-Bas, sont rémunérés par une marge en pourcentage du prix du médicament. Et dans certains pays on voit la présence

d'honoraire en supplément de la marge. Toute comparaison directe entre les pays est donc difficile. En effet, le réseau officinal et la législation officinale sont différents d'un pays à l'autre, mais on constate une similitude dans le mode de rémunération des pharmacies européennes.

J'ai ensuite approfondi le cas des pays qui sont assez éloignés de celui de la France, l'Angleterre et les Pays-Bas et celui de pays qui étaient, auparavant, dans le cas de la France et ont subi une réforme récemment comme la Belgique, le Portugal.

A- Angleterre

En Angleterre, on retrouve soit des pharmacies indépendantes, soit des pharmacies qui font partie d'une chaîne et où un pharmacien est employé par la chaîne comme superviseur. Depuis 2005, le contrôle sur l'installation des pharmacies a été partiellement levé et le nombre de pharmacies a augmenté, ce qui a en partie favorisé le développement des chaînes de pharmacies.

Les revenus des pharmacies sont issus, en moyenne, à 95% de rémunérations provenant du contrat général avec le NHS (National Health Service), équivalent de l'Assurance Maladie en France, 1% de contrats particuliers avec les PCT (Primary Care Trusts), 1% de prestations privées et 4% des ventes de médicaments non prescrits.

Les contrats particuliers avec les PCT pour la délivrance de services renforcés ne constituent pas une ressource significative pour les pharmacies. Les ressources allouées aux pharmacies au titre du contrat général avec le NHS font l'objet d'une négociation annuelle sur un budget global pour l'ensemble des pharmacies. Ce budget global est gelé depuis 2010, alors que les besoins et les volumes de soins augmentent. Les pharmacies sont donc en réalité soumises à un effort annuel de 4%. D'autant plus que le nombre de pharmacies dans le pays ayant augmenté, le budget global est donc à partager entre un plus grand nombre d'officines.

Le budget des services de base obligatoires se décompose en deux parties :

- une marge sur les achats. Les marges des pharmaciens ne sont pas régulées. Les prix auxquels sont payés, par le NHS, les médicaments délivrés sont réglementés. Les pharmacies anglaises sont ainsi incitées à acheter au meilleur coût (génériques, importations parallèles). Une prévision de la marge sur achat est établie dans le cadre de la négociation, elle contribue au budget global. Ce montant est garanti aux pharmacies. Les excédents éventuels par rapport à la

prévision sont conservés par les pharmacies pour l'année en cours. Toutefois, les prix des médicaments, essentiellement les génériques, qui sont à l'origine de l'essentiel de la marge sur les achats sont ajustés, à partir des données historiques pour correspondre à la marge garantie. Chaque pharmacie est ainsi incitée à acheter le moins cher possible mais le produit collectif de ses efforts individuels revient au NHS (marge d'achat incluse dans le budget, ajustement des prix).

- des honoraires et allocations diverses. L'élément principal de ces allocations, environ la moitié du budget, est un forfait par produit dispensé de 0,9£. Et pour les médicaments de plus de 100£, les pharmacies touchent 2% du prix d'achat de ce médicament. Une allocation par officine (Establishment payment) est versée à celles qui traitent plus de 2 430 ordonnances par mois (figure 15).

Nombre d'ordonnances mensuelles de la pharmacie	Allocation d'établissement versée par la NHS en £
2430 à 2649	23 278
2750 à 3059	24 190
Plus de 3060	25 100

Figure 15. « Establishment Payment » en Angleterre [21]

Une allocation est versée à toutes les officines au titre du renouvellement des prescriptions. La pharmacie peut aussi bénéficier d'une allocation si elle est capable de recevoir et traiter les prescriptions électroniques. Il existe aussi une allocation dite « de pratique » (Practice payment), payée mensuellement sur la base des ordonnances prises en charge mais aussi du nombre d'heures de présence de l'équipe officinale. Cette tarification non seulement modère les volumes mais incite aussi au renforcement du nombre de dispensateurs, dans un contexte juridique qui est différent de la France, où le nombre de pharmaciens par officine est imposé par tranche de chiffre d'affaires (figure 16).

Nombre d'ordonnances mensuelles de la pharmacie	Allocation de pratique versée par la NHS en £
Jusqu'à 1099	300
1100 à 1599	3749
1600 à 2359	5248
Plus de 2360	73,2% du nombre d'ordonnances

Nombre d'ordonnances mensuelles de la pharmacie	Minimum d'heures par semaine effectué par l'équipe
2000 à 3499	40
3500 à 4999	56
5000 à 6499	75
6500 à 7999	94
8000 à 9499	112
9500 à 10999	131
Plus de 11000	150

Figure 16. « Practice Payment » en Angleterre [21]

Dans le « Practice Payment » si la pharmacie dispense plus d'ordonnances que le nombre correspondant aux heures effectuées par l'équipe officinale (figure 16), alors elle touchera la rémunération correspondant au plus petit nombre d'ordonnances sur la ligne horaire correspondante.

Par exemple une pharmacie qui dispense 6000 ordonnances par mois et qui emploie un « staff » pour 56 heures par mois : cette pharmacie recevra l'allocation du « Practice payment » pour 3500 ordonnances.

Dans le cadre du « repeat prescribing » le pharmacien peut renouveler l'ordonnance d'un patient sous traitement qui est stabilisé et pour des pathologies chroniques avec l'accord du médecin. Ce service fait partie des services de base obligatoires et les officines reçoivent une allocation de 1500£ par an, indépendante de leur activité dans ce domaine.

Les services rendus par les officines anglaises ont été élargis et sont rémunérés notamment face au manque de prescripteurs mais cela est mal perçu par les médecins qui se voient en concurrence avec les pharmaciens.

Dans les services avancés, on retrouve la revue de médication ou « medicines use review » qui consiste en un entretien annuel avec le patient sur le bon usage de son traitement. Cet entretien est rémunéré 28£ et est remboursé par la NHS. Ce service est plus développé dans les chaînes de pharmacies et se heurte à la réticence des médecins anglais.

Pour certaines pathologies comme le diabète de type 2 ou encore les maladies respiratoires, on retrouve lors de la première prise d'un traitement la possibilité

de réaliser deux entretiens avec le pharmacien au septième et vingt et unième jour de traitement. Ces entretiens sont rémunérés de 20 à 28£.

On retrouve ensuite des services étendus qui sont financés par les caisses locales comme des entretiens pour le sevrage tabagique ou la vaccination anti grippale [22].

B- Pays-Bas

Au Pays Bas, seuls les médicaments à prescription obligatoire sont sous monopole officinal (avec une dérogation pour les médecins généralistes en zone rurale). La densité de pharmaciens est assez faible comparée au niveau européen et l'installation des pharmacies est libre.

Les pharmaciens sont principalement rémunérés par un honoraire à l'acte de dispensation qui était de 7,50€ en 2011.

La pharmacie touche aussi des remises de la part des laboratoires mais elle ristourne une partie de ces remises à la collectivité.

La vente des médicaments OTC suit un régime classique de marge en fonction du prix. Compte tenu des nombreux endroits où se vendent les médicaments OTC, ces ventes représentent une très faible part du chiffre d'affaires de l'officine néerlandaise.

Les services sont très développés au Pays-Bas mais ils n'ont pas de rémunération spécifique. Ils sont considérés comme compris dans l'honoraire de dispensation.

Depuis 2014, l'honoraire du pharmacien est imprimé sur les tickets de caisse et de vives tensions sont apparues entre pharmacien et patient qui ne comprennent pas cet honoraire [23]. Cette mesure voulue par le législateur pour augmenter la transparence, a eu de nombreux effets indésirables bien que la rémunération des pharmaciens n'ait pas changé.

De plus le pharmacien néerlandais est un professionnel de santé reconnu et se placent comme interlocuteur des médecins. La coopération avec la profession médicale est développée par rapport à la France. Des groupes de discussions entre pharmaciens et médecins se forment au niveau local et sont appelés Farmaco-Therapeutish Overleg. Ces groupes travaillent sur les prescriptions, l'observance et l'information du patient et permettent une meilleure prise en charge des malades.

C- Belgique [24]

En Belgique avant 2010, la rémunération des pharmaciens était calculée sur le prix de vente des médicaments avec une marge dégressive lissée composée de 4 tranches.

Comme en France, les pharmaciens belges ont introduit une rémunération à l'honoraire d'un montant fixe en plus d'une marge sur le prix des médicaments lié au prix fabricant. Cela dans le but de reconnaître l'acte intellectuel du pharmacien lors de la délivrance et de revaloriser sa marge.

Lors de cette mise en place, l'assurance maladie belge a posé comme condition que la réforme soit financièrement neutre pour l'assurance maladie, le patient et le pharmacien.

Le processus de négociation a duré plus de trois ans et de nombreuses simulations ont été réalisées. Des experts étrangers ont été associés à la conception de la réforme pour avoir une vue extérieure. L'Association pharmaceutique belge (syndicat majoritaire des pharmacies belges) a réalisé des simulations pour chaque pharmacien qui le souhaitait, ce qui a permis de rassurer les pharmaciens en leur donnant une visibilité sur leur futur exercice.

Le nouveau système mis en œuvre à partir du 1er avril 2010 repose donc sur une rémunération composée de trois piliers :

- une marge économique à 2 tranches sur le prix fabricant (qui représente moins de 20 % de la rémunération actuelle du pharmacien belge):
 - o tranche de 0 à 60€ : 6,04% du prix fabricant ;
 - o tranche supérieure à 60€ : 3,62€ + 2% du (prix fabricant - 60€).
- un honoraire fixe de délivrance de 4,20 € HT par conditionnement délivré, représentant 75% de la rémunération ;
- des honoraires spécifiques pour les « soins pharmaceutiques » représentant 5% de la rémunération :
 - o honoraire de 1,29 € HT pour l'exécution d'une prescription sous dénomination commune (les pharmaciens n'ont pas le droit de substituer);
 - o honoraire de 19,28 € HT pour les entretiens d'accompagnement de nouvelle médication "corticostéroïdes inhalés" dans le traitement de

l'asthme. Ces entretiens consistent en un entretien d'information à l'initiation du traitement et un entretien de suivi.

- honoraire de 3,20 € TTC lorsque le pharmacien délivre un médicament pour lequel une tarification par unité est applicable et qui donne lieu à l'application du tiers-payant. Cet honoraire ne peut être pris en compte qu'une seule fois par patient et par semaine et il remplace l'honoraire de base et les honoraires spécifiques et « DCI » pour ces médicaments. [25]

Cette réforme a été réalisée à enveloppe constante. Elle est neutre pour le patient car le ticket modérateur est inchangé mais son mode de calcul a été modifié.

Elle n'a concerné que les spécialités remboursables. Pour les médicaments non remboursés, les pharmaciens continuent d'appliquer l'ancien régime de rémunération car l'application d'un honoraire de dispensation aurait entraîné une trop forte augmentation des prix pour le patient.

Le nouveau mode de rémunération est en place depuis le 1er avril 2010. Un suivi mensuel de l'évolution de la rémunération du nouveau système en comparaison avec l'ancien système a été mis en place.

Finalement le bilan a fait apparaître une baisse des rémunérations, mais à un rythme plus faible que si l'ancien système avait été maintenu. Cette baisse s'explique notamment par la baisse du nombre de boîtes délivrées liée à l'introduction de grands conditionnements qui a eu un impact très négatif sur la marge. Mais le nombre d'unités de prises délivrées continue lui d'augmenter régulièrement. On constate donc que cette nouvelle rémunération est composée à 80% d'honoraires (75% d'honoraires de délivrance et 5% d'honoraires spécifiques), la rémunération du pharmacien ne dépend donc quasiment plus du prix des médicaments qu'il délivre en Belgique.

D- Portugal

Depuis le début des années 2000, les pharmacies portugaises ont dû faire face à la sortie du monopole des médicaments OTC, à la libération des prix des médicaments et à l'ouverture du capital des pharmacies à des non pharmaciens (mais la création de chaînes de pharmacie est toujours interdite).

En contrepartie de ces réformes les pharmaciens ont été incités à développer de nouveaux services et se sont vus autoriser la vaccination à l'officine.

Voici le cas d'une enseigne qui, pour faire face à cette déréglementation, a choisi la mise en avant de services professionnels et des officines centrées sur leur métier.

Trois pharmaciens ont donc créé l'enseigne Holon qui regroupe aujourd'hui, 370 pharmacies soit 15% du marché des officines portugaises. Les officines du groupe ont pour but de « *devenir les pharmacies préférées des patients et des partenaires sur la base d'une reconnaissance de leur contribution responsable de l'amélioration de la vie, tout en garantissant les objectifs nationaux de santé publique* ». Il vise à optimiser la façon dont les pharmacies développent leurs activités quotidiennes, en particulier celles concernant les services de santé des clients [26].

En rentrant dans une pharmacie Holon, on indique au patient qu'il se trouve dans une pharmacie qui met en avant des compétences métier. En vitrine, aucun produit mais des messages de santé publique.

Le gouvernement portugais a autorisé les pharmacies à se rémunérer sur les prestations de services à condition que celles ci soient de qualité. Le groupe Holon a donc pris le parti de développer des services payants.

Les consultations pharmaceutiques qui proposent une révision des médicaments pris, des interactions, de l'observance sont rémunérées 15€. Ainsi que les consultations de nutrition et de sevrage tabagique. Les consultations de podologie sont rémunérées 30€ et celle de dermo-cosmétique 5€. Ce ne sont pas forcément des pharmaciens qui réalisent ces entretiens, mais des diététiciennes ou podologues employés par le groupement.

D'après le témoignage de Pedro Pires, un des fondateurs de l'enseigne Holon, il indique que « *tous les services sont forcément payants, car un service gratuit est un service qui n'a pas de valeur. La première consultation est souvent gratuite. Au début les patients ont été surpris, mais les pharmacies ayant été conçues comme des centres de santé cela a facilité le règlement des consultations par les patients. De plus, les patients peuvent s'asseoir face au pharmacien et ils sont alors plus enclins à accepter les services rémunérés.* »

De plus en partenariat avec les industriels et les assurances de santé privées ils proposent aussi des services mais rémunérés par ces derniers et non par les patients. Ainsi par exemple avec les industriels, des projets sur les diabétiques sont menés afin d'augmenter leur observance.

Ces services représentent une petite part du chiffre d'affaires mais permettent de fidéliser la patientèle.

Section II : Pays hors de l'Union Européenne

Après avoir vu le mode de rémunération de pays européens proches de la France, étudions à présent ce qui passe plus loin dans des pays comme les Etats-Unis, le Japon ou le Québec, souvent vu comme le modèle idéal par les pharmaciens français.

A- Canada : Québec [27]

Au Québec l'installation d'une officine n'est pas contrôlée et la concurrence est rude ; la majorité des pharmaciens exercent sous une enseigne (« bannières » chez eux) pour mutualiser les achats, la préparation des doses à administrer... Ils fonctionnent aussi sur le modèle anglo-saxon c'est à dire qu'on retrouve dans la pharmacie une boutique de produits d'hygiène ou alimentaires mais cela ne met pas à mal leur statut de professionnel de santé. Les pharmaciens québécois ont une bonne réputation qui est portée par leurs compétences.

Le Québec est donc reconnu pour avoir su mettre en valeur le rôle du pharmacien en développant le concept de pharmacie clinique ou soins pharmaceutiques. Et la pharmacie québécoise est rémunérée selon de nombreux honoraires ainsi qu'une rémunération à l'ordonnance. **ANNEXE 1**

La définition des soins pharmaceutiques retenue par l'Ordre des pharmaciens du Québec est « *l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative* ». Il peut aller jusqu'au refus de délivrance d'une ordonnance et depuis plusieurs années est rémunéré pour ce refus 8,96 dollars au Québec et jusqu'à 24 dollars dans certaines autres provinces du Canada. Le nombre d'opinions et de refus est en augmentation croissante depuis la mise en place de ces services.

De plus, si un problème survient durant le traitement d'un patient, ou si le pharmacien émet une réserve lors de la délivrance, il peut communiquer au prescripteur son analyse sous forme écrite et proposer un médicament de substitution. C'est l'opinion pharmaceutique qui est également rémunéré 19,40 dollars [28].

Dans la continuité de son rôle, depuis juin 2015, sept nouveaux services autour du médicament ont été ajoutés aux missions du pharmacien québécois :

■ Prolonger une ordonnance

Afin de prévenir une interruption de traitement prescrit par le médecin, le pharmacien peut prolonger une ordonnance pour une durée limitée. Cette durée est au maximum celle de l'ordonnance, sans dépasser 1 an. Les benzodiazépines et stupéfiants ne sont pas concernés. Cette mission a notamment été mise en place car le Québec subit un manque de médecins, comme on peut aussi le voir dans les zones rurales françaises. C'est au pharmacien de juger s'il prolonge ou non l'ordonnance et la durée dans les limites autorisées. Il est rémunéré 12,50 dollars, facturables une fois par an par personne assurée.

■ Prescrire des analyses de laboratoire

Pour vérifier que le traitement est efficace et sans effet secondaire, le pharmacien peut désormais prescrire une analyse biologique. Mais cette prescription concerne uniquement le suivi d'un traitement, il ne peut pas prescrire des analyses qui visent à diagnostiquer un problème de santé. Il peut proposer des analyses telles que la formulation sanguine complète, glycémie, hémoglobine glyquée, dosage sérique de médicaments, INR...

Il devra inscrire dans le dossier pharmaceutique du patient les motifs pour lesquels il a prescrit l'analyse. Il devra aussi s'assurer que l'analyse a bien été réalisée, il recevra le résultat et le communiquera au médecin. En cas d'urgence, il doit s'assurer d'orienter rapidement le patient vers son médecin ou les urgences. Cette activité est non rémunérée.

■ Prescrire des médicaments quand aucun diagnostic n'est requis

Lorsqu'aucun diagnostic ne nécessite d'être posé par le médecin, dans certains cas, le pharmacien peut de lui même prescrire un médicament aux patients. Cela concerne le sevrage tabagique, les nausées de la femme enceinte, la préparation au voyage avec prescription d'antipaludique, la supplémentation en acide folique de la femme désireuse d'être enceinte mais aussi la prescription d'une contraception hormonale pour trois mois suite à une demande de contraception d'urgence...

Pour tous ces cas, le pharmacien peut intervenir sans qu'il ait à consulter un médecin. Cet acte est rémunéré 16 dollars au Québec.

- Prescrire pour 12 conditions mineures

Si le patient a déjà eu une ordonnance pour un médicament dans les quatre années qui précèdent, le pharmacien peut prescrire des médicaments pour l'acné mineure, les aphtes buccaux (ulcères de la bouche), la conjonctivite allergique, des douleurs menstruelles, de l'eczéma (faible à modéré), un érythème fessier, les hémorroïdes, l'herpès labial, une infection urinaire récente chez la femme, du muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde, une rhinite allergique ou une vaginite à levure. Cet acte est rémunéré 16 dollars au Québec.

- Ajuster l'ordonnance d'un médecin

Forme galénique, posologie, quantité, dose, le pharmacien peut les ajuster pour diminuer les effets secondaires, éviter les interactions ou faciliter l'observance. L'ajustement s'effectue lorsqu'il est justifié pour le patient. Le pharmacien peut modifier les doses dans deux cas différents. Soit pour la sécurité du patient : diminuer les effets indésirables, gérer les interactions, prendre en compte les fonctions rénales ou hépatiques ou encore son poids, améliorer la tolérance, corriger une erreur manifeste de dosage. Soit cette modification peut être faite pour atteindre des cibles thérapeutiques telles qu'une glycémie par exemple. Une formation est obligatoire pour le pharmacien qui assure ce service et le médecin traitant doit être prévenu par le pharmacien dans le cas d'une modification des doses. Ce service est rémunéré de 15,5 à 20 dollars.

- Administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié

Le pharmacien québécois n'a pas l'autorisation d'injecter un vaccin mais il peut injecter de l'insuline dans le but de montrer au patient le geste à effectuer. Pour cela, le pharmacien doit cependant suivre une formation. Il peut en effet administrer à un patient un médicament par voie orale, topique, sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire, ou par inhalation, afin d'en démontrer l'usage approprié. L'objectif est de s'assurer que le patient ou un proche aidant apprenne à administrer correctement un médicament.

- Substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement

En cas de rupture d'approvisionnement, le pharmacien peut remplacer le médicament habituel par un autre médicament de la même famille. La substitution réalisée par le pharmacien permet la continuité des soins. Avant de substituer un

médicament, le pharmacien doit s'assurer qu'il y a bien une rupture d'approvisionnement pour celui-ci. Il devra effectuer des vérifications auprès de pharmacies avoisinantes et de grossistes. Lorsque ces vérifications confirmeront qu'il ne peut pas obtenir le médicament, le pharmacien sera autorisé à faire une substitution. Une formation est obligatoire pour le pharmacien qui assure ce service.

Aujourd'hui ces nouveaux services rapportent peu dans le chiffre d'affaires des pharmacies québécoises. Par ailleurs, ces services qui reconnaissent la valeur ajoutée des pharmaciens sont proposés par toutes les pharmacies. Ils ne permettent donc pas forcément de se démarquer dans un univers très concurrentiel.

Au niveau de la vaccination, le Québec est en retard sur les autres provinces du Canada. En effet, toutes les provinces canadiennes permettent au pharmacien la vaccination (pour la grippe ou pour d'autres vaccins). La rémunération couverte par les assurances varie de 7,50 dollars à 20 dollars en Alberta par exemple. Au Québec, on propose souvent la vaccination mais l'acte est réalisé par une infirmière présente à la pharmacie.

B- Etats-Unis

Aux Etats-Unis, les pharmacies sont souvent affiliées à des chaînes. La plus importante, Wallgreens, compte 8173 pharmacies; vient ensuite CVS Pharmacy avec 7000 pharmacies puis Rite Aid avec 4600 pharmacies. Il existe encore des pharmacies indépendantes qui représentent un tiers des pharmacies du pays [29].

Dans ce pays les pharmacies sont comme des petits supermarchés où on trouve des produits alimentaires aussi bien que des fournitures scolaires.

La partie pharmacie comme nous la concevons en France se trouve souvent au fond du magasin. C'est ici qu'on délivre les produits sur ordonnance. Les produits sans ordonnances se trouvent dans les rayons. Ils ont souvent des contenances plus importantes que les spécialités françaises.

Les pharmacies appartenant aux grandes chaînes disposent de moyens supplémentaires. Les officines indépendantes font preuve de plus de flexibilité et peuvent proposer des services sur mesure rapidement opérationnels.

Les services font la différence et les nouvelles technologies améliorent le service client. Une multitude de services sont déployés à travers tout le pays mais les pharmaciens les

adoptent au cas par cas selon la réglementation de leurs états, leur disponibilité, leur espace ou leurs priorités.

Aux Etats-Unis les médicaments sont dispensés à l'unité avec la dose, le nombre de comprimés correspondant strictement à la durée la posologie de la prescription. La délivrance de médicaments nécessite donc un temps de préparation pour le pharmacien. Il est fréquent de faire attendre ou revenir le patient un quart d'heure plus tard. Cette organisation a certainement incité à instaurer un circuit mieux optimisé.

La e-prescription s'est donc développée aux Etats-Unis. Dans environ 40 % des cas, les patients sortent de chez leur médecin sans ordonnance papier. Ce dernier transmet directement à la pharmacie du patient l'ordonnance par voie électronique via un logiciel sécurisé. La pharmacie réceptionne l'ordonnance et envoie un mail ou SMS aux patients dès que ses médicaments sont prêts. Ce dernier a le choix d'aller retirer directement ses médicaments au comptoir ou il peut aussi se les faire livrer ou envoyer à domicile contre un supplément. De nombreuses pharmacies appartenant aux grandes chaînes sont ouvertes 24/24 et sept jours sur sept, il y a même parfois un drive (service permettant d'être pris en charge sans sortir de sa voiture).

Les pharmacies des grandes chaînes ont maintenant leur propre application mobile gratuite ; cela permet d'envoyer des rappels aux patients pour la prise de leur traitement ou encore pour le renouvellement de leur ordonnance. Mais l'inconvénient du développement des nouvelles technologies est que le patient ne se rend même plus à l'officine, il y a une perte de la relation de proximité. Les pharmacies mettent donc en place sur leur site Internet des tchats avec un pharmacien en ligne 24h/24 et 7j/7. Les petites pharmacies, elles, laisseront une adresse mail. Pour les patients nécessitant un suivi plus étroit, le pharmacien téléphone au patient.

D'autres services permettent de favoriser l'observance médicamenteuse. Il existe le renouvellement automatique de l'ordonnance destiné à éviter toute rupture de traitement. Au moment de la première délivrance, le pharmacien propose aux patients d'adhérer gratuitement à ce service pour tout médicament pouvant être renouvelé. Quelques jours avant d'avoir épuisé son traitement le patient reçoit un message, mail ou SMS qui le prévient que la suite de son traitement l'attend à la pharmacie.

Certaines pharmacies proposent de remettre au patient ses médicaments classés par jour de prise. Ce service assez chronophage est le plus souvent payant. Le pharmacien dispose les médicaments dans des sachets plastiques sur le principe des piluliers.

Chaque sachet correspond à un jour de la semaine et un moment de la journée. Une étiquette y est collée pour informer des médicaments contenus dans le sachet.

Les pharmacies jouent un rôle de santé publique majeur maintenant aux Etats-Unis. Les vaccinations sont possibles dans les pharmacies sans prise de rendez-vous. Certaines pharmacies proposent également des tests de dépistage avec le pharmacien ou même une visite d'aide au sevrage tabagique. Des entretiens pharmaceutiques sont aussi proposés au patient dans le but de diminuer le risque d'interactions médicamenteuses, les effets indésirables du traitement. Ils sont un moyen de favoriser l'observance. Ces services payants peuvent être pris en charge par certaines assurances privées.

Des centres de soins pour maladies bénignes (maux de gorge, etc.) accolés aux pharmacies ou aux rayons médicaments des grands magasins se développent dans les grandes chaînes. Ils sont tenus par des infirmières et coûtent moins chers aux patients et aux payeurs des soins que les visites chez le médecin.

La concurrence entre les chaînes de pharmacies les pousse à développer de plus en plus de services aux patients [30].

L'image de supermarché que la pharmacie a aux Etats-Unis n'est pas à l'image du rôle du pharmacien qui reste un vrai acteur de santé publique et un professionnel de santé avant tout.

C- Japon

Le Japon, quant à lui, a développé ses services auprès des personnes âgées. En effet 26,3% de la population du Japon a plus de 65 ans¹ ce qui est le record mondial. Ce pourcentage devrait monter à 41% en 2050 (contre 30% pour la France). Depuis 2003, il y a plus de seniors que d'enfants et depuis 2012, les ventes de couches pour adulte dépassent celles pour enfants au Japon.

Ce pays a aussi un manque d'hébergements et d'établissements d'accueil pour les personnes âgées. Car la tradition japonaise fait que plusieurs générations vivent souvent dans la même maison et donc les constructions d'établissements d'accueil n'ont pas fait parties des programmes politiques. Aujourd'hui la société évolue et notamment dans les villes, de plus en plus de personnes âgées se retrouvent seules et isolées. Manquant de

¹ Données de La Banque Mondiale 2015

lieu d'accueil, le Japon privilégie le maintien à domicile et les solutions encourageant l'autonomie.

Le marché des produits destinés spécifiquement aux séniors est en pleine expansion, et contrairement à la France, ne sont pas vendus dans des espaces médicalisés. Ils occupent les rayons des magasins et des supermarchés comme des produits de la vie courante. La chaîne de supermarché Aeon oriente ses efforts dans l'accueil des personnes âgées et propose des rayons complets de cannes, couches ou déambulateurs.

Les accessoires qui se sont le plus développés sont ceux permettant de favoriser la mobilité car rester autonome c'est rester mobile le plus longtemps possible.

Comme accessoires on trouve les déambulateurs qui peuvent s'offrir en cadeau d'anniversaire au Japon. Des magasins entiers proposent donc différents modèles pour répondre à différents besoins de la vie courante. Beaucoup peuvent aussi servir de siège et ont un panier pour y mettre des achats ou même un compartiment pour produit surgelés.

Les Japonais qui se déchaussent pour rentrer chez eux possèdent souvent deux déambulateurs un pour l'extérieur et l'autre pour l'intérieur. Le déambulateur permet notamment de garder une activité physique. Mais pour les plus handicapés il existe des fauteuils roulants équipés de GPS, caméras et lasers qui détectent les obstacles.

Autre accessoire qui est le premier produit à maintenir la mobilité des séniors c'est la canne qui se décline sous toutes ces formes. De la plus simple à la plus luxueuses qui peut intégrer un parapluie ou encore celle qui indique son chemin grâce au GPS et envoie des alertes en cas de chutes.

De plus des toilettes connectées ont aussi été développées. Elles collectent, directement, un peu d'urine pour mesurer la glycémie et la température de l'utilisateur. Au sol, une dalle pèse personne permet de suivre l'évolution du poids de la personne, qui peut également profiter de sa position assise pour vérifier sa pression sanguine à partir d'un bracelet de contrôle intégré au W-C. Un petit bilan de santé est ensuite envoyé par mail. Déjà plus de 10 000 de ces toilettes auraient été distribuées dans le pays.

La pénurie de personnel pour soigner la population vieillissante est un sujet de préoccupation majeur au Japon. D'après le ministère japonais il manquera entre 800 000 et 1 million de personnel soignant en 2025. Le gouvernement offre en conséquence une aide financière aux entreprises qui développent des robots infirmiers, utilisables en

milieu hospitalier et dédiés à une seule tâche, par exemple aider le patient à se lever. Les premiers robots ont déjà fait leurs apparitions dans les hôpitaux. Une société japonaise a également développé un robot qui aide les personnes à mobilité réduite à domicile. Ces nouvelles aides à domicile encore peu accessibles pourraient se multiplier très rapidement.

Toutes ces offres de produits sont bien plus large qu'en France et répondent à une forte demande de la population Japonaise. Et comme le Japon avant elle, la France est en train de vivre une profonde transformation de la pyramide des âges. D'ici 2050, 30% de la population française aura plus de 65 ans contre 19,1% actuellement.¹ Il est important d'accompagner le vieillissement de la population et d'anticiper ses attentes et ses besoins.

Section III : Quelles applications envisageables pour la France ?

La vision portée sur l'expérience et les pratiques de notre métier dans les autres pays, où l'évolution est plus avancée qu'en France, montre les potentialités d'évolution du métier de pharmacien. Il associe compétences et contact avec le public. L'officine est le premier point de contact de santé avec la population, elle est proche et accessible. Regarder ce qui se passe à l'étranger dans le même secteur d'activité est toujours une source d'inspiration. À l'échelle internationale, les avancées se multiplient.

La rémunération à l'ordonnance permet d'agir en faveur du maintien du maillage territorial de la pharmacie et au détriment de la course au volume.

Au Canada, dans la province de l'Alberta, le pharmacien est ainsi autorisé à initier des prescriptions et à vacciner les patients. Aux Etats-Unis, depuis 20 ans, mais aussi plus près de chez nous au Portugal, au Royaume-Uni ou en Irlande, le pharmacien peut également vacciner. C'est le plus souvent le vaccin contre la grippe qui est délégué au pharmacien. Dans certains pays où la vaccination a été ouverte au pharmacien la couverture vaccinale a augmenté. Pour la France rurale qui manque de médecins cette délégation de tâches peut permettre de libérer du temps au médecin.

En France, la profession s'inscrit dans la mouvance, notamment en matière de bon usage du médicament et de création de nouveaux services. Exemple avec la mise en place des

¹ Données de La Banque Mondiale 2015

entretiens pharmaceutiques pour le suivi des patients sous AVK et des patients asthmatiques.

Au Québec, au Portugal ou aux Etats Unis les pharmaciens ne manquent pas d'imagination et d'esprit d'entreprise. Ils proposent de nombreux services à valeur ajoutée pour leurs patients.

Au Québec les pharmaciens sont rémunérés pour leur intervention ou leur refus lors de la délivrance d'une ordonnance, en France, le pharmacien peut être amené à réaliser cette intervention mais n'est pas rémunéré et donc n'est que peu incité à le faire. La rémunération pourra à l'avenir se déconnecter du prix des médicaments comme au Pays Bas pour ne plus subir les baisses de prix des médicaments, qui diminuent la marge actuelle du pharmacien français.

Toutes les pratiques développées par les pharmaciens étrangers ne sont pas toujours applicables dans le contexte français. Mais ces initiatives permettent d'imaginer les services à mettre en avant dans les pharmacies françaises. L'évolution des technologies et de la population française doit s'accompagner d'une évolution du métier de pharmacien et des pratiques. En conséquence la rémunération de la pharmacie doit évoluer aussi pour inciter le développement de ces nouveaux services. Mais le mode de rémunération ne doit pas placer le pharmacien en situation de conflit d'intérêts tant avec le patient qu'avec les objectifs de santé publique.

Au sein de la Fédération internationale pharmaceutique (FIP), la réflexion se poursuit pour imaginer l'avenir de la profession, tirer les enseignements des différents modèles nationaux et formuler des recommandations auprès des autorités sanitaires. Il y a cinq ans déjà, la FIP avait adopté une déclaration visant à promouvoir le concept anglo-saxon de « collaborative practice », qui recouvre les collaborations entre professionnels de santé et les transferts de tâches.

Chapitre III : Expérimentation de nouvelles rémunérations en France

En France quelques expérimentations à l'officine ont eu lieu ces dernières années sur des nouveaux services proposés à la pharmacie et donc sur une possible nouvelle rémunération de ces services. Et lors du vote du LFSS 2017, l'expérimentation sur la vaccination à l'officine a été intégrée et approuvée.

Section I : Expérimentation de la délivrance à l'unité de médicaments appartenant à la classe des antibiotiques [31] [32]

Le 16 septembre 2014 est sorti le décret d'application de l'article 46 de la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) pour 2014. Ce décret organise l'expérimentation de la délivrance à l'unité d'antibiotiques par le pharmacien voté par le gouvernement. L'expérimentation a duré 12 mois et porte sur une liste fixée par arrêté d'antibiotiques dits « critiques » qui sont : amoxicilline-acide clavulanique, céfixime, cefpodoxime, céfotiam, ciprofloxacine, lévofloxacine, ofloxacine, loméfloxacine, péfloxacine, moxifloxacine, norfloxacine, enoxacine, fluméquine, thiamphénicol.

Pour cette expérimentation quatre régions ont été retenues : le Limousin, la Lorraine, l'Île de France et la Provence Alpes Côte d'Azur. Le recrutement des pharmacies volontaires a été effectué par l'ARS. Deux groupes ont été formés : un groupe témoin composé de 25 officines qui délivrent à la boîte de façon habituelle et un groupe d'officines expérimentatrices qui délivrent à l'unité, composé de 75 officines.

Lors de la délivrance trois cas de figures existent ; le plus simple le nombre d'unités nécessaires à la durée exacte de traitement correspond à un nombre de boîtes pleines dans ce cas la délivrance s'effectue classiquement. Soit la durée du traitement est inférieure au nombre d'unités contenues dans le conditionnement initial, le pharmacien doit délivrer le nombre d'unités en procédant à une division du conditionnement initial et en les plaçant dans un nouveau conditionnement extérieur dans lequel doit être placée une notice d'information. Soit le nombre d'unités nécessaires pour la durée du traitement est supérieur au nombre d'unités du conditionnement extérieur initial, le pharmacien délivre alors le conditionnement extérieur initial en l'état ainsi que le nombre d'unités complémentaires. Le tout sera inséré dans un conditionnement unique qui comporte sur le nouveau conditionnement extérieur les mêmes mentions que dans le premier cas.

Les rémunérations prévues pour les pharmacies sont les suivantes :

■ Pour les officines dites « expérimentatrices » :

- 1) Un forfait d'exécution de 500€
(Versé dans les 60 jours suivant la date d'entrée dans l'expérimentation, sous réserve de réaliser la 1ère délivrance à l'unité)
- 2) Forfait supplémentaire si au moins 100 délivrances, au cours des 6 premiers mois de l'expérimentation

Nombre de délivrance	Montant versés
79 ou moins	250€
Entre 80 et 99	400€
Au moins 100	500€

- 3) Forfait supplémentaire si au moins 200 délivrance, au cours des 12 mois de l'expérimentation

Nombre de délivrance	Montant versés
179 ou moins	250€
Entre 180 et 199	400€
Au moins 200	500€

Les forfaits 2 et 3 sont cumulables et sont versés sous réserve de la communication au ministre de la santé d'un inventaire du nombre de conditionnements incomplets et du nombre d'unités de médicament restant dans chacun d'eux.

■ Pour les officines dites « témoins » :

- 1) Forfait d'entrée de 150€
(Versé dans les 60 jours suivant la date d'entrée dans l'expérimentation)
- 2) Forfait supplémentaire de 150€
(Sous réserve de recueillir le consentement d'au moins 50 patients. Versé dans les 60 jours suivant la fin de l'expérimentation)

Ces deux forfaits sont cumulables.

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale est l'évaluateur de cette expérimentation dont l'objectif est de réaliser une évaluation médico-économique notamment sur l'acceptabilité des patients à la délivrance à l'unité, la modification des volumes d'antibiotiques délivrés et les économies générées par ce mode de délivrance,

le temps et l'organisation nécessaires et donc l'impact sur la pharmacie et quantifier une éventuelle diminution de la quantité d'antibiotiques stockée par les patients.

19% des patients ont refusé la délivrance à l'unité et six fois sur dix la prescription ne correspondait pas à la quantité du conditionnement initial de l'antibiotique.

L'observance a été mesurée en demandant à la fin du traitement au patient si il leur restait des comprimés et il a été constaté une amélioration de l'observance. Dans le groupe recevant le traitement à l'unité il y a eu deux fois moins d'inobservants. Mais les pharmaciens anticipent, pour une grande majorité, une surcharge de travail allant de 25 à 50 % pour la délivrance à l'unité. Les antibiotiques les plus concernés par la dispensation à l'unité sont Augmentin® et génériques (44 %) et Orelox® et génériques (27 %). Cette évaluation est aujourd'hui sur le bureau de la ministre de la Santé qui présentera un bilan de l'expérimentation au Parlement en 2017 [33] [34].

Section II : Expérimentation de la dispensation de médicaments à domicile [24]

La dispensation à domicile fait déjà partie des missions du pharmacien depuis la loi HPST. Elle n'est pas une simple livraison ou un portage des médicaments au domicile du patient. La dispensation à domicile consiste en une véritable délivrance de traitement au patient lorsqu'il se retrouve dans l'impossibilité de se déplacer. Elle permet aussi de rompre l'isolement du patient dans cette situation. Le pharmacien doit s'assurer que toutes les instructions nécessaires seront données au patient comme s'il se rendait à l'officine. Le transport doit se faire dans des conditions garantissant la parfaite conservation des médicaments.

A partir de l'automne 2005, une expérimentation a été menée par la MSA (Mutualité Sociale Agricole) durant six mois. Le pharmacien devait dispenser les médicaments au domicile du patient sur demande du médecin en cas d'urgence. Il était rémunéré 10€ HT auxquels s'ajoutaient des indemnités kilométriques. Cette expérimentation s'est déroulée sur une zone de 53 cantons répartis dans 8 départements (Charente, Calvados, Cote d'Or, Manche, Sarthe, Nièvre, Saône et Loire et l'Yonne).

Cette expérimentation s'est soldée par un échec avec seulement 12 dispensations à domicile effectuées. En effet les médecins n'ont pas vu l'utilité de ce service et ne l'ont pas prescrit. Les pharmaciens, quant à eux, souhaitent poursuivre l'expérimentation et trouvaient ce service utile.

D'après une étude de l'ARS, 57,6% des officines effectuent déjà cette mission. Mais le plus souvent ce service est effectué gratuitement par la pharmacie. Il est donc difficile d'envisager une augmentation de cette activité qui mobilise du temps et un coût de transport.

Une nouvelle expérimentation vient de commencer en Nouvelle-Aquitaine en partenariat avec La Poste, Medissimo et mesoigner.fr avec MesMedicamentsChezMoi.com. *« L'expérimentation se fait sur Bordeaux Métropole pendant quelques mois avant de se prolonger sur Paris et Nantes. Si l'offre séduit, elle sera déployée dans toute la France »* [35].

Section III : Expérimentation mise en place à l'initiative des Unions régionales des professionnels de santé

Depuis quelques années les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) font vivre les missions du pharmacien et mettent en place différentes expérimentations dans les pharmacies, dans le but de valoriser et renforcer le rôle du pharmacien dans le système de santé français.

Les URPS ont été créées en 2010 par la loi HPST. Elles ont pour mission de contribuer à l'organisation de la santé et développer les missions des pharmaciens. Depuis quelques années elles sont à l'initiative d'expérimentations portant sur différentes missions que peuvent réaliser les pharmaciens dans leurs régions respectives. Elles proposent en parallèle de nombreuses formations pour accompagner les pharmaciens dans l'évolution de leur pratique.

A- Expérimentation du dépistage du risque cardio-vasculaire par le pharmacien d'officine [36]

De octobre à décembre 2016, une expérimentation du dépistage du risque cardio-vasculaire par le pharmacien d'officine a été entreprise par 44 pharmacies du secteur de Lens-Hénin, secteur où les maladies cardio-vasculaires sont très élevées. Cette expérimentation a été soutenue et financé soutenue par l'agence régionale de santé (90 000 €), la CPAM de l'Artois (16 000 €), et l'URPS pharmaciens des Hauts-de-France.

Ce dépistage est donc gratuit et réalisable en quinze minutes. Il permet parfois de remettre des patients dans le parcours de soins. En priorité seront visés les hommes de

plus de 40 ans, les femmes de plus de 50 ans, fumeurs, en surpoids. Pour le pharmacien ce dépistage est indemnisé à hauteur de 20€.

Mais ce n'est pas la première expérimentation dans ce domaine.

Initié par le Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine (CNGPO), un dépistage des maladies cardio-vasculaire a été expérimenté tout d'abord en 2014 dans la région Nord Pas de Calais. Il a été proposé gratuitement pendant un mois début 2015 dans d'autres régions puis cet acte pharmaceutique voulu pérenne a été proposé au prix conseillé de 18€ dans les pharmacies le souhaitant. Les patients peuvent trouver une pharmacie participante sur un site internet dédié : <http://www.depistage-officine.com>

Toute pharmacie souhaitant participer au dispositif peut s'inscrire sur le site internet.

Ouvert à tous, ce dépistage d'une durée de 20 minutes mesure 5 facteurs de risque chez des personnes a priori en bonne santé : cholestérolémie, glycémie, hypertension, indice de masse corporelle et tour de taille, tabagisme.

L'action est soutenue par Allianz qui propose de prendre en charge le coffret de 18€ pour certains de ses assurés [37] [38].

Ce nouvel acte de prévention primaire permet au pharmacien d'être un acteur central dans la sensibilisation aux maladies cardiovasculaires et ouvre la voie de la prévention des maladies chroniques à l'officine.

Le dépistage des risques cardio-vasculaires est particulièrement ciblé car 25 % des décès annuels des hommes et 36 % de ceux des femmes sont la conséquence de maladies cardiovasculaires en France. Par ailleurs, 5 millions de personnes ignorent leur hypertension, 7 millions de personnes ignorent leur taux de cholestérol élevé, plus d'un million de personnes sont diabétiques sans le savoir [39].

B- Expérimentation de dépistage du diabète à l'officine

La Fédération Française des Diabétiques estime que plus de 500 000 personnes ignorent qu'elles sont touchées par un diabète en France. De nombreuses pharmacies et des groupements proposent donc des dépistages rapides et gratuits. Les URPS ont donc mis en place des expérimentations valorisantes et rémunérées pour le pharmacien dans plusieurs régions.

En Pays de Loire, dans le département de la Loire Atlantique, ont été réalisés des entretiens pharmaceutiques pour diabétiques de type 2 en 2015 et 2016. Ces entretiens

financés par l'ARS étaient rémunérés 30€ pour la pharmacie. Une centaine de pharmacies les ont expérimentés et 400 patients en ont bénéficié.

En région Provence Alpes Côte d'Azur, une action de dépistage du diabète a été financée par l'ARS de décembre 2011 à novembre 2012, et réalisée dans 35 officines sur 5 cantons. Les conditions pour une rémunération forfaitaire de 100€ par mois étaient de 10 dépistages par mois minimum.

En Bourgogne Franche Comté, du 5 au 17 décembre 2016, des dépistages glycémiques ont été entrepris dans 300 pharmacies volontaires. Les patients répondaient à un questionnaire et si un facteur de risque était détecté, un test de glycémie capillaire était effectué. Les patients qui obtenaient un résultat anormal étaient ensuite orientés vers le médecin. Les pharmacies étaient rémunérées par un forfait de 150 € par l'ARS si 10 dépistages étaient réalisés [40].

C- Expérimentation d'entretiens pharmaceutiques rémunérés à l'occasion du Moi(s) sans tabac [41]

A l'occasion du « Moi(s) sans tabac » organisé en novembre 2016, le ministère de la Santé a lancé un appel d'offres sur des expérimentations à mener. L'ARS Nouvelle-Aquitaine, en s'appuyant sur le réseau de lutte contre les addictions AGIR 33 et le réseau Addictlim en Limousin, a proposé une tournée théâtrale de sensibilisation dans les établissements scolaires, et des entretiens en officine. Pour financer ses actions, le réseau Addictlim a obtenu de la CNAM, via le fond FNPERS (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) un budget de 150 000€ qui permet de financer 70 entretiens par pharmacie à raison de 15€ l'entretien. L'expérimentation a eu lieu en Haute Vienne où 140 pharmacies sur 157 se sont montrées intéressées. Le dispositif ayant reçu l'aval de l'Ordre, de l'URPS et de la FSPF 87 (syndicat majoritaire en Haute Vienne) a été présenté aux pharmaciens lors d'une soirée de formation début octobre animée par un addictologue. Chaque pharmacie a reçu un kit officine comprenant affiche, guide pratique pour le professionnel, cartes de rendez-vous, fiche de recueil des données.

Le pharmacien propose donc à toute personne souhaitant arrêter de fumer un premier entretien d'évaluation qui permet de faire le point sur la situation actuelle du patient. Un guide est alors remis à la personne et une feuille de recueil des données (remplie en deux exemplaires pour le patient et la pharmacie). Lors du deuxième entretien (pas

obligatoirement dans la même officine) le second livret sur l'arrêt du tabac est distribué au patient. Il permet de consolider sa motivation et d'aider à anticiper les effets positifs de l'arrêt. La démarche se veut positive et rassurante. Puis une feuille d'évaluation du suivi est remplie lors des entretiens suivants. Chaque patient peut bénéficier de cinq entretiens.

A la fin du mois de novembre, les fiches recueillies par la pharmacie ont été envoyées à Addictlim qui a recueilli les statistiques et rémunéré les officines participantes.

De nombreuses expérimentations sont mises en place en France notamment par les URPS. Celles-ci communiquent à présent entre elles pour effectuer des retours sur leurs expérimentations et éviter les doublons d'une région à l'autre. Malheureusement on ne peut que s'interroger devant le nombre d'expérimentations qui n'engagent que quelques pharmacies et s'inscrit rarement dans la durée. Ces expérimentations représentent un vivier d'idées et il faut les utiliser pour trouver les meilleures évolutions des missions du pharmacien. Et les syndicats doivent s'appuyer sur les résultats en matière de santé publique pour négocier la prochaine négociation conventionnelle avec l'assurance maladie.

Ces nombreuses initiatives sont souvent ponctuelles. En effet les budgets prévus ne permettent de réaliser que des actions à court terme. Le projet de dépistage des risques cardio-vasculaires s'inscrit dans la durée mais avec un coût à la charge des patients. Quel est l'intérêt du pharmacien de faire de la prévention alors qu'il n'est pas rémunéré pour cela ? En se plaçant dans une logique financière, en quelques années grâce à la prévention que le pharmacien peut effectuer, le nombre de malades diminuera. Donc les chiffres d'affaires des pharmaciens diminueront aussi. Il y a donc peu d'intérêt à l'heure actuelle pour que le pharmacien effectue des actions de prévention auprès du grand public. Mais les patients sont ils prêts à payer ces nouveaux services ? Et ces services, qui ont un rôle important dans la prévention, seront-ils rémunérés à la hauteur du temps que les pharmaciens y passeront ? L'évolution des pratiques devra être accompagnée d'une évolution de la rémunération pour assurer le maintien dans la durée de ces nouveaux services.

Troisième Partie : Mise en place d'une nouvelle rémunération et évolution des pratiques

Chapitre I : Situation économique actuelle des officines

Pour évaluer les besoins en rémunération de la pharmacie française il faut tout d'abord regarder la situation économique de ces pharmacies. Quels sont les indicateurs à étudier ? Et comment ont-ils évolué ces dernières années?

Section I : Indicateurs de la situation des officines

A- Chiffre d'affaires

Le chiffre d'affaires (ou CA) est la somme des ventes de biens ou de services d'une officine sur un exercice comptable. L'exercice comptable est une période délimitée, en général sur un an.

L'utilisation du CA, comme étalon de valeur d'une officine, repose sur l'hypothèse que les pharmacies ont une rentabilité homogène. Mais aujourd'hui, la diversification du type d'officine et la concurrence ont fait apparaître une grande disparité entre la rentabilité des officines.

Le CA d'une officine permet seulement de mesurer l'activité de cette dernière de manière quantitative.

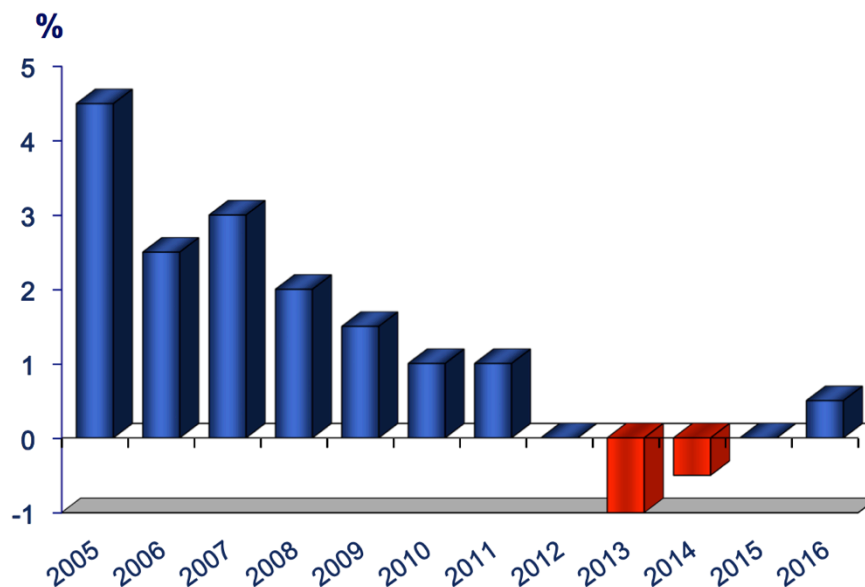


Figure 17. Evolution moyenne du chiffre d'affaires HT
(Source Interfimo)

Après quatre années de stagnation et même de baisse, le CA moyen des officines repart légèrement à la hausse (+0,5%).

B- Marge

D'un point de vue comptable, la marge commerciale est égale à la différence entre les ventes hors TVA et les achats consommés (achats de l'exercice pondérés par la variation du stock). On distingue le taux de marge (rapporté au chiffre d'affaires hors taxes) et la marge en valeur (ou en euros). Ce dernier indicateur est utile, car il représente le montant de bénéfice dégagé sur les ventes.

Mais suite à la modification de la rémunération des pharmaciens sur le médicament remboursable, une partie du prix de vente a été transférée vers des honoraires. Parallèlement, l'augmentation du plafond des remises sur les génériques (de 17 % à 40 %) a impacté le niveau des coopérations commerciales. C'est la raison pour laquelle il est préférable de suivre un indicateur plus pertinent qui est la marge brute dite « réglementée ».

En effet, la marge brute inclut les différentes prestations, les honoraires et la marge commerciale. Donc elle est un indicateur de mesure d'activité et de performance plus pertinent que la marge commerciale.

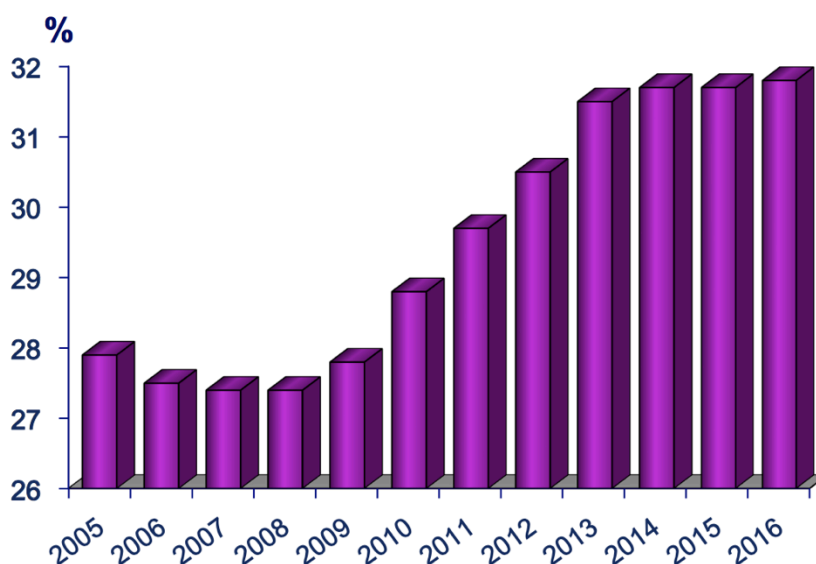


Figure 18. Evolution du taux de marge brute globale (prestations de services comprises)
(Source Interfimo)

Le taux de marge brute augmente légèrement en 2016 notamment grâce aux dispositifs médicaux et à la parapharmacie qui sont plus rémunérateurs. En effet la part qu'ils

occupent dans le CA augmente face à la part du médicament remboursable qui elle diminue avec les baisses de prix. De plus la ROSP et l'apparition des honoraires de dispensation permettent de soutenir l'évolution de la marge brute [42].

C- Excédent Brut d'Exploitation

L'Excédent Brut d'Exploitation (ou EBE) est le ratio qui permet de mesurer la performance économique exacte d'une officine, et de définir sa rentabilité.

$$\text{EBE} = \text{Marge brute} - \text{Achats et Charges externes} - \text{Impôts taxes} - \text{Salaires bruts} - \text{Charges sociales}$$

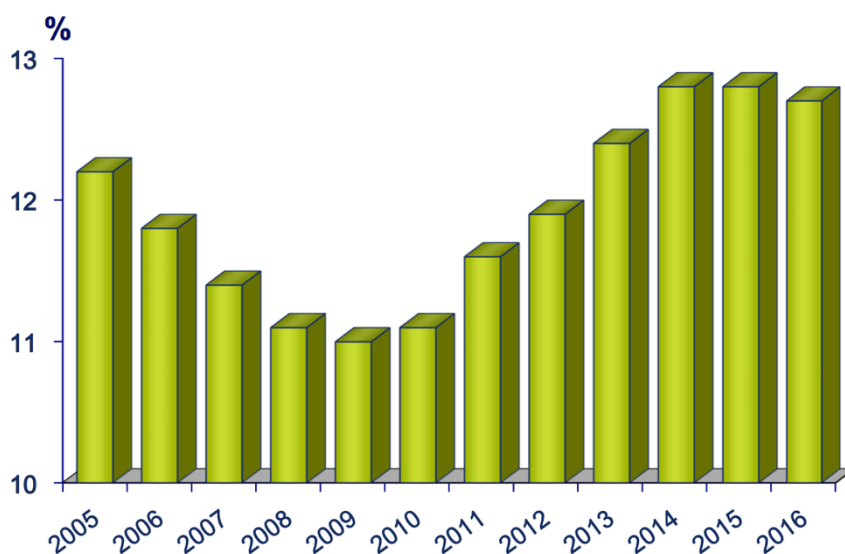


Figure 19. Evolution moyenne du taux d'Excédent Brut d'Exploitation
(Source Interfimo)

En 2016, le taux d'EBE moyen baisse dans les officines car les loyers et les charges de personnels ont augmenté.

Cependant l'EBE peut être influencé de façon positive ou négative par plusieurs éléments à prendre en compte, notamment la rémunération du titulaire.

Il est donc intéressant de calculer l'EBE retraité du salaire du ou des titulaires pour comparer les officines entre elles ou pour étudier l'évolution de la rentabilité d'une officine. Cet EBE retraité donne la Performance Commerciale et de Gestion (ou PCG).

$$\text{PCG} = \text{Chiffres d'affaires HT} - \text{Achats consommés} + \text{Autres produits d'exploitations} - \text{Charges d'exploitation}$$

La PCG est concrètement ce qu'il reste au pharmacien pour rembourser son emprunt, payer ses impôts et son salaire. Cet indicateur permet de suivre la rentabilité financière de la pharmacie [43].

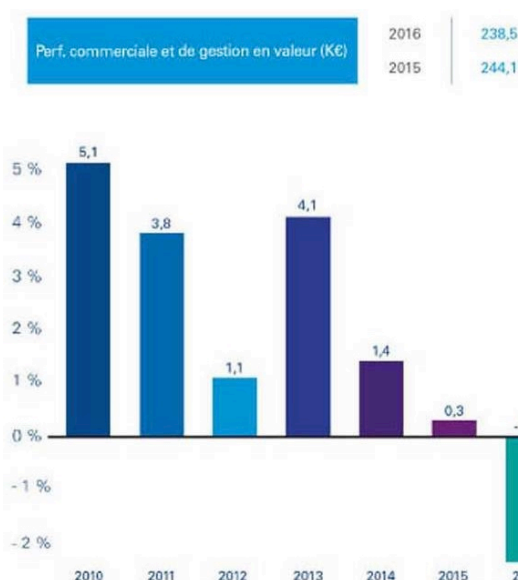


Figure 20. Evolution de la performance commerciale et de gestion
(Source : KPMG)

Pour la première fois la PCG a diminué en 2016 de - 2,3%. La stabilité de la marge n'a pas permis de faire face à la progression des charges des officines. La rentabilité des officines a donc subi une dégradation significative ce qui représente environ 600€ de perte par officine en 2016. Ces chiffres étant des moyennes, pour certaines officines, la dégradation de leur rentabilité est bien plus forte.

Section II : Evolution de la situation économique

L'évolution de la situation économique des officines ces dernières années n'a pas été en pleine croissance d'après les principaux acteurs de la pharmacie. A partir des indicateurs retenus pour évaluer la rémunération des pharmacies, comment ont-ils évolué les uns par rapport aux autres ?

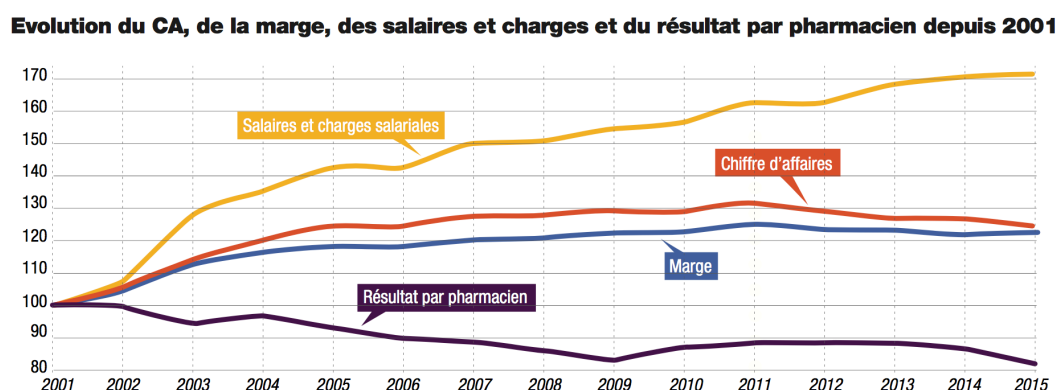


Figure 21. Evolution du CA, de la marge, des salaires et charges et du résultat par pharmacien depuis 2001 (Source FSPF)

Depuis 2011, on voit apparaître le décrochage du CA, et l'évolution de la marge se stabilise à partir de 2014. En revanche, les salaires et charges salariales augmentent constamment. Comme les ressources des officines n'augmentent pas, c'est la rémunération du titulaire (résultat par pharmacien) qui en fait les frais. En l'absence de croissance et devant l'augmentation des charges salariales cette rémunération ne peut que continuer de baisser [44].

En moyenne, les indicateurs d'évolution du CA, de la marge et de résultat stagnent ou régressent en 2015 et les chiffres 2016 ne sont pas meilleurs.

D'après un rapport de l'IGAS de Juin 2011 [24], *« Seul le niveau moyen des revenus des titulaires peut servir de repère pour l'action publique. Il n'existe pas de référence pour se fixer des objectifs sur le bon taux de marge, le bon niveau de charge ou le bon taux d'excédent brut d'exploitation (EBE). En revanche, parce qu'il leur appartient de garantir un service de dispensation des médicaments de qualité, les pouvoirs publics se doivent d'assurer aux titulaires d'officine des revenus en rapport avec les exigences de leur métier (formation initiale, responsabilités exercées, travail fourni). »* En effet il n'existe pas de référence mais c'est l'évolution des différents indicateurs de l'économie de l'officine qu'il faut étudier. Et le revenu moyen des titulaires doit être aussi observé comme un indicateur de l'économie de l'officine. Car si le pharmacien n'est pas rémunéré pour la valeur de son travail, c'est un métier alors sans avenir car il n'y aura plus d'installation et cela entraînera la disparition progressive des officines.

La rémunération des pharmaciens titulaires diminuant ces dernières années, le nombre de fermeture d'officine a augmenté. Entre 2005 et 2015 le nombre d'officine a chuté de 4%. En 2014, une pharmacie fermait tous les 2,5 jours, en 2015 une pharmacie fermait tous les 2 jours et en septembre 2016 le triste record de fermeture d'une pharmacie par jour a été atteint [45]. Toutes les régions sauf l'Alsace sont concernées. Et les zones à faible densité de population sont proportionnellement les plus concernées d'après un rapport du CNOP de juin 2015.

Comme l'indique l'IGAS dans son rapport : *« En tout état de cause, ce sont les décisions des pouvoirs publics sur la marge des médicaments remboursables qui déterminent ces revenus : les pharmaciens bénéficient également des ressources tirées d'activités dont les prix sont libres (vente de médicaments non remboursables, parapharmacie) mais ces activités restent annexes. »* D'autant plus que l'ouverture du monopole est toujours un risque, en suspend, à prendre en compte et à mesurer pour l'établissement d'une

nouvelle rémunération. L'ouverture du monopole pharmaceutique dans les pays européens voisins oblige à ne pas compter pour une trop grande part sur la rémunération par les médicaments non remboursés. En France, la vente des médicaments sur internet par les pharmacies est autorisée depuis 2013. Les grandes surfaces se montrent de plus en plus insistantes et offensives pour réclamer la vente des médicaments OTC.

Devant le tableau économique que l'on peut dresser aujourd'hui de la pharmacie d'officine, une réorganisation du maillage territorial des officines est sûrement nécessaire notamment dans les grandes agglomérations. Mais la diminution de revenus du pharmacien met en péril les pharmacies de proximité en zone rurale. Il est urgent d'ouvrir les négociations d'un nouveau modèle de rémunération du pharmacien pour stabiliser l'économie officinale et protéger la pharmacie des futures baisses de prix des médicaments.

Chapitre II : Evolution des missions et de la rémunération [24]

Section I : Nouvelles missions, nouveaux services, nouvelles rémunérations

Après avoir vu la situation actuelle de l'économie officinale, nous allons aborder les nouveaux services que pourraient proposer les officines.

A- Problématiques de la mise en place des nouvelles missions

La volonté des pharmaciens de voir leurs missions étendues n'est pas propre à la France. Depuis quelques années de nouvelles missions se développent dans d'autres pays comme au Québec, où les pharmaciens ont été les premiers à développer la notion de soins pharmaceutiques ou « pharmaceutical care ». Cette notion traduit la volonté des pharmaciens de devenir des professionnels de santé dont le rôle est reconnu auprès du patient. Car les tâches commerciales et logistiques n'utilisent que très peu les compétences du pharmacien. Les pharmaciens cherchent une redéfinition de leur rôle tout en renforçant leur légitimité. En effet, la fabrication des préparations magistrales qui manifestait la compétence du pharmacien est devenue rare et est à la charge de pharmacies spécialisées dans ce domaine. Les informations sur les médicaments sont de plus en plus à la portée de tous avec internet et l'ouverture de site d'informations médicales au grand public. Les pharmaciens manquent aujourd'hui de reconnaissance bien que leurs interventions soient utiles et appréciées des patients. Les compétences acquises lors de la formation initiale du pharmacien sont sous exploitées. Les pharmaciens sont unanimes pour s'engager dans des nouvelles missions de santé et élargir leur rôle. Mais la pharmacie est une entreprise et le manque de moyens et de rémunérations bloque le développement de nouveaux services.

Dans certains pays, les soins pharmaceutiques ont pu se développer et le rôle du pharmacien a été revalorisé. Les objectifs de ce développement sont de faire face au manque croissant de médecins, d'augmenter la prévention, de soutenir et accompagner les patients, notamment les patients chroniques.

En plus de l'obstacle du manque de moyen, le pharmacien d'officine se heurte au manque d'intégration dans l'équipe de soins et au non accès au dossier médical des patients. Malheureusement chaque profession de santé se voit en concurrence avec les autres. Dès que le périmètre des missions d'une profession est amené à bouger, cela est mal perçu par une autre profession de santé qui possède déjà cette mission. Cela a pu être constaté lors de la discussion sur la vaccination par le pharmacien. De vives

réactions ont eu lieu du côté des infirmiers et des médecins [46]. Les médecins se sont sentis mis en compétition avec les pharmaciens. Et les infirmiers qui pratiquent peu la vaccination à l'heure actuelle en France ont eu l'impression d'un vol de leur mission. Le fait de confier la vaccination au pharmacien a été perçu comme une banalisation et désacralisation d'un acte habituellement effectué par les médecins. Les médecins préfèrent la délégation à l'infirmier, peut être car la hiérarchie entre ces deux professions de santé est admise par l'opinion publique. Le manque croissant de médecin est un argument en faveur de l'extension du rôle du pharmacien, mais cela priverait alors le médecin d'un acte court rémunérateur. Dans ce contexte, la volonté du pharmacien d'officine d'élargir ses missions questionne la place du médecin traitant dans le parcours de soin. Dès lors qu'une extension des missions du pharmacien est évoquée, on assiste à un lever de bouclier des médecins qui soulignent le conflit d'intérêt entre le pharmacien professionnel de santé et le pharmacien commerçant.

La coordination entre les professionnels de santé est à promouvoir dans l'intérêt des patients. Toute profession de santé ayant son rôle à jouer dans le parcours de soin du patient ne doit pas se sentir menacée par une autre profession de santé. C'est l'intérêt des patients et de la santé publique qui doit prévaloir.

B- Les nouveaux services

Dans cette partie nous allons réfléchir et énumérer les nouvelles missions qui pourraient être confiées aux pharmaciens d'officine à partir des exemples des pays étrangers ou de l'extension de service déjà effectuée. On parlera ici de missions pouvant être financées et remboursées par l'assurance maladie. Mais la mise en place de services par le pharmacien et rémunérés directement par le patient est envisagée par la profession, qui dans ce domaine, est en attente des textes de loi pouvant autoriser la facturation de services par la pharmacie.

1- Le dépistage à l'officine

Le dépistage à l'officine est déjà réalisé grâce à certaines expérimentations ou à des groupements. Ces dépistages ont été entrepris à l'initiative de la profession, avec le soutien parfois de l'industrie pharmaceutique ou des assureurs complémentaires. Mais les protocoles de dépistage actuels ne font pas l'unanimité. Ces dépistages permettent de cibler une population qui ne va pas ou peu chez le médecin. Les chiffres du nombre de

malades atteints de pathologie chronique qui s'ignorent ne font pas l'unanimité non plus.

Le dépistage à l'officine devrait être mis en place pour des pathologies comme le diabète ou les risques cardio-vasculaires. En effet, le diagnostic précoce de ces pathologies chroniques permet une meilleure prise en charge du patient avant l'arrivée de complications dues à ces maladies. On parle ici de prévention secondaire qui a pour but de déceler à un stade précoce des maladies qui n'ont pas pu être évitées. Pour prévenir le surcoût de ce dépistage il faudra définir un public cible répondant à des critères de risques précis. Puis mettre en place un protocole commun de dépistage validé par des experts. Les patients dépistés pourraient ensuite être adressés vers le médecin.

Des expérimentations de dépistage ayant lieu, leurs résultats doivent être étudiés pour définir l'utilité de la mise en place de ce service.

Ce service devra le cas échéant être réalisé par le pharmacien dans un local de confidentialité, notifié au médecin traitant et enregistré dans le DP (Dossier Pharmaceutique) du patient pour éviter toute redondance. Ces dépistages pourraient être réalisés toute l'année et être remboursés entièrement par l'assurance maladie pour ne pas freiner les populations défavorisées, plus à risque d'après les études, et qui consultent moins leur médecin.

2- La préparation des doses à administrer (PDA)

La PDA consiste à préparer, dans le cas où cela contribue à une meilleure prise en charge thérapeutique du patient, les doses de médicaments à administrer, de façon personnalisée, selon la prescription, et donc par anticipation du séquençement et des moments des prises, pour une période déterminée. Cette action doit permettre de renforcer la sécurité du traitement ainsi que la traçabilité du médicament [47].

La problématique de la PDA est qu'aucun texte n'interdit, ni n'autorise expressément le déconditionnement puis le reconditionnement des spécialités sous forme de piluliers. Cette brèche a ouvert un débat et entraîné des litiges portés devant les tribunaux et les instances disciplinaires de l'Ordre des Pharmaciens. Après une période d'incertitude juridique, la jurisprudence ainsi que la doctrine ordinaire acceptent cette pratique. A condition qu'elle soit assortie de précautions et de garanties et qu'elle ne soit pas réalisée à grande échelle. Les pharmaciens sont toujours dans l'attente de texte officiel sur l'autorisation de la PDA [48].

La PDA est aujourd'hui principalement réalisée pour des patients en EHPAD. Même dans ce cas, le libre choix du pharmacien par le patient ne peut être outrepassé.

Avec le développement du maintien à domicile et le vieillissement de la population la PDA va se développer dans les années à venir. Ce service pourrait être prescrit par un médecin ou proposé par le pharmacien qui évaluera les besoins du patient, et pourra être pris en charge par l'assurance maladie. En effet la PDA peut permettre de réduire les coûts de la iatrogénie médicamenteuse en augmentant l'observance des patients.

La PDA amène à une dispensation à l'unité pour les patients. Dans le cadre des élections présidentielles de 2017, la dispensation à l'unité s'est invitée au cœur des débats et fait partie du programme du nouveau président de la République, Emmanuel Macron.

3- La vaccination

La couverture vaccinale est jugée insuffisante en France. Une épidémie de rougeole frappe, de puis janvier 2017, l'Europe dont la France [49]. La vaccination est réalisée par les médecins, les pédiatres, les infirmières, et les sages femmes, pour certains vaccins, sont autorisées à vacciner les femmes, l'entourage des femmes enceintes et les nouveaux nés [50].

Dans certains pays les pharmaciens sont autorisés à vacciner. En France, le débat sur l'autorisation de vacciner pour les pharmaciens est ouvert dans le but d'augmenter la couverture vaccinale en baisse. On distingue deux services : le suivi vaccinal et l'acte vaccinal. L'Ordre national des Pharmaciens soutient la vaccination par le pharmacien en avançant les arguments de la grande accessibilité des pharmacies françaises [51]. Les officines accueillent entre trois et quatre millions de patients par jour. A cette occasion, les pharmaciens pourraient vérifier le statut vaccinal des patients et faire un point sur leur vaccination. Depuis septembre 2016, les vaccins délivrés en pharmacie sont inscrits au dossier pharmaceutique (DP) du patient pour 21 ans ce qui augmente la traçabilité et assure un meilleur suivi du statut vaccinal des patients.

Au niveau international, on constate l'effet positif de la vaccination étendue aux pharmaciens sur le taux de couverture vaccinale : 40 % des 137 pays adhérents à la Fédération Internationale Pharmaceutique ont autorisé les pharmaciens à vacciner. Un droit obtenu en 1995 aux États-Unis, en 2002 au Royaume Uni, en 2007 au Portugal, en 2012 au Canada, etc. Dans ces pays, les autorités sanitaires ont observé une augmentation de 10 %, voire plus, de la couverture vaccinale lorsque les pharmaciens

ont eu l'autorisation de vacciner [52]. L'acte vaccinal pourrait être effectué par les pharmaciens sur prescription médicale comme c'est le cas pour les infirmiers. Ils pourraient aussi effectuer les rappels de vaccins, dans le cadre du suivi vaccinal qui serait effectué en utilisant le DP. Un local aménagé devra être installé pour les officines effectuant l'acte vaccinal. En élargissant le nombre de personnes autorisées à vacciner, la couverture vaccinale pourrait être ainsi améliorée.

L'acceptation de ce nouveau service par la population ne pose pas de problème et certains patients le réclament même déjà dans leur officine. Mais comme vu précédemment, l'acceptation est plus difficile de la part des médecins et des infirmiers. Et l'image du pharmacien dispensateur passerait à celui de prescripteur-dispensateur-administrateur.

Cette mesure permettrait d'alléger le circuit vaccinal. Aujourd'hui le patient doit en premier lieu se rendre chez le médecin pour obtenir la prescription du vaccin puis aller à la pharmacie pour récupérer le vaccin et enfin se le faire administrer en retournant auprès du médecin ou d'un infirmier.

Le suivi vaccinal peut s'intégrer au travail de dispensation et ne pas avoir de rémunération spécifique. En revanche, l'acte vaccinal devra être rémunéré pour être certain d'être assuré par les pharmaciens et ainsi augmenter la couverture vaccinale qui est le but de ce nouveau service.

Dans le cadre du PLFSS 2017, après quelques rebondissements, l'amendement sur l'expérimentation de la vaccination à l'officine a été entériné. Cet amendement a tout d'abord été porté en Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale le 18 octobre 2016. Les représentants de la profession, des étudiants et notamment l'Ordre national des pharmaciens ont ensuite effectué un travail important de lobbying auprès des députés pour faire face à celui des médecins opposés à cet amendement. Le PLFSS 2017 a ensuite effectué des navettes parlementaires entre l'assemblée nationale et le sénat. Un amendement a été porté par le gouvernement, issu des représentants médicaux, prévoyant une expérimentation de stockage par les médecins de vaccins dans leurs cabinets afin de faciliter l'accès au patient mais il n'a finalement pas été adopté dans le texte final. L'amendement sur la vaccination à l'officine a subi des modifications lors de la navette parlementaire pour finalement être adopté dans le texte final le 5 décembre 2016.

L'amendement prévoit donc une expérimentation de 3 ans avec la possibilité par le pharmacien d'effectuer l'acte vaccinal pour la grippe chez les adultes. L'expérimentation se fera sur la base du volontariat et une formation préalable sera obligatoire. Deux régions participeront à l'expérimentation : la Nouvelle Aquitaine et l'Auvergne Rhône Alpes. Les représentants de la profession restent vigilants car les décrets d'application de l'expérimentation ne sont pas sortis et la rémunération de cet acte, dont dépendra la participation des pharmaciens à l'expérimentation, n'est pas connue. Les syndicats ont réclamé une rémunération de dix euros pour cette expérimentation aux ARS concernées. Tous les acteurs espèrent que le décret d'application fixant les modalités de l'expérimentation soit publié rapidement, afin que les pharmaciens volontaires soient prêts pour début octobre 2017, date du début de la campagne de vaccination [53].

4- L'intervention pharmaceutique

La validation de l'ordonnance fait partie de l'acte de dispensation réalisé par le pharmacien. Lors de la dispensation et de la validation de l'ordonnance, le pharmacien peut rencontrer un obstacle à la délivrance en l'état de l'ordonnance (posologie anormale, interaction médicamenteuse...). Le pharmacien réalise alors une intervention pharmaceutique.

Elle est définie comme « toute proposition de modification de la thérapeutique médicamenteuse initiée par le pharmacien. Elle comporte :

- l'identification,
- la prévention,
- et la résolution des problèmes liés à la thérapeutique ».

Cette proposition pourra être formalisée et présentée au prescripteur afin de trouver ensemble une alternative [54].

L'intervention pharmaceutique peut être assimilée à « l'opinion pharmaceutique qui est une décision motivée, fondée sur l'historique pharmaco-thérapeutique connu d'un patient, dressée sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements le concernant. Consignée dans l'officine, elle est communiquée sur un document normalisé au prescripteur et/ou au patient lorsqu'elle invite à modifier ou réviser le traitement médicamenteux » [55].

L'opinion pharmaceutique peut être établie pour toute prescription.

La Société française de pharmacie clinique (SFPC) a élaboré une fiche d'intervention pharmaceutique pour les officinaux. **ANNEXE 2**

Cet outil permet de recueillir et mesurer l'apport du pharmacien dans la chaîne du médicament. Les fiches d'intervention pharmaceutique sont renseignées lors de l'identification des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse au moment de l'analyse pharmaceutique des prescriptions avec ou sans les données cliniques du patient, et lors de la résolution de ces problèmes avec le prescripteur [56].

L'intervention pharmaceutique fait aujourd'hui partie de la dispensation lorsqu'elle est nécessaire et dans l'intérêt du patient. Ce service n'est donc pas un service nouveau du pharmacien. Mais, sur le modèle du Québec, ce service, qui est chronophage comparativement à une dispensation classique, doit être rémunéré.

« Il me semble également important que la future convention prévoit la rémunération des interventions pharmaceutiques. Chaque contact pris avec le médecin qui aboutit à la modification de l'ordonnance (changement de produit, de posologie, de dosage...) doit être rémunéré par un honoraire. Car, pour le pharmacien, c'est un supplément de temps passé par rapport à une dispensation classique. De plus, cela aurait le mérite d'objectiver l'intervention du pharmacien » comme l'indique Philippe Gaertner, président de la FSPF.

5- L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient fait partie des missions du pharmacien. L'article 84 de la loi HPST précise le cadre légal de l'éducation thérapeutique du patient. Les décrets d'application de cette loi ont été publiés en août 2010. Ils définissent le contenu des programmes et imposent une formation obligatoire de 40 heures pour les pharmaciens souhaitant y participer. Cette formation fait maintenant partie de la formation initiale du pharmacien dispensée dans les Unités de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques.

Les pharmaciens ont toute leur place dans les programmes d'éducation thérapeutique qui sont réalisés par des équipes pluridisciplinaires sur des programmes approuvés par les ARS. Ces programmes d'éducation thérapeutique sont le plus souvent réalisés en petits groupes. La tenue de ces programmes est difficilement réalisable à l'officine. L'éducation thérapeutique est donc un service essentiellement extérieur à l'officine auquel le pharmacien peut bien évidemment participer.

6- Le pharmacien correspondant

Le décret 2011-375 du 5 avril 2011 a fixé les missions des pharmaciens d'officine correspondants.

Ces missions s'inscrivent dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé définis à l'article L 4011-1 du code de la santé publique, issu de la loi Hôpital, Santé, Patients, Territoires (HPST) de 2009.

Les nouvelles missions du pharmacien correspondant sont le renouvellement de traitements chroniques, la réalisation de bilan de médication et l'ajustement de posologies. Le pharmacien les met en œuvre en collaboration avec le médecin traitant du patient et selon un protocole de soins bien établi et validé par la Haute Autorité de santé (HAS), qui détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée. Lorsque ce protocole de coopération porte sur un traitement chronique, le pharmacien d'officine désigné comme correspondant par le patient pourra, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole (la durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder douze mois). La prescription médicale rédigée dans le cadre du protocole précise les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement comprenant les renouvellements ainsi que la nature éventuelle des prestations à associer selon le produit prescrit. Le protocole peut prévoir des bilans de médication à effectuer par le pharmacien [57].

Malheureusement le protocole à mettre en place pour la mise en œuvre du rôle de pharmacien correspondant est très lourd. Actuellement très peu de protocoles ont été soumis à la HAS. Ce nouveau rôle souhaité par la profession pharmaceutique est très critiqué par les médecins. En effet leurs représentants estiment que cette procédure correspond à un « transfert de tâches, professions moins compétentes ». La rémunération des pharmaciens correspondants n'est pas abordée dans les textes publiés. Le pharmacien correspondant devrait être rémunéré pour cet acte en fonction de la charge de travail induite. Mais la charge de travail peut être différente suivant chaque protocole qui est défini au niveau local.

Une démarche alternative pourrait être mise en place à la place des pharmaciens correspondants. En effet le pharmacien pourrait renouveler les prescriptions après un bilan pharmaceutique réalisé dans un local de confidentialité. Un protocole national

pourrait être établi pour certaines pathologies chroniques et à destination de patients stabilisés. Avec l'accord du médecin il pourrait prescrire une ordonnance renouvelable après bilan pharmaceutique dans la limite de 12 mois. En fonction du bilan pharmaceutique le pharmacien pourrait renouveler et délivrer la prescription initiale ou réorienter le patient vers son médecin. Après chaque bilan le pharmacien transmettrait un compte rendu du bilan pharmaceutique réalisé.

Cette nouvelle mission pourrait être rémunérée par un honoraire spécifique qui serait inférieur au tarif d'une consultation chez le médecin. Ce schéma pourrait être mieux accepté par les médecins car il s'agit simplement du renouvellement d'une prescription initiale sans modification de posologie. Ce dispositif serait donc une modalité nouvelle de prescription qui pourrait être utilisée par les médecins qui ne jugent pas nécessaire de revoir la pression stabilisée, dès lors qu'aucun signe de dégradation de leur état clinique ne se manifeste. L'intérêt de cette mesure est la perspective de gagner du temps médical. Elle pourrait intéresser les médecins surchargés ou en zone de désertification médicale.

7- La dispensation à domicile

Comme vu dans l'expérimentation à domicile précédemment, la dispensation à domicile n'est pas une simple livraison de médicament. Dans le cadre juridique actuel, elle ne peut être réalisée que « lorsque le patient est dans l'impossibilité de se déplacer, notamment en raison de son état de santé, de son âge ou de situations géographiques particulières » (Article R5125-50 du Code de la Santé Publique). Cette dispensation permet aussi de rompre l'isolement de certains patients.

La dispensation à domicile pourrait être prescrite par le médecin et rémunérée à l'acte pour le pharmacien, par l'assurance maladie couvrant ainsi les frais de livraison par du personnel habilité. De plus les conditions de transport doivent garantir la parfaite conservation des médicaments.

Devant le vieillissement de la population et l'augmentation du maintien à domicile, ce service devra être amené à se développer en France. Ce sera au pharmacien de faire valoir son rôle auprès des médecins et de se faire rémunérer pour ce service.

8- Le bilan de médication

En France, les prescriptions ne sont pas toujours optimales. Elles sont aussi parfois trop longues et sources d'erreurs notamment chez les personnes âgées [57].

Le pharmacien, spécialiste du médicament, a les compétences pour apporter un nouveau regard sur des prescriptions parfois complexes. Il pourrait contribuer à optimiser les prescriptions. Un bilan de médication pourrait donc être réalisé par le pharmacien pour certains patients dans un local de confidentialité. Actuellement le bilan de médication n'est prévu par la loi que dans le cadre du protocole mis en place avec le rôle de pharmacien correspondant (article R. 5125-33-5 du Code de la Santé Publique).

Ces bilans de médication consisteraient en un entretien avec le patient au cours duquel le pharmacien ferait le point avec lui sur son traitement. À la suite de cet entretien et avec les éléments recueillis, le pharmacien procédera à une analyse des prescriptions du patient. Puis il adressera au médecin un avis dans lequel il peut lui conseiller d'adapter la prescription. Le médecin restera bien évidemment le décideur de la stratégie thérapeutique. Ces bilans de médication pourraient être réalisés par le pharmacien sur prescription du médecin. En effet si les médecins ne maîtrisent pas l'intervention du pharmacien, ils ne prendraient pas en compte les recommandations du pharmaciens qui seraient perçues comme une charge chronophage au mieux voire comme inutile. Le but n'est pas que le pharmacien discute de l'adaptation du traitement avec le patient ce qui pourrait réduire la confiance du patient en son médecin. Mais les recommandations du pharmacien doivent être discutées avec le médecin dans l'objectif d'optimiser le traitement du patient. Le pharmacien devra avoir accès au dossier médical du patient pour pouvoir réaliser ce bilan de médication dans de bonnes conditions.

La rémunération du pharmacien pour un tel acte devrait s'articuler avec le tarif de la consultation du généraliste. Le temps passé par le pharmacien pour ce bilan de médication devrait être compris entre 15 et 20 minutes. Il devrait être pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que les consultations de médecins. Les organismes d'assurance complémentaire devraient être encouragés à prendre en charge cet acte.

L'éventuelle mise en place d'un tel service devrait être accompagnée de la mise en place d'un dispositif d'évaluation dans la perspective d'apprécier son impact sanitaire et économique.

C- La rémunération des nouveaux services

La réclamation par les pharmaciens du développement de nouveaux services, au delà du fait que ces services permettent de conforter la place d'acteur de la santé du patient, a

aussi un intérêt économique. Ces nouveaux services pourraient développer les activités de l'officine et être effectués à des moments de creux ou être programmés. Par ailleurs les tâches administratives de l'officine pourraient être déléguées à des personnes moins qualifiées que les pharmaciens qui pourraient, quant à eux, effectuer ces nouveaux services de santé. Ces nouvelles missions des pharmaciens ont pour objet principal de faire gagner du temps au médecin, de développer la prévention primaire et d'accroître les possibilités d'accompagner les patients chroniques. Mais ces nouvelles missions ne doivent pas être amenées par les difficultés économiques que peut connaître la pharmacie mais par l'intérêt de santé publique qu'elles représentent.

En plus d'être acceptées par la profession et les patients, ses nouvelles missions doivent être acceptées par l'ensemble des professionnels de santé faisant partie du parcours de soin. En effet la coopération entre les professionnels de santé ou interprofessionnalité est de plus en plus encouragée tant pour un gain de coût que pour un gain d'efficacité dans la prise en charge du patient. Actuellement l'obstacle principal à cette coopération est la relation de concurrence qui peut exister entre professionnels de santé. Chaque professionnel tient à affirmer et conforter sa place dans la hiérarchie entre professionnels de santé pour garantir la source de ses revenus.

Le pharmacien doit résolument se tourner vers les services, en assumant de nouvelles missions. Mais l'acte de dispensation doit rester la mission principale du pharmacien et sa source principale de rémunération.

Section II : La rémunération de la dispensation

Précédemment nous avons vu la rémunération actuelle des officines. Et l'ajout d'un paiement à l'acte pourrait rémunérer la prestation de nouveaux services. Cette partie est consacrée à la rémunération de la dispensation qui a pour vocation de rester la principale ressource de l'officine. Nous avons vu la rémunération actuelle et ses limites, nous allons essayer de définir une rémunération cible pour l'officine et voir les conditions et modalités d'une réforme.

A- Définition d'un mode de rémunération cible [24]

Aujourd'hui, l'évolution du prix des médicaments est incertaine. Le choix entre divers modes de rémunération du pharmacien doit donc se faire indépendamment du prix des médicaments. Un mode de rémunération doit donc être envisagé en fonction de ses vertus intrinsèques et non en fonction des revenus qu'il induit.

Le mode de rémunération du pharmacien a un impact direct sur l'image de la profession. La rémunération à la marge, historique, favorise la représentation du pharmacien comme celle d'un commerçant. Alors que l'honoraire de dispensation tend vers l'image du pharmacien comme celle d'un professionnel de santé. Il ne faut pas surestimer cet argument mais il mérite d'être pris en compte, car cette image ne touche pas seulement le grand public mais façonne aussi la vision des pharmaciens auprès de l'équipe de soins dont les médecins.

Le mode de rémunération du pharmacien ne doit pas le placer en situation de conflit d'intérêt entre son rôle de commerçant et celui de professionnel de santé. C'est de ce point de vue que la rémunération à la marge est potentiellement problématique. Car d'un point de vue financier le pharmacien a tout intérêt à délivrer des médicaments, même si pour l'intérêt du patient il doit, parfois, refuser la délivrance. De ce point de vue, le paiement à l'ordonnance ou à l'acte paraît être la rémunération la plus appropriée.

Un bon mode de rémunération doit ajuster les ressources de l'officine au travail fourni pour réaliser l'acte de dispensation et aux charges de l'entreprise. Ce mode de rémunération doit garantir un niveau et une évolution en fonction de la charge de travail effective de la dispensation. Donc ce mode de rémunération assure une meilleure égalité entre pharmacies car il déconnecte les ressources de l'officine des caractéristiques des produits vendus. A l'inverse, une rémunération qui n'est pas ajustée sur les coûts peut créer des rentes de situation pour certaines officines. Mais l'évolution du mode de rémunération ne devra pas créer un déséquilibre trop important qui déstabiliserait le réseau officinal en France.

Il convient d'examiner la charge de travail et les coûts de chaque acte. En ce qui concerne l'acte de dispensation, on retrouve trois éléments à prendre en compte.

Tout d'abord un travail de manutention proportionnel au nombre de boîtes et qui tend à diminuer avec la mise en place de robots dans certaines officines.

Ensuite un travail d'accueil du patient et un travail administratif dépendant du nombre d'ordonnances. Enfin un travail de conseil et d'analyse pour chaque ordonnance qui dépend de nombreux facteurs : le nombre de lignes la nature des médicaments à délivrer...

En prenant en compte ces éléments il faut donc une rémunération suivant le nombre d'ordonnances traitées, le nombre de lignes de médicaments et la nature de certains médicaments. De plus, les ordonnances nécessitant un traitement particulier comme une intervention auprès du médecin au cours de la délivrance pourrait faire l'objet d'une rémunération particulière.

En ce qui concerne les coûts subis par l'officine, pour assurer la dispensation du médicament l'officine doit disposer d'un stock. La disposition d'un stock entraîne un coût d'immobilisation du capital qui est proportionnel au prix des médicaments. Pour les médicaments remboursables qui représentent la part la plus importante du chiffre d'affaires de l'officine, ils sont achetés auprès des grossistes. La somme de la durée moyenne de rotation du stock et du délai moyen de règlement par les caisses d'assurance maladie est équivalente voire inférieure au délai moyen de règlement au fournisseur. Il n'y a donc pas ou peu de coût d'immobilisation du stock pour ses produits et donc pas de coût directement lié au chiffre d'affaires des médicaments délivrés.

L'officine supporte aussi des coûts fixes d'immobilisation du capital pour financer l'officine et d'investissement matériel.

En conclusion, une rémunération sur la base d'un honoraire de dispensation s'établit comme la meilleure rémunération à envisager. La base de cet honoraire de dispensation ne serait plus uniquement la boîte, mais conjointement l'ordonnance traitée, le nombre de lignes ainsi que la dispensation de médicament complexe. L'honoraire de dispensation serait ainsi déconnecté du prix du médicament. Cet honoraire devra être pris en charge par les organismes d'assurance maladie au même titre que les autres actes de professionnels de santé et devra être exonéré de TVA. Cette rémunération peut s'appliquer pour les médicaments remboursables mais paraît difficilement transposable aux produits non remboursés. Pour ces médicaments, une rémunération à la marge peut continuer à être appliquée. Et une différence de prix existerait pour la délivrance d'un médicament remboursable selon qu'il soit pris en charge ou non.

B- Mise en œuvre

Les avantages obtenus grâce à un nouveau mode de rémunération sont-ils suffisants pour justifier une réforme ? La convention actuelle a été établie en 2012 pour une durée de 5 ans. La convention arrivant à son terme, des négociations se mettent actuellement

en place entre les syndicats et l'Assurance maladie pour l'établissement d'un nouveau texte.

Le premier obstacle à une réforme est le fait qu'à enveloppe constante il y aura des gagnants et des perdants. La mise en œuvre d'une réforme doit donc être progressive. Comme pour la réforme des honoraires, on peut envisager une mise en place en plusieurs étapes. Des simulations doivent être effectuées pour s'assurer qu'il n'y aura pas d'écart trop rapide et important entre les officines. En effet une réforme trop rapide, brusque ou non réfléchie pourrait entraîner une déstabilisation du réseau officinal en France et une problématique d'accès aux soins pour la population.

Les pharmaciens s'accordent sur la volonté de développer la rémunération de nouveaux services. Une nouvelle réforme devra faire consensus au sein de la profession et avec les pouvoirs publics. La nouvelle génération de pharmaciens souhaite être reconnue comme des professionnels de santé à part entière. La marge est associée au statut de commerçant, elle permet une croissance des revenus des officines sans intervention des pouvoirs publics, du moins, en période de croissance du chiffre d'affaires pharmaceutique. Ainsi la marge a été mise à mal ces dernières années par la baisse du prix des médicaments imposée par les pouvoirs publics. Mais pour éviter une réforme trop importante, une part limitée de rémunération à la marge pourrait être maintenue.

La mise en place d'une nouvelle réforme devra aussi être accompagnée de la mise en place d'un suivi de cette réforme et de mécanismes d'ajustement.

Finalement une réforme profonde sur la rémunération de la dispensation est attendue. Elle devra se déconnecter du prix des médicaments, dépendre de paramètres comme le nombre d'ordonnances, de lignes de médicament, du type de médicaments délivrés et mettre en avant le rôle de professionnel de santé du pharmacien. La réforme devra être progressive et étalée dans le temps pour permettre à la profession de s'adapter. Toute nouvelle mesure au bénéfice de l'officine devra être en accord avec ce mode de rémunération cible et la dispensation doit rester la mission principale du pharmacien.

Chapitre III : Les acteurs des négociations

On retrouve quatre principaux acteurs autour de la table des négociations : les deux syndicats représentatifs de la profession la FSPF et l'USPO ainsi que l'Union nationale des Caisses primaires d'Assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Cette dernière regroupe tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire. Mais d'autres acteurs jouent aussi un rôle dans ces négociations comme le Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Section I : Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé

A- Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017 [59]

Instaurée en 1996, la LFSS a pour objet la maîtrise des dépenses sociales et de santé. Elle est votée chaque année et obéit à une procédure de discussion et d'adoption, distincte de celle applicable aux lois ordinaires. D'après l'article 34 de la Constitution, la LFSS « détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier et compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixe ses objectifs de dépenses ».

La LFSS est écrite en premier lieu par la direction de la Sécurité sociale sous la responsabilité du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Après son passage en Conseil d'État et l'avis des caisses de sécurité sociale, la LFSS est d'abord étudiée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Parallèlement la Commission des finances, de l'économie générale et du budget est saisie pour avis. Votée par les députés, le texte est soumis aux sénateurs. Au terme de 50 jours, s'il n'y a pas d'accord, le projet peut être adopté par voie d'ordonnance. Une LFSS rectificative peut venir la modifier en cours d'année. Le suivi de l'application de la loi est assuré par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ainsi que par la Cour des Comptes.

La LFSS détermine le déficit prévisible et les mesures orientant l'action des quatre branches de la Sécurité sociale (assurance maladie, accident du travail, vieillesse, famille). Elle comporte quatre parties distinctes :

- dispositions relatives au dernier exercice clos
- dispositions relatives à l'année en cours
- dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir
- dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir

L'Assurance maladie est le principal poids des dépenses de la Sécurité sociale. Elle a donc un outil spécifique : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui fixe un objectif des dépenses de remboursement pour les quatre prochaines années, sans caractère contraignant.

L'ONDAM est composé de six enveloppes budgétaires. L'enveloppe concernant la médecine ambulatoire comporte les honoraires et est gérée par la Sécurité sociale. L'enveloppe concernant les prescriptions, qui est composée à 60% par les dépenses de remboursement de médicaments, est gérée par l'Etat. La régulation actuelle des dépenses des médicaments passe par la baisse des prix, le développement des génériques et la rationalisation des prescriptions [60]. La rémunération des pharmaciens, dépendant du prix des médicaments et du nombre de médicaments délivrés, est directement impactée par la LFSS.

Pour la cinquième année consécutive, la pharmacie d'officine va devoir faire face à des économies drastiques prévues par la LFSS 2017 publiée le 23 décembre 2016 au JO.

Malgré des appels répétés des syndicats auprès de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, sur les 4,4 milliards d'économies que doit réaliser l'assurance maladie ; 940 millions d'euros proviennent directement des produits de santé.

Cette somme comprend la baisse du prix des médicaments princeps et des dispositifs médicaux, qui comme nous l'avons vu, est encore lié en partie à la rémunération du pharmacien qui en sera impactée, ainsi qu'à la promotion et le développement des génériques ou encore les biosimilaires.

A cela, on trouve aussi des mesures qui impactent l'officine indirectement comme la maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux, ou encore la taxe sur les remises pour les industriels [4]. Même si les médecins libéraux ne sont pas engagés à prescrire moins dans la nouvelle convention médicale, l'assurance maladie a les moyens statistiques de cibler et contrôler les prescripteurs. De plus la nouvelle génération de médecins a été sensibilisée dans leur formation initiale à prescrire moins de médicaments par ordonnance. Par ailleurs la taxation des laboratoires pharmaceutiques aura des répercussions sur les officines comme des baisses des remises ou le durcissement des conditions commerciales des laboratoires.

En 2015 déjà, les baisses de prix et la maîtrise médicalisée influent négativement sur la marge réglementée qui a perdu 147 millions d'euros.

En 2016, la perte pour le réseau officinal serait de « 220 à 250 millions d'euros. Pour 2017, ce serait 300 millions d'euros », prévient Philippe Besset, vice président de la FSPF.

Comme les années précédentes, la LFSS 2017 aura un impact très important pour les pharmaciens puisqu'elle prévoit une économie globale de 1 milliard 430 millions d'euros sur le médicament.

De façon détaillée, les économies impactant l'officine porteront essentiellement sur :

- Baisses de prix des médicaments : 500 millions d'euros
- Développement des génériques : 340 millions d'euros
- Baisses des prix des dispositifs médicaux : 90 millions d'euros
- Biosimilaires : 30 millions d'euros
- Maîtrise des volumes et de la structure de prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux : 380 millions d'euros

Le point positif de la LFSS 2017 est qu'elle contient le projet d'expérimentation sur la vaccination dont il faut encore attendre le décret d'application.

B- Cadrage des négociations conventionnelles

Pour chaque nouvelle négociation conventionnelle, la Ministre de la Santé doit fixer un cadre général dans lequel devront négocier les partenaires conventionnels (l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs). En général, ce courrier énumère les objectifs recherchés par le gouvernement en faisant évoluer la rémunération des pharmaciens [61].

La lettre de cadrage rédigée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a été remise début janvier 2017 à Nicolas Revel, le directeur général de l'Assurance maladie **ANNEXE 3**.

Cette lettre a été différemment appréciée par les représentants de la profession.

Elle définit trois axes : « Le premier objectif de la convention est de mettre en œuvre une modification des conditions de la rémunération des pharmaciens, qui devra permettre de limiter l'impact de la variation du prix de certains médicaments », écrit Marisol Touraine.

« Le deuxième objectif, précise la ministre, vise à assurer une meilleure prise en compte des missions des pharmaciens dans le conseil et l'accompagnement des patients. » Elle envisage notamment un investissement des officinaux dans la prévention de la iatrogénie, la lutte contre le tabagisme, le développement de la vaccination ou la lutte contre l'antibiorésistance.

Enfin, troisième axe directeur proposé par Marisol Touraine, l'évolution du réseau, avec une « aide ciblée à certaines officines indispensables dans les territoires sous-denses et qui présentent des signes marqués de difficulté économique. Cet objectif s'inscrit pleinement dans le cadre de l'ordonnance prévue par la loi santé visant à simplifier et à faire évoluer le maillage officinal », indique la ministre.

« À l'analyse de cette lettre, c'est une énorme déception, puisque la ministre avait répété à plusieurs reprises qu'elle voulait un financement pluriannuel pour réussir la convention. Or je ne retrouve pas ce financement dans cette lettre », indique Gilles Bonnefond, président de l'USPO

À l'inverse, la FSPF se dit globalement satisfaite des points évoqués dans la lettre d'orientation. *« Au regard de ce qu'elle contient, nous sommes en mesure de débiter les négociations »*, affirme son président, Philippe Gaertner [62].

Pour Frédéric Bizard, économiste de la santé, *« cette lettre est faite pour attirer les syndicats dans le piège de la négociation qui démarre le 22 février et se termine le 6 avril. Régler la question de la transformation du métier est un objectif difficile à atteindre en six semaines. Cette lettre ne peut mener qu'à l'échec et à la destruction du réseau »*. Pour cet expert, *« le gouvernement et la CNAM ont une approche comptable et proposent des solutions qui ne feront que maintenir l'officine la tête hors de l'eau, sans vision stratégique du métier. Dans la phase de transformation que connaît la pharmacie, faire croire que cette convention va régler sa problématique est utopique. Mais la grève n'est pas non plus un mode d'action opportun »*, estime-t-il.

Cette analyse est partagée par Claude Le Pen, économiste de la santé. *« Il n'y a pas de vision à long terme de la place de l'officine, sur le nombre souhaitable de pharmacies »*, affirme-t-il. Au contraire, *« au lieu d'avoir une réflexion stratégique et globale sur la rémunération de l'officine, on se contente d'un système de compensation avec quelques rustines »*.

Suite à la lettre de cadrage, prenant les devants et souhaitant faire partager son inquiétude pour l'avenir de la pharmacie d'officine, l'USPO a appelé les pharmaciens à faire grève le 26 janvier 2017 et à manifester dans toute la France.

Section II : L'Assurance maladie

Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a validé, le 26 janvier 2017, les orientations qui lui étaient présentées par la présidence de l'Assurance maladie et qui serviront de base aux négociations conventionnelles avec les pharmaciens. Elles s'appuient sur la lettre de cadrage transmise précédemment par la ministre des Affaires sociales et de la Santé **ANNEXE 3**.

Les orientations de l'UNCAM se présentent sous 4 axes :

- Le premier est de poursuivre la diversification de la rémunération des pharmaciens, pour limiter l'impact de la variation du prix de certains médicaments et valoriser le rôle de professionnel de santé du pharmacien. Pour cela, les objectifs seront par exemple d'adapter la ROSP générique ou encore de renforcer le suivi de la rémunération officinale.
- Le deuxième axe est d'assurer une meilleure prise en compte des missions des pharmaciens dans le conseil et l'accompagnement des patients. En effet, avec le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques l'officine devient le relais de santé de proximité privilégié. Notamment, pour la prévention de la iatrogénie, la lutte contre l'antibiorésistance ou encore la lutte contre le tabagisme.
- Le troisième axe consistera à accompagner les évolutions nécessaires du réseau officinal à travers une aide ciblée indispensable à certaines officines. Par exemple les pharmacies seules sur leur commune, qui desservent un volume important de population, avec des distances ou temps moyens d'accès relativement élevés, mais également des officines situées dans des territoires isolés ou montagneux.
- Enfin, le quatrième axe visera à moderniser et soutenir la dématérialisation des échanges avec l'Assurance Maladie pour accompagner la qualité de service. Nous souhaitons confirmer l'implication des pharmaciens dans la modernisation des échanges notamment avec l'assurance maladie, sur :
 - La prescription électronique de médicaments et le DMP, en lien avec les syndicats de médecins.
 - L'acquisition des droits en ligne intégrée aux logiciels.

- Le développement de nouveaux téléservices, notamment ceux pouvant améliorer la qualité de service aux assurés », conclut le directeur de la Caisse nationale. [63]

Section III : Les syndicats

Le rôle des syndicats est de représenter les pharmaciens d'officine devant les instances officielles. Ces syndicats sont composés de pharmaciens d'officine en exercice.

A- Elections des Unions régionales des professionnels de santé 2015 : 2 syndicats représentatifs

Les URPS, créées en 2009, ont pour mission de contribuer à l'organisation de la santé et de développer leurs missions, au niveau régional et en partenariat avec les ARS. Au sein des URPS sont élus des pharmaciens représentants la profession. Tous les pharmaciens titulaires sont appelés à voter pour ces élections qui déterminent la représentativité des syndicats. La durée du mandat des membres des assemblées des unions régionales des professionnels de santé est de cinq ans, renouvelable, à compter de la première réunion de l'assemblée. A partir de 10% des voix obtenues, un syndicat devient officiellement représentatif de la profession et à partir de 30% des voix, un syndicat a la possibilité de signer une convention au nom de la profession [63].

Les dernières élections ont eu lieu fin 2015 et les résultats obtenus par les listes de candidats déterminent dans chaque région le nombre de sièges dont les syndicats de pharmaciens disposeront au sein de l'URPS.

Région	Sièges à pourvoir	Inscrits	Votants	Enveloppes valides	Bulletins nuls et blancs	Suffrages exprimés	Taux de participation	FSPF			UNPF			USPO		
								Suffrages	%	Sièges	Suffrages	%	Sièges	Suffrages	%	Sièges
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	12	2 013	1 352	1 306	54	1252	67,16%	845	67,49%	9	178	14,22%	1	229	18,29%	2
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	15	2 947	1 827	1 746	45	1701	62,00%	864	50,79%	8	144	8,47%	1	693	40,74%	6
Auvergne - Rhône-Alpes	15	3 293	2 152	2 084	30	2054	65,35%	651	31,69%	5	114	5,55%	0	1 289	62,76%	10
Bourgogne - Franche Comté	9	1 246	902	878	14	864	72,39%	296	34,26%	3	36	4,17%	0	532	61,57%	6
Bretagne	9	1 435	936	883	21	862	65,23%	501	58,12%	5	90	10,44%	1	271	31,44%	3
Centre-Val de Loire	9	1 038	666	638	14	624	64,16%	429	68,75%	7	60	9,62%	0	135	21,63%	2
Corse	3	176	148	142	4	138	84,09%	45	32,61%	1				93	67,39%	2
Guadeloupe	3	164	83	79	2	77	50,61%	77	100,00%	3						
Guyane	3	49	31	26	0	26	63,27%	24	92,31%	3	2	7,69%	0			
Ile-de-France	18	4 402	1 902	1 832	76	1756	43,21%	344	19,59%	3	202	11,50%	2	1 210	68,91%	13
La Réunion	6	303	220	210	6	204	72,61%	104	50,98%	3	65	31,86%	2	35	17,16%	1
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	15	2 855	1 813	1 765	28	1737	63,50%	1 161	66,84%	11	84	4,84%	0	492	28,32%	4
Martinique	3	138	41	38	0	38	29,71%	38	100,00%	3						
Normandie	9	1 298	814	736	3	733	62,71%	442	60,30%	6	85	11,60%	1	206	28,10%	2
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	12	2 464	1 409	1 409	14	1395	57,18%	526	37,71%	5	102	7,31%	0	767	54,98%	7
PACA	15	2 539	1 285	1 285	21	1264	50,61%	757	59,89%	9	85	6,72%	1	422	33,39%	5
Pays de la Loire	9	1 496	966	903	18	885	64,57%	515	58,19%	5	95	10,73%	1	275	31,07%	3
TOTAL France	165	27856	16547	15960	350	15610	59,40%	7 619	48,81%	89	1 342	8,60%	10	6 649	42,59%	66

Figure 22. Résultats des élections des représentants des pharmaciens aux URPS 2015

(Source : Communiqué de presse de la Direction de la Sécurité Sociale du 11 décembre 2015)

Suite à ces élections, les différents syndicats de pharmaciens d'officine titulaires ont obtenu les résultats présentés ci dessus (figure 21) [65]. La FSPF conserve sa première place mais passe de 59,20% en 2010 à 48,81%. L'USPO est en progression de 13,51 points avec 42,59% contre 29,08% en 2010. Quant à l'UNPF, en recul de 3,12 %, elle passe sous les 10%, avec 8,6% des suffrages exprimés et n'est donc plus un syndicat considéré comme représentatif de la profession [66].

Deux syndicats, la FSPF et l'USPO, iront donc aux négociations de la nouvelle convention nationale des pharmaciens d'officine avec l'assurance maladie.

Dans ce contexte, les deux syndicats représentatifs ont décidé d'unir leurs forces pour les négociations et de faire front commun [67].

B- Fédération des Syndicats Pharmaceutiques Français (FSPF)

La FSPF est le principal syndicat professionnel représentatif des pharmaciens titulaires d'officine. Le président du bureau de la FSPF est Philippe Gaertner. Lors des précédentes négociations avec la CNAM, la FSPF a été le seul syndicat signataire de l'avenant mettant en place le transfert de marge vers la création des honoraires de dispensation.

Les principaux objectifs de la FSPF dans les négociations qui s'ouvrent sont :

- la création d'honoraires supplémentaires de 2 euros par ordonnance, en moyenne, en plus des honoraires et de la marge dégressive lissée actuels, avec l'objectif de poursuivre la déconnexion de la rémunération du pharmacien des baisses de prix des médicaments ;
- la revalorisation des honoraires pour les ordonnances complexes ;
- l'introduction d'une rémunération pour les interventions du pharmacien sur l'ordonnance, la tenue du dossier patient (DP, DMP), les complexités spécifiques de certaines dispensations, la coordination des soins, la préparation des doses à administrer ;
- un paiement simplifié, rapide et inter-régime pour les entretiens pharmaceutiques, et un paiement à l'acte pour l'ensemble des autres missions ;
- la simplification de l'acquisition des droits des assurés sociaux, y compris auprès des complémentaires de santé, afin de fiabiliser la facturation des prestations pharmaceutiques et sécuriser leurs paiements [68].

La FSPF ne rejoint pas l'USPO qui a appelé à la mobilisation le 26 janvier en amont des négociations. Elle annonce faire le choix de la négociation et non du blocage.

C- Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO)

L'USPO a été créée en octobre 2001. En avril 2005, l'USPO est reconnue en tant que syndicat représentatif des pharmaciens titulaires d'officine auprès de l'Assurance maladie et en octobre 2005 pour les négociations salariales. Le président de l'USPO est Gilles Bonnefond.

Aux dernières élections de 2015, l'USPO obtient 42,59% des voix se positionnant comme le deuxième syndicat des pharmaciens titulaires d'officine.

Lors des dernières négociations, l'USPO a refusé la signature de l'avenant portant sur la mise en place des honoraires de dispensation qui, pour elle, ne protège pas la rémunération du pharmacien des baisses de prix des médicaments.

Les principales propositions de l'USPO pour la négociation de la nouvelle convention sont de:

- mettre en place un contrat pluriannuel entre l'Etat et la profession afin de renforcer la visibilité économique des officines ;
- déconnecter la rémunération de la pharmacie des prix et volumes des médicaments en développant les nouvelles missions du pharmacien ;
- rémunérer les interventions pharmaceutiques et les services tels que l'intervention au domicile des malades et la PDA ;
- renforcer le rôle du pharmacien auprès des personnes âgées en ville et en EHPAD ;
- création d'une rémunération spécifique pour les ordonnances complexes [69].

En amont de l'ouverture des négociations pour la prochaine convention entre les pharmaciens d'officine et l'Assurance maladie, l'USPO a appelé à une mobilisation générale le 26 Janvier 2017 des pharmaciens devant leur CPAM. Cette mobilisation n'a pas été suivie par les autres syndicats mais a été une réussite pour l'USPO. Elle permet de montrer la détermination de la profession et de renforcer son poids dans les négociations d'après l'USPO [70].

D- Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF)

L'UNPF a été créée en 1899. Idéalisme, évolution et adaptation sont les trois mots-clés qui ont marqué son histoire. Grande perdante des dernières élections aux URPS de 2015, l'UNPF n'est officiellement plus représentative des pharmaciens d'officine au niveau national. Elle conserve cependant des sièges dans certaines commissions paritaires régionales.

L'UNPF porte la volonté d'un pharmacien clinicien rémunéré sur l'acte intellectuel qu'il effectue et non sur le nombre de spécialités délivrées.

L'UNPF pense aussi qu'il faut sortir de ces entretiens pharmaceutiques trop longs, trop complexes pour mettre en place le pharmacien clinicien et enfin faire du pharmacien l'acteur de soins de premier recours [71].

E- Grande consultation de santé 2016

Dans le but de préparer l'ouverture des négociations avec l'assurance maladie, les deux syndicats majoritaires ont lancé une grande consultation des pharmaciens d'officine en 2016.

Les pharmaciens ont eu, de juillet à septembre 2016 inclus, pour s'exprimer sur le site contributif www.grandeconsultationpharmacie.fr. Plusieurs possibilités s'offrent aux pharmaciens, soit remplir un questionnaire sur les dix premières propositions pour la pharmacie d'officine, soit faire des propositions sur six grands thèmes. **ANNEXE 4**

Lors du 69^{ème} Congrès national des pharmaciens organisé par la FSPF à Nantes le 22 et 23 Octobre 2016, les résultats de la grande consultation ont été présentés.

Au total, le site internet a récolté 1512 contributions libres, dont plus de 1400 ont pu être exploitées et le questionnaire a été rempli par 4192 officinaux.

Parmi les six thèmes prédéfinis, on retrouve les principales propositions issues de la grande consultation regroupées dans le tableau ci-dessous (figure 22).

Thème	Propositions	Taux de réponse
Missions	Refonte des entretiens pharmaceutiques, entretiens autour du patient plutôt que de la pathologie, préparation des doses à administrer (PDA) ambulatoire, portage de médicaments à domicile, vaccination à l'officine, soins de premiers recours, pharmacien prescripteur, rôle de coordination du pharmacien dans le virage ambulatoire	28%
Economie	Rémunération à l'acte, déconnecter la rémunération des prix et des volumes, développer une rémunération spécifique (stupéfiants, affection de longue durée -ALD-...), rémunérer les services, encadrer les prix de la LPPR et de l'OTC (corridor de prix), légaliser la rétrocession entre officines, lutter contre la captation d'ordonnances	23%
Relations avec l'assurance maladie et les complémentaires	Harmoniser et simplifier les cartes de mutuelle, consultation et mise à jour des droits en temps réel, avoir un interlocuteur unique pour le régime obligatoire et le régime complémentaire, rémunérer le travail administratif	18%
Organisation du réseau	Favoriser les regroupements, donner à la profession les moyens de sa restructuration, créer des outils fiscaux pour réguler, indemniser les départs à la retraite, création d'officine mère-fille	13%
Etudes et formation de l'équipe	Suppression de la première année commune aux études de santé (PACES), réformer le contenu, intégrer les diplômes universitaires (DU) indispensables (orthopédie, management, maintien à domicile, patients cancéreux...), revoir le contenu et la durée des études de préparateurs	10%
Nouvelles technologies	Pharmacien au cœur de la télémédecine et la e-santé, sécurisation et dématérialisation des ordonnances, messageries sécurisées, labellisation des objets connectés	8%

Figure 23. Synthèse des principales propositions et taux de réponse à la Grande consultation des pharmaciens d'officine 2016 [72]

Quant aux dix premières propositions pour la pharmacie d'officine **ANNEXE 4**, elles ont toutes été approuvées par les pharmaciens qui répondent « Oui » à plus de 70% pour chaque proposition.

« Les résultats de cette consultation auront une influence déterminante dans les travaux préparatoires et les négociations pour la prochaine convention nationale pharmaceutique », ont annoncé la FSPF et l'USPO lors de la fin de la grande consultation.

Chapitre IV : Objectif : négociations de la convention pharmaceutique 2017-2021

Dans un contexte économique difficile, l'officine cherche un nouveau souffle. L'impact positif du nouveau mode de rémunération est contesté et les baisses de prix massives sur les médicaments pèsent de plus en plus sur les comptes. C'est dans ce contexte que les négociations conventionnelles s'ouvrent avec l'assurance maladie en 2017.

En amont des négociations, l'USPO et la FSPF ont décidé de s'unir et ont rédigé fin 2016 une lettre commune adressée à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, appelant à une évolution du réseau officinal, du métier et du mode de rémunération de la pharmacie [67].

Dans le but de disposer de plus de temps pour négocier, les syndicats ont accepté la tacite reconduction de la convention de 2012 et donc de négocier seulement en avenant conventionnel plutôt qu'une nouvelle convention.

Le calendrier de négociations s'étend à partir du 22 février 2017 et la dernière réunion est prévue pour le 26 avril 2017.

Qui peut signer l'accord conventionnel ?

Tous les acteurs autour de la table peuvent signer l'accord mais pour qu'il soit valable, la signature entre l'UNCAM et l'un des deux syndicats représentatifs, ou les deux, est nécessaire. L'UNOCAM peut aussi signer, mais cela n'est pas obligatoire pour que l'accord soit valable.

En cas d'échec des négociations, si l'avenant ne convient pas aux syndicats, ils peuvent dénoncer la tacite reconduction de la convention de 2012, ce qui obligera l'assurance maladie à proposer de nouvelles négociations conventionnelles dans les six mois qui suivent. Et en cas d'un nouvel échec, un arbitre est choisi pour fixer un règlement arbitral [73].

Le planning des négociations a été donné par l'UNCAM :

- 22 février 2017: ouverture des négociations - 1ère séance : contexte – orientations

Thème : honoraires de dispensation

Cette séance inaugurale a permis de faire le point sur l'économie du réseau officinal et sur les propositions pour faire évoluer la structure de la rémunération. Les syndicats et

l'Assurance maladie ont été en désaccord sur les données économiques servant de base à la rémunération [74].

Les différentes propositions des syndicats ont été mises sur la table et ont fait l'objet d'un premier échange entre les participants.

La CNAM quant à elle, propose aux pharmaciens, différentes perspectives d'évolution pour les honoraires :

- Les pistes d'honoraires à l'ordonnance

La CNAM veut instaurer un honoraire compensatoire, avec la revalorisation de l'honoraire par conditionnement. Elle propose également un honoraire pour les patients chroniques, une revalorisation à 1 € de l'honoraire « ordonnance complexe », et enfin un honoraire prenant en compte une prestation spécifique du pharmacien c'est-à-dire un honoraire pour « intervention pharmaceutique ». L'avantage de cet honoraire est la rémunération d'une action du pharmacien qui améliore la prise en charge du patient via une analyse attentive de l'ordonnance. Mais les actions du pharmacien sur l'ordonnance peuvent être difficiles à quantifier et l'incitation financière créer un appel d'air augmentant le nombre d'interventions ce qui pourrait engendrer des tensions avec les prescripteurs.

- Honoraire « médicaments spécifiques »

La Caisse souhaite également mettre en place un honoraire pour la dispensation de conseils adaptés lors de la délivrance de médicaments nécessitant une prise en charge ou un suivi spécifique, tels que les médicaments d'exception ou les stupéfiants. Les avantages sont le rôle central du pharmacien lors de la dispensation et la présence de référentiels disponibles qui faciliteraient l'accès à la liste des médicaments concernés et l'identification des conseils adaptés. La CNAM pointe cependant du doigt la difficulté de l'évaluation de l'action du pharmacien.

- Honoraire « conseils adaptés à l'âge ou à la situation de la personne »

Autre piste abordée par l'institution, la rémunération du pharmacien pour la dispensation de conseils adaptés lors de la délivrance à des patients spécifiques, comme les personnes âgées, les enfants ou les femmes enceintes. Cet honoraire présente l'avantage de renforcer le rôle de santé publique du pharmacien. De même, sa rémunération ne sera pas liée aux volumes et au montant de l'ordonnance, mais à la typologie de la clientèle de la pharmacie. Comme pour l'honoraire de médicaments

spécifiques, l'inconvénient réside dans la difficulté d'évaluation de l'action du pharmacien.

- Honoraire pour la prise en charge des patients défavorisés

Dans cette même optique, la CNAM propose un honoraire pour la dispensation de conseils aux personnes défavorisées, bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat, dont la prise en charge doit être optimisée, et dans le but de réduire les inégalités, ou encore un honoraire pour la prise en charge de patients polypathologiques ou souffrant de maladies chroniques.

- Honoraire compensatoire

Pour finir, la CNAM suggère un honoraire garantissant un minimum de rémunération au pharmacien par ordonnance en fonction de la valeur de la délivrance [75].

- 2 mars 2017: 2ème séance de négociation

Thème : nouvelles missions – officines fragiles

Cette deuxième séance a été l'occasion de faire le point sur les nouvelles missions pouvant être confiées aux pharmaciens comme l'accompagnement des patients, les interventions pharmaceutiques et les actions de prévention et de dépistage.

Autre point abordé, celui des aides conventionnelles pouvant être accordées aux officines fragiles dans le but de ne pas déstabiliser le maillage territorial des officines. L'objectif immédiat est de les caractériser et d'en déterminer le nombre.

- 9 mars 2017: 3ème séance de négociation

Thème : honoraires – modernisation des échanges (simplification administrative, facturation, DMP, Prescription Electronique Médicale)

Cette séance a été l'occasion de faire un rappel des différentes propositions d'honoraires et une présentation des simulations économiques réalisées par les syndicats.

Afin de continuer à se détacher des prix industriels, l'UNCAM a proposé de faire évoluer la rémunération réglementée, composée actuellement, pour la moitié, des honoraires. Elle propose que les honoraires atteignent les trois quarts de la rémunération réglementée. Les syndicats et l'Assurance maladie ont fait le constat que les prix allaient

continuer à baisser et se sont accordés pour que le futur accord conventionnel ne lèse aucune officine. La mise en place des différents honoraires ainsi que les ROSP doivent permettre d'atteindre cet objectif.

Un état des lieux des aides et des dispositifs incitatifs à la dématérialisation des échanges avec l'Assurance maladie (FSE, mise à jour des cartes Vitale, etc) ou encore la possibilité pour le pharmacien de participer au développement du Dossier Médical Partagé a aussi été réalisé [76].

- 16 mars 2017: 4ème séance de négociation

Thème : nouvelles missions – vie conventionnelle

Cette séance a été marquée par l'engagement de l'assurance maladie sur un contrat pluriannuel qui fixe les termes de la réforme et les partenaires ont également convenu de procéder à des simulations sur l'impact de nouveaux honoraires [77].

- 22 mars 2017: 5ème séance en fonction de l'état d'avancement de la négociation sur les points restant en discussion

Lors de cette séance, ont été abordées, l'évolution des entretiens pharmaceutiques et la mise en place d'un bilan de médication chez les personnes âgées. Après négociation par les syndicats, les bilans de médication porteraient sur les ordonnances à partir de cinq lignes ou plus, alors qu'initialement l'assurance maladie fixait le seuil de cet acte aux prescriptions de dix lignes ou plus.

- 28 mars 2017: 6ème séance de négociation : rédaction du texte conventionnel

A ce stade l'assurance maladie n'a toujours pas mis d'enveloppe financière sur la table des négociations et propose un objectif de modification de la rémunération en trois étapes à partir du 1^{er} Janvier 2019, ce qui est trop tardif pour les syndicats qui réclament une réforme débutant à minima en 2018.

La FSPF annonce que si la CNAM ne met pas sur la table des négociations un investissement pour financer le réseau, elle quittera les négociations et dénoncera la tacite reconduction de la convention actuelle. Suite à son assemblée générale : « A l'unanimité, les adhérents de la FSPF ont réaffirmé qu'ils ne s'engageraient pas dans un

accord conventionnel sans investissements significatifs pour faire vivre les entreprises officinales et continuer à développer la qualité de l'acte pharmaceutique » [78].

Enfin la prise en compte de l'entrée des pharmaciens dans l'équipe de soins primaires a été actée.

- 5 avril 2017: 7ème séance de négociation : rédaction du texte conventionnel

A l'issue de cette séance, l'Assurance maladie n'a toujours pas avancé de propositions chiffrées. Les discussions vont donc se poursuivre sous réserve que la ministre de la Santé donne rapidement les assurances nécessaires à la non-reconduction automatique de la convention actuelle.

« Toute la partie métier et rémunération (bilan de médication chez les personnes âgées, nouveaux protocoles des entretiens pharmaceutiques), la partie FSE, mise à jour des cartes vitales, équipements des pharmacies, messagerie sécurisé est stabilisée. Sur la partie économie, on a des problèmes sur les montant des transferts », indique Gilles Bonnefond, président de l'USPO à la sortie de cette séance [79].

Les syndicats veulent une enveloppe de 300 millions d'euros supplémentaires sur la durée de la convention qui est de 5 ans et la sécurisation de cette enveloppe par un contrat et des clauses de révisions si l'équilibre économique est modifié.

Pour permettre de trouver un accord, les syndicats et l'assurance maladie ont prolongé les négociations jusqu'au 26 avril 2017. La FSPF et l'USPO restent unis et veulent faire une proposition commune.

- 26 avril 2017: Dernière réunion prévue

Le constat après cette réunion est que l'Assurance maladie et les syndicats ne sont pas tombés d'accord sur la partie économique. Il y avait un accord sur la partie métier, évolution du métier, évolution du tiers-payant. En effet, le contexte des élections présidentielles ne permet pas d'avoir un arbitrage politique pour s'engager sur un montant pour la partie économique de la convention.

À ce stade deux options sont envisageables :

- la fermeture des négociations car il n'y a pas d'accord et six mois d'attente avant l'ouverture de nouvelles négociations sans calendrier défini ;

- la poursuite des négociations sur l'économie, de valider le travail des négociations effectuées sur la partie métier et tiers payant avec un calendrier pour essayer d'aboutir en juillet 2017 sur un accord avec une mise en place de la réforme en 2018.

Les syndicats ont réuni leur conseil d'administration pour décider de la signature ou non du protocole d'accord de cette deuxième option. Le conseil d'administration de l'USPO a validé à l'unanimité la signature de ce protocole. La FSPF signera aussi le protocole d'accord. Il permet de continuer la négociation entre l'Assurance maladie et le futur gouvernement pour avoir une mise en place de la réforme le plus tôt possible.

Dans ce protocole on retrouve pour la partie économie dont le montant de l'enveloppe reste à négocier :

- la poursuite des négociations sur une modification de la marge avec pour objectif de réduire l'impact des baisses de prix et des volumes des médicaments sur la rémunération du pharmacien et d'introduire des honoraires à l'acte de dispensation.
- La mise en place de cette réforme en deux étapes :
 - 2018 : faire évoluer les paramètres de la marge dégressive lissée selon un schéma qui devra être arrêté avec les autorités ministérielles compétentes et répondre au double objectif d'une première étape de désensibilisation des officines aux effets des baisses de prix et d'un partage équilibré des montants nécessaires au financement de la réforme entre l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire ;
 - 2019 : poursuivre l'évolution des paramètres de la marge dégressive lissée et introduction de trois nouveaux honoraires de dispensation :
 - honoraire à l'ordonnance,
 - honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés,
 - honoraire pour ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dit spécifiques.

Pour la partie métier qui est actée entre les partenaires on retrouve plusieurs évolutions :

- pour les entretiens pharmaceutiques AOC et Asthme

- la durée des entretiens est raccourcie et les entretiens seront modulés par le pharmacien, suite à l'entretien d'évaluation, en fonction des besoins du patient ;
- la rémunération passera à 50€ par patient en année N et 30€ les années suivantes, un acompte sera versé au mois d'octobre en année N avant une régularisation les années suivantes.
- La mise en place de bilan de médication :
 - pour les patients âgés de 65 ans et plus en Affection de Longue Durée et les patients de 75 ans avec plus de 5 médicaments pendant au moins six mois ;
 - la rémunération sera de 60€ pour l'entretien initial et 30€ pour un entretien en année N+1 avec un nouveau traitement et 20€ si pas de nouveau traitement.

Pour la partie Tiers payant une revalorisation est prévue :

- pour la transmission des FSE : 0,064€ si taux de FSE < 90% et 0,07€ si taux de FSE ≥ 90% ;
- pour la dématérialisation des pièces justificatives, pas de revalorisation avec un forfait maintenu à 418,60€ par an pour les pharmaciens en solution SCOR ;
- pour l'équipement progressif des pharmacies en lecteurs permettant la mise à jour des cartes vitales sur le poste de travail :
 - 689€ par an pour une borne (montant inchangé)
 - 689€ + 250€ par an pour une borne et un lecteur
 - 689€ + 500€ par an pour une borne et deux lecteurs
 - 1000€ par pour quatre lecteurs ;
- déploiement des logiciels à la dispensation et Dossier Médical Partagé
 - 200€ par an pour l'équipement en logiciel d'aide à la dispensation labellisé
 - 1€ par Dossier Médical Partagé ouvert ;
- engagement à une prise en charge coordonnée des patients avec l'objectif de développer la collaboration interprofessionnelle, si participation du pharmacien à une équipe de soins primaires, à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une maison de santé pluri-professionnelle il sera rémunéré 280€ par an en 2018 et 420€ par an en 2019 ;

- la ROSP génériques à un taux maximal progressivement, une modification du calcul de la ROSP génériques est donc nécessaire et doit être négociée dans le bilan global du contrat financier pluriannuel ;
- revalorisation des astreintes de 150€ à 170€.

La négociation se poursuit donc avec pour objectif de valider la partie métier et tiers payant par des avenants à la convention actuelle et de réussir les négociations sur la partie économie avec l'Assurance maladie et le nouveau gouvernement pour conclure en juillet 2017[80].

Conclusion

Au fil du temps, l'évolution de la rémunération du pharmacien a permis la mise en place d'une rémunération de plus en plus déconnectée du prix des médicaments.

Mais malgré la réforme en 2015 et 2016, la rentabilité des officines diminue et le nombre de pharmacies qui ferment augmente de plus en plus. En effet, la rémunération du pharmacien est tributaire des décisions de l'État et de l'Assurance maladie. Et les baisses de prix actées ces dernières années ont fortement impacté le réseau officinal français.

Dans cette conjoncture difficile, nombreux sont les pharmaciens à s'inquiéter pour leur avenir ainsi que pour celui de la profession. Beaucoup d'espoir repose sur les négociations conventionnelles en cours. Leur réussite est cruciale pour la pérennité du modèle économique officinal. Car les limites du système actuel de la rémunération semblent avoir été atteintes.

L'avenir de la pharmacie française réside-t-elle dans le développement de nouveaux services ? Il n'appartient qu'aux pouvoirs publics d'accompagner les pharmaciens dans l'évolution de leur métier pour qu'ils continuent d'exercer dans l'intérêt de la santé publique, tout en maintenant l'économie officinale à un niveau suffisant pour préserver le maillage territorial officinal.

Le nouveau mode de rémunération qui sortira des négociations conventionnelles redonnera-t-il un nouveau souffle à la profession de pharmacien ?

Bibliographie

- [1] IRDES – SAFON Marie-Odile, SUHARD Véronique. Historique de la politique du médicament en France. Pôle documentation de l'IRDES, [en ligne] Mars 2017, 211p. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-de-la-politique-du-medicament-en-france.pdf>, consulté le 14 avril 2017
- [2] CNAM. Convention Nationale des pharmaciens titulaires d'officine. www.ameli.fr [en ligne] 6 Mai 2012. Disponible sur : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/index_isere.php, consulté le 14 avril 2017
- [3] FIDUCIAL. Le cahier FIDUCIAL du Pharmacien. 2016
- [4] BARBIER Gilbert et DAUDIGNY Yves. Le médicament : à quel prix ? [en ligne]. Commission des affaires sociales, n° 739, 29 Juin 2016. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r15-739/r15-7394.html>, consulté le 22 avril 2017
- [5] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 22 août 2014 fixant les plafonds de remises, ristournes et autres avantages commerciaux et financiers assimilés prévus à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale [en ligne] Journal officiel, n° 198 du 28 août 2014. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000029409867, consulté le 14 Avril 2017
- [6] MAZIERE Mélanie. OTC : l'atout croissance [En ligne]. Le Quotidien du Pharmacien, 06 janvier 2017, n°3323. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2017/02/06/otc-latout-croissance_264270, consulté le 14 avril 2017
- [7] MAZIERE Mélanie. Dispositifs médicaux en officine : un marché éclaté mais porteur [en ligne]. Le Quotidien du Pharmacien, 17 avril 2014, n°3086. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/gestion-et-marketing/article/2014/04/17/dispositifs-medicaux-en-officine-un-marche-eclate-mais-porteur_174271, consulté le 14 avril 2017
- [8] CONSEIL GESTION PHARMACIE. Statistiques professionnelles de la pharmacie. Edition 2017

- [9] BONTE Marie. L'honoraire sauve la marge [En ligne]. Le Quotidien du Pharmacien, 30 mars 2017, n°3338. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2017/03/30/lhonoraire-sauve-la-marge_265388?xtor=EPR-1-%5BNL_a_la_une%5D-20170330, consulté le 14 avril 2017
- [10] ICART Jonathan. Convention pharmaceutique : les syndicats et l'assurance maladie tombent d'accord. Pharmaceutiques [en ligne]. Mars 2012. Disponible sur : http://www.pharmaceutiques.com/archive/une/art_1433.html, consulté le 26 avril 2017
- [11] VANDENDRIESSCHE Matthieu. Affichage des prix: les modalités fixées par arrêté [en ligne]. Le Moniteur des pharmacies, 04 février 2015. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150204-affichage-des-prix-les-modalites-fixees-par-arrete.html>, consulté le 14 avril 2017
- [12] MINISTERE DE L'ECONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DU NUMERIQUE. Arrêté du 28 novembre 2014 relatif à l'information du consommateur sur le prix des médicaments dans les officines de pharmacie [en ligne] Journal Officiel, n°29 du 04 février 2015. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000030189026, consulté le 14 avril 2017
- [13] MICAS Christophe. Honoraires : « l'Huma » voit rouge ! Le Quotidien du Pharmacien [en ligne]. 26 mai 2015, n°3181. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2015/05/26/honoraires-lhuma-voit-rouge-_210281, consulté le 14 avril 2017
- [14] VANDENDRIESSCHE Matthieu. Univers Pharmacie : la controverse sur les honoraires est relancée. Le Moniteur des pharmacies [en ligne]. 20 janvier 2015. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150120-univers-pharmacie-la-controverse-sur-les-honoraires-se-poursuit.html>, consulté le 14 avril 2017
- [15] USPO. Après la valse des prix, la critique des patients [en ligne]. 05 janvier 2016. Disponible sur : <http://www.uspo.fr/apres-la-valse-des-prix-la-critique-des-patients/>, consulté le 14 avril 2017
- [16] BASCHET-VERNE Marion, Pharmaciens d'officine : un honoraire contreproductif. www.pharmanalyses.fr. [En ligne] 19 avril 2015. <http://pharmanalyses.fr/pharmaciens-dofficine-un-honoraire-contreproductif/>, consulté le 14 avril 2017

- [17] USPO. Gilles Bonnefond : « L'USPO ne signera pas l'avenant rémunération ». *Officines Avenir*, mars 2014, n°7, pp. 2-3
- [18] POUZAUD François. Rémunération : les « drôles de calcul » de l'observatoire. *Le Moniteur des pharmacies* [en ligne]. 23 septembre 2015. Disponible sur : http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelle_s/150923-remuneration-les-droles-de-calcul-de-l-observatoire.html, consulté le 14 avril 2017
- [19] IMS Pharmastat. Spécimen de simulation de la rémunération. www.ims-pharmastat.fr [en ligne] 2014. http://www.ims-pharmastat.fr/images/documents/Simulation_Remuneration_Pharmastat.pdf, consulté le 14 avril 2017
- [20] GIPHAR. Bien plus que la pharmacie... *La santé 360*. Juillet 2016, n°5
- [21] NHS PRESCRIPTION SERVICES. Payment for Essential Services. Mars 2013. Disponible sur : http://www.ppa.org.uk/edt/February_2013/wwhelp/wwhimpl/common/html/wwhelp.htm?context=Drug_Tarrif&file=PVIA.html, consulté le 26 avril 2017
- [22] SILVAN Francois. Aux services de Sa Majesté. *Le pharmacien de France*, mars 2014, n°1258, pp. 22-26
- [23] MICAS Christophe. Aux Pays-Bas, les pharmaciens agressés à cause de l'honoraire. *Le Quotidien du Pharmacien* [en ligne]. 22 juillet 2015. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2015/07/22/aux-pays-bas-les-pharmaciens-agresses-cause-de-lhonoraire_215761, consulté le 21 avril 2017
- [24] BRAS P-L., KIOUR A., MAQUART B., MORIN A. Pharmacies d'officine: rémunération, missions, réseau. N°RM2011-090P. IGAS, Juin 2011, 208p.
- [25] MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE PUBLIQUE BELGIQUE. Arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public. Numac : 2010022181. 19 mars 2010
- [26] GRUPO HOLON. The Holon concept. Disponible sur : <http://www.grupo-holon.pt/en/public/home>, consulté le 26 avril 2017
- [27] ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC. Comprendre les nouvelles activités. Disponible sur : <http://www.opq.org/fr-CA/grand-public/nouvelles-activites-des-pharmaciens/comprendre-les-nouvelles-activites/>, consulté le 26 avril 2017
- [28] THERRIEN Steve. L'opinion pharmaceutique. *Monpharmacien.ca* [en ligne]. 5 décembre 2013. Disponible sur : <https://www.monpharmacien.ca/lopinion-pharmaceutique>, consulté le 26 avril 2017

- [29] JULIE. Healthtweet. Etats-Unis : Le poids croissant des chaînes de pharmacies. [en ligne]. 27 septembre 2010. Disponible sur : <https://healthtweet.wordpress.com/2010/09/27/etats-unis-le-poids-croissant-des-chaines-de-pharmacies/>, consulté le 26 avril 2017
- [30] BOHINEUST Armelle. Walgreens, leader sur un marché très concurrentiel. Le Figaro.fr [en ligne]. 19 juin 2012. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/societes/2012/06/19/20005-20120619ARTFIG00863-walgreens-leader-sur-un-marche-tres-concurrentiel.php>, consulté le 21 avril 2017
- [31] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2014-1047 du 15 septembre 2014 relatif à l'expérimentation de la délivrance à l'unité de médicaments appartenant à la classe des antibiotiques. Journal officiel, n°0214, 16 septembre 2014, page 15162
- [32] PAITRAUD David. Dispensation d'antibiotiques à l'unité : les textes officiels sont parus, l'expérimentation peut commencer. Vidal [en ligne]. 16 septembre 2014. Disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/14072/dispensation_d_antibiotiques_a_l_unite_les_textes_officiels_sont_parus_l_experimentation_peut_commencer/, consulté le 26 avril 2017
- [33] PRIGENT Anne. Pharmacie : quel retour d'expérience pour la distribution à l'unité d'antibiotiques ? Le Figaro.fr [en ligne]. 17 février 2017. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/article/pharmacie-quel-retour-d-experience-pour-la-distribution-a-l-unite-d-antibiotiques->, consulté le 21 avril 2017
- [34] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Journal officiel, réponse à la Question N° 84412, 26 janvier 2016, p.773. Disponible sur : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-84412QE.htm>, consulté le 27 avril 2017
- [35] MOSNIER-THOMAS Xavier. mesoigner.fr [en ligne]. 29 novembre 2016. Disponible sur : <https://www.mesoigner.fr/actualites/306-mesmedicamentschezmoi-com-une-experimentation-bordelaise-de-livraison-d-ordonnance>, consulté le 21 avril 2017
- [36] VIREL Bernard. Les pharmaciens veulent dépister vos problèmes de cœur. La voix du Nord [en ligne]. 28 septembre 2016. Disponible sur : <http://www.lavoixdunord.fr/51363/article/2016-09-28/les-pharmaciens-veulent-depister-vos-problemes-de-cœur>, consulté le 21 avril 2017

- [37] ALLIANZ. CNGPO : nos services en pharmacie [en ligne]. Disponible sur : <https://www.allianz.fr/assurance-sante/partenaires/depistage-risques-cardiovasculaires/>, consulté le 21 avril 2017
- [38] FONDATION COEUR ET ARTERES. Dépistages des risques cardiovasculaires en pharmacie [en ligne]. Disponible sur : <http://www.fondacoEUR.com/espace-professionnels-de-sante/depistage-des-risques-cardiovasculaires-en-pharmacie>, consulté le 27 avril 2017
- [39] CNGPO. Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire à l'officine en Bretagne du 26 mars au 26 avril 2015 [en ligne]. 26 mars 2015. Disponible sur : http://www.collectif-groupements-pharmaciens.fr/download/CP_DRCV_26_03_15.pdf, consulté le 27 avril 2017
- [40] URPS PHARMACIENS BOURGOGNE FRANCHE-COMTE. Actions/Projets [en ligne]. Disponible sur : <http://www.urps-pharmaciens-bfc.com/3-actions-projets.html>, consulté le 27 avril 2017
- [41] JACQUINOT Olivier. « Je mène des entretiens pharmaceutiques rémunérés à l'occasion du Moi(s) sans tabac ». Le Moniteur des pharmacies [en ligne]. 19 novembre 2016, n°3151. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3151/je-mene-des-entretiens-pharmaceutiques-remunereres-a-l-occasion-du-mois-sans-tabac.html>, consulté le 21 avril 2017
- [42] POUZAUD Francois. La vérité derrière les chiffres de 2016. Le Moniteur des pharmacies, n°3144, 18 février 2017, pp. 15-17
- [43] OUIPHARMA. Evaluer le prix de vente d'une pharmacie. Disponible sur : <https://www.ouipharma.fr/estimation-de-la-valeur-dune-officine>, consulté le 25 avril 2017
- [44] POUZAUD François. Poursuivre la réforme. Le moniteur des Pharmacies. L'annuel 2016, cahier 2, n°3155/3154, 3 décembre 2016, pp. 22
- [45] POUZAUD Francois. Fermetures des officines en 2016. Le Moniteur des pharmacies [en ligne]. 19 octobre 2016. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/fermetures-des-officines-en-2016-une-acceleration-malgre-des-entrees-en-procedures-collectives-en-baisse-de-10-percent.html>, consulté le 21 avril 2017

- [46] AFP. Vaccin par les pharmaciens : réticence des médecins et infirmiers. Sciences et avenir [en ligne]. 19 octobre 2016. Disponible sur : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/vaccin-par-les-pharmaciens-reticence-des-medecins-et-infirmiers_107603, consulté le 24 avril 2017
- [47] ACADEMIE NATIONALE DE PHARMACIE. Académie nationale de Pharmacie. Juin 2013. Disponible sur : http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_PDA_Recommandations_.pdf, consulté le 27 avril 2017
- [48] RIZOS-VIGNAL Fabienne. La préparation des doses à administrer. Le quotidien du pharmacien [en ligne]. 6 juin 2016. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/gestion-et-marketing/article/2016/06/06/la-preparation-des-doses-administrer_244201, consulté le 27 avril 2017
- [49] FRANC Aurélie. Recrudescence de l'épidémie de rougeole en Europe. Le Figaro [en ligne]. 28 mars 2017. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/article/recrudescence-de-l-epidemie-de-rougeole-en-europe>, consulté le 27 avril 2017
- [50] KOECK Jean-Louis. Deux nouveaux arrêtés précisent les vaccinations que les sages-femmes peuvent pratiquer. Mesvaccins.net [en ligne]. 21 août 2016. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/news/9437-deux-nouveaux-arretes-precisent-les-vaccinations-que-les-sages-femmes-peuvent-pratiquer>, consulté le 27 avril 2017
- [51] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. Les pharmaciens et la vaccination : comment améliorer la couverture vaccinale ? [en ligne]. 1 juillet 2017. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-cahiers-thematiques/Les-pharmaciens-et-la-vaccination>, consulté le 27 avril 2017
- [52] DEMARTI Charlotte. Le DP vaccination, c'est pour septembre. Le quotidien du pharmacien [en ligne]. 13 juillet 2016. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2016/07/13/le-dp-vaccination-cest-pour-septembre_247761, consulté le 27 avril 2017
- [53] FRANGI Claire. Combien pour piquer ? Le Pharmacien de France [en ligne]. 30 mars 2017. Disponible sur : <http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/combien-piquer>, consulté le 25 avril 2017
- [54] AUDRAS Mickael. Intervention pharmaceutique à l'officine : analyse descriptive sur 7 pharmacies de la région Rhône-Alpes. Grenoble: Université Joseph Fourier, 2006, 90 p.

- [55] CPCMS. L'acte de dispensation. Guide du stage de pratique professionnelle en officine 2017, p. 149
- [56] USPO. Intervention pharmaceutique : mode d'emploi. 4 août 2014. Disponible sur : <http://www.uspo.fr/intervention-pharmaceutique-mode-demploi/>, consulté le 27 avril 2017
- [57] ARCAT. Les missions du « pharmacien correspondant » [en ligne]. 2 juin 2011. Disponible sur : http://www.arcatsante.org/a/actus/1369/Les_missions_du_pharmacien_correspondant, consulté le 27 avril 2017
- [58] FREOUR Pauline. Les personnes âgées prennent trop de médicament. Le Figaro.fr [en ligne]. 17 septembre 2013. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/09/17/21269-personnes-agees-prennent-trop-medicaments>, consulté le 22 avril 2017
- [59] TRAN THIMY Loan. Veut on écraser l'officine. Le moniteur des pharmacies, 1^{er} octobre 2016, cahier 1, n°3144, pp. 18-19
- [60] DEVIS Chloé. LFSS, comment se met-elle en place. Le Moniteur des pharmacies, n°3136/3137, 9 Juillet 2016, p. 13
- [61] TRAN THIMY Loan. Convention pharmaceutique : Qu'est-ce qu'une lettre de cadrage ministérielle ? Le Moniteur des pharmacies [en ligne]. 6 janvier 2017. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/170106-convention-pharmaceutique-qu-est-ce-qu-une-lettre-de-cadrage-ministerielle.html>, consulté le 22 Avril 2017
- [62] MICAS Christophe et BONTE Marie. Le quotidien du Pharmacien [en ligne]. 11 Janvier 2017. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2017/01/11/convention-les-objectifs-de-la-ministre_263781, consulté le 23 Avril 2017
- [63] BONTE Marie. Convention : les quatre orientations validées par l'UNCAM. Le quotidien du pharmacien [en ligne]. 30 janvier 2017. Disponible sur : http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2017/01/30/convention-les-quatre-orientations-validees-par-luncam_264167, consulté le 23 Avril 2017
- [64] URPS Pharmaciens Ile de France. Création [en ligne]. Disponible sur : <http://www.urps-pharmaciens-idf.fr/2015/creation>, consulté le 21 Avril 2017

- [65] CHAMBRE NATIONALE DES PROFESSIONS LIBERALES. Elections URPS Pharmaciens 2015. Nette progression de l'USPO, membre de la CNPL. Disponible sur : <http://www.cnpl.org/2015/12/14/elections-urps-pharmaciens-2015-nette-progression-de-luspo-membre-de-la-cnpl/>, consulté le 27 avril 2017
- [66] SIMON Laurent. Les équilibres syndicaux modifiés. Le pharmacien de France [en ligne]. 11 Décembre 2015. Disponible sur : <http://www.lepharmaciende-france.fr/actualite-web/equilibres-syndicaux-modifies>, consulté le 21 Avril 2017
- [67] THELLIEZ Benoit. Convention nationale pharmaceutique : FSPF et USPO font front commun. JIM.fr [en ligne]. 22 Septembre 2016. Disponible sur : http://www.jim.fr/en_direct/pro_societe/e-docs/convention_nationale_pharmaceutique_fspf_et_uspo_font_front_commun_161145/document_actu_pro.phtml, consulté le 22 Avril 2017
- [68] FSPF. Convention : la FSPF annonce la couleur. 16 Décembre 2016. Disponible sur : <http://www.fspf.fr/fspf-services/breves/convention-fspf-annonce-couleur>, consulté le 24 Avril 2017
- [69] JEUFFIN Romain. Officines avenir. USPO, n°15, Janvier 2017, pp. 2-3
- [70] BONNEFOND Gilles. 26 janvier 2017, une mobilisation réussie. USPO [en ligne]. 27 Janvier 2017. Disponible sur : <http://www.uspo.fr/26-janvier-2017-une-mobilisation-reussie/>, consulté le 24 Avril 2017
- [71] UNPF. <http://www.unpf.org>, consulté le 23 Avril 2017
- [72] FSPF. Résultat de la grande consultation de la pharmacie d'officine, 69^{ème} congrès national des pharmaciens, 23 Octobre 2016, Nantes.
- [73] TRANTHIMY Loan. Les négociations conventionnelles pas à pas. Le Moniteur des pharmacies, Cahier 1, n°3170, 25 Mars 2017, p. 17
- [74] CLAUSENER Magali. Nouvelle négociation : la négociation est ouverte. Le Moniteur des pharmacies [en ligne]. 23 Février 2017. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/nouvelle-convention-la-negociation-est-ouverte.html>, consulté le 24 Avril 2017

- [75] JOSSELIN Emmanuel. Honoraires de dispensation : les perspectives de la CNAM. Le monde pharmaceutique [en ligne]. 27 Février 2017. Disponible sur : <http://www.lemondepharmaceutique.tv/article/remuneration-833.html>, consulté le 23 Avril 2017
- [76] FSPF. Négociations conventionnelles. 10 Mars 2017. Disponible sur : <http://www.fspf69.fr/actualites/negociations-conventionnelles>, consulté le 25 Avril 2017
- [77] BONTE Marie. Convention : contrat pluriannuel et nouveaux honoraires à l'étude. Le quotidien du pharmacien [en ligne]. 17 Mars 2017. Disponible sur : https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2017/03/17/convention-contrat-pluriannuel-et-nouveaux-honoraires-letude_265137, consulté le 25 Avril 2017
- [78] GAERTNER Philippe. Monsieur REVEL, sans moyens, ce sera l'impasse. FSPF [en ligne]. 29 mars 2017. Disponible sur : <http://www.fspf69.fr/actualites/monsieur-revel-moyens-ce-sera-impasse>, consulté le 27 avril 2017
- [79] USPO : "on a décidé de jouer les prolongations" [VIDEO]. Le monde pharmaceutique. Disponible sur : <https://www.lemondepharmaceutique.tv/webtv/negociations-1229.html>, consulté le 25 Avril 2017
- BONNEFOND Gilles. Protocole d'accord pour la convention pharmaceutique 2017-2021. [VIDEO]. USPO, 27 avril 2017

Annexes

ANNEXE 1

ANNEXE III TARIFS DU 20 JUIN 2015 AU 31 MARS 2018

Types et volumes de services	Tarifs \$
1) Exécution et renouvellement d'une ordonnance A) pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus (traitement qui se présente en formes pharmaceutiques orales solides). - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	 0,30 par jour. (Maximum 27,00) 0,28 par jour. (Maximum 25,20)
B) pour l'exécution d'un renouvellement d'une ordonnance autre que celles en A et E - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	 8,96 8,37
C) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance autre que celles en A et D - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	 9,34 8,74
D) pour l'exécution d'une nouvelle ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25 - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	 4,67 4,37
E) pour l'exécution d'un renouvellement d'ordonnance subséquente pour un service chronique de moins de sept (7) jours dans les cas prévus à la règle 25 - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	 4,48 4,19
2) Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive : - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances	 6,93 5,97

<p>3) Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Ordonnance falsifiée ⊗ Allergie antérieure au médicament prescrit ⊗ Échec antérieur au traitement avec le produit prescrit ⊗ Interaction cliniquement significative ⊗ Intolérance antérieure au produit prescrit ⊗ Choix de produit irrationnel ⊗ Dose dangereusement élevée ⊗ Dose sous-thérapeutique ⊗ Durée de traitement irrationnelle ⊗ Produit inefficace dans l'indication visée ⊗ Quantité prescrite irrationnelle ⊗ Surconsommation ⊗ Duplication de traitement 	8,96
--	------

<p>4) Opinion pharmaceutique</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Allergie <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ⊗ Calendrier de sevrage <ul style="list-style-type: none"> . Calendrier de sevrage relié aux médicaments benzodiazépines ⊗ Contre-indication <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ⊗ Duplication <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Modifier le traitement prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit ⊗ Effet indésirable ou intolérance observés <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ⊗ Inefficacité <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue . Augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv) . Substituer un médicament prescrit par un autre . Prolonger la durée du traitement prescrit ⊗ Grossesse ou allaitement <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ⊗ Innocuité <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est toxique . Diminuer le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Réduire la durée du traitement prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ⊗ Interaction <ul style="list-style-type: none"> . Interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto traitement . Interrompre la prise d'un médicament prescrit . Empêcher la prise d'un médicament prescrit . Modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit . Substituer un médicament prescrit par un autre ⊗ Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour en augmenter l'efficacité ⊗ Ajouter un médicament, assuré dans le cadre du régime d'assurance médicaments, complémentaire à un autre médicament assuré pour enrayeur ou prévenir ses effets indésirables ⊗ Surveiller la pharmacothérapie selon le paragraphe c) iii) de la règle 10 ⊗ Modifier le dispositif d'administration d'un médicament par voie parentérale 	19,79
---	-------

<p>5) Opinion pharmaceutique relative à l'inobservance d'un régime thérapeutique par une personne assurée pour une situation et un médicament inscrit à l'annexe VII</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Traitement de l'asthme <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↳ Traitement de la tuberculose <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↳ Traitement des dyslipidémies <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↳ Traitement des maladies cardiaques et de l'hypertension artérielle <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↳ Traitement du diabète de type II <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↳ Traitement de l'épilepsie <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↳ Utilisation des psychotropes <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation ↳ Traitement de l'infection au VIH <ul style="list-style-type: none"> . inobservance au traitement : surconsommation . inobservance au traitement : sous-consommation 	<p>19,79</p>
<p>6) Transmission d'un profil</p>	<p>8,96</p>
<p>7) Traitement de substitution aux opioïdes</p> <ul style="list-style-type: none"> - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances 	<p>14,26 13,26</p>

<p>8) Exécution et renouvellement d'une ordonnance magistrale, le montant payable est la somme du coût des médicaments augmenté d'un coût de services :</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>14,26 13,26</p>
<p>9) Pour l'exécution et le renouvellement d'une ordonnance magistrale relative au mélange de préparations liquides déjà manufacturées, à l'exception des préparations injectables et des solutions ophtalmiques lorsque le mélange est destiné à la voie parentérale ou ophtalmique, le montant payable est la somme du coût des médicaments et de celui fixé pour l'exécution et le renouvellement de l'ordonnance :</p> <p>- 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>8,96 8,37</p>
<p>10) Service sur appel</p> <p>Un supplément pour le premier bénéficiaire en plus du coût des services et du coût du médicament est payable pour chaque déplacement du pharmacien effectué entre vingt-deux (22) heures et huit (8) heures le jour suivant, sur appel reçu durant cette même période.</p> <p>Le même supplément est octroyé au pharmacien pour déplacement les jours suivants : le dimanche, le jour de l'An, le 2 janvier, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, le jour de la fête de Dollard, la Fête Nationale, le jour de la Confédération (ou, quant à ces deux (2) jours, les jours chômés qui les remplacent), la Fête du travail, le jour de l'Action de Grâce, le jour de Noël et le 26 décembre.</p> <p>Ce supplément n'est toutefois pas payable au pharmacien dont l'officine est ouverte au public durant les périodes ou durant les jours indiqués.</p>	<p>28,79</p>
<p>11) Exécution et renouvellement d'une ordonnance de médication reliée à une maladie chronique ou de longue durée pour une durée de traitement inférieure à vingt-huit (28) jours sous la forme d'un pilulier (le tarif est payable par période de sept (7) jours en utilisant le pourcentage de 25%).</p>	<p>17,57 (4,39)</p>
<p>12) Considération spéciale (C.S.) Un service assuré peut être rémunéré selon une considération spéciale :</p> <p>a) lorsqu'il est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire ; b) lorsqu'il n'est pas mentionné au tarif.</p> <p>Le pharmacien doit alors fournir les renseignements nécessaires à la Régie.</p>	
<p>13) Fourniture de seringues-aiguilles, d'aiguilles jetables ou de seringues de chlorure de sodium pré-remplies.</p>	<p>2,77</p>
<p>14) Exécution d'une ordonnance lors d'une pharmacothérapie initiale d'un produit inscrit à la liste fournie à l'annexe VI :</p> <p>a) pour les sept (7) premiers jours - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances</p> <p>b) pour compléter l'ordonnance, s'il y a lieu - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances</p>	<p>9,34 8,74 8,96 8,37</p>

15) Exécution et renouvellement d'une ordonnance	Tarifs par unité avec préparation préalable	Tarifs par unité sans préparation préalable
a) Thérapies parentérales - Sacs à gravité premier sac sacs suivants - Sacs pour pompe premier sac sacs suivants - Cassettes 50 ml première cassette cassettes suivantes - Cassettes 100 ml première cassette cassettes suivantes - Perfuseur élastométrique premier perfuseur perfuseurs suivants - Seringues première seringue seringues suivantes b) Préparations ophtalmiques (tarifs de base) - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances Ajout d'un tarif unitaire en fonction du nombre d'unités préparées	14,00 6,53 18,69 9,34 14,00 6,53 18,69 11,20 18,69 14,92 6,53 2,81 8,96 8,37 15,86	12,15 6,53 14,00 7,48 12,15 6,53 15,86 10,28 13,39 10,88 5,60 2,81 0,00 0,00
16) Préparation de capsules placebo 1 à 30 capsules 31 à 60 capsules 61 à 100 capsules Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :		14,26 20,48 27,27 0,25
17) Préparation de sachets 1 à 30 sachets 31 à 60 sachets 61 à 100 sachets Plus de 100 sachets : nombre de sachets multiplié par :		14,26 20,48 27,27 0,25
18) Mise en seringue d'insuline Moins de 17 seringues si c'est un mélange d'insulines, ajouter : 17 seringues et plus : nombre de seringues multiplié par : si c'est un mélange d'insulines, ajouter :		10,43 2,77 0,64 2,77
19) Préparation de capsules 1 à 30 capsules 31 à 60 capsules 61 à 100 capsules Plus de 100 capsules : nombre de capsules multiplié par :		14,26 20,48 27,27 0,25
20) Fourniture de chambre d'espacement - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances Fourniture de masque La fourniture du masque est comprise avec la fourniture de la chambre d'espacement		8,96 8,37 0,00
21) Demande de dérogation		1,13 par service
22) Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament pour le traitement de conditions mineures		16,00
23) Médicament requérant une dilution ou une dilution fournie avec solvant - 48 500 ordonnances et moins - plus de 48 500 ordonnances		8,96 8,37

24)	Mise en seringue de chlorure de sodium - première unité - unités suivantes	5,60 2,81
25)	Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament dans les cas pour lesquels aucun diagnostic n'est requis	16,00
26)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, hypothyroïdie, diabète non insulino-dépendant, migraine (traitement prophylactique)) - rencontre initiale - rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - montant forfaitaire annuel - montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel)	15,50 19,50 40,00 en deux versements 20,00 en deux versements
27)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (diabète insulino-dépendant) - rencontre initiale - rencontre initiale relative à deux champs thérapeutiques ou plus - montant forfaitaire annuel - montant forfaitaire annuel (champ thérapeutique additionnel)	15,50 19,50 50,00 en trois versements 25,00 en trois versements
28)	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie) - rencontre initiale - montant forfaitaire mensuel	18,50 16,00
29)	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation - tarif facturable une fois par période de douze mois par personne assurée	12,50

ANNEXE 2

TAMPON :	Fiche Intervention Pharmaceutique	
	Démarche assurance qualité	Page 1/3

*Le N° d'enregistrement est indispensable pour l'externalisation des données patient et médecin (confidentialité)

Numéro d'enregistrement *	NOM	PRENOM		
Date :	Code CIP du médicament	N° Facture :	Age : ans ou mois	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 - PROBLEME (1 choix) : 1.1 <input type="checkbox"/> Contre-indication / Non conformité aux référentiels 1.2 <input type="checkbox"/> Problème de posologie 1.3 <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse <input type="radio"/> A prendre en compte <input type="radio"/> Précaution d'emploi <input type="radio"/> Association déconseillée <input type="radio"/> Association contre-indiquée <input type="radio"/> Publiée 1.4 <input type="checkbox"/> Effet indésirable 1.5 <input type="checkbox"/> Oubli de prescription 1.6 <input type="checkbox"/> Médicament ou dispositif non reçu par le patient <input type="radio"/> Indisponibilité <input type="radio"/> Inobservance <input type="radio"/> Incompatibilité physico-chimique 1.7 <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié 1.8 <input type="checkbox"/> Redondance 1.9 <input type="checkbox"/> Prescription non conforme <input type="radio"/> Support ou prescripteur <input type="radio"/> Manque d'information, de clarté <input type="radio"/> Voie d'administration inappropriée 1.10 <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance 1.11 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre		2 - PRESCRIPTEUR : Nom Prénom : 2.1 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste 2.2 <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste 2.3 <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier		5 - ORDONNANCE : 5.1 <input type="checkbox"/> Classée 5.2 <input type="checkbox"/> Transmise au prescripteur 2.4 <input type="checkbox"/> Sage-femme, 2.5 <input type="checkbox"/> Dentiste, 2.6 <input type="checkbox"/> Infirmier
3 - INTERVENTION (1 choix) 3.1 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique 3.2 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration 3.3 <input type="checkbox"/> Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration 3.4 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique 3.5 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle) 3.6 <input type="checkbox"/> Changement de médicament 3.7 <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer		4 - DEVENIR DE L'INTERVENTION 4.1 <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur 4.2 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif 4.3 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif 4.4 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur 4.5 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur 4.6 <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) 4.7 <input type="checkbox"/> Non acceptation par le patient		

DETAILS POUR ANALYSE DE L'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE préciser : DCI, Dosage, posologie, rythme d'administration des médicaments ; Éléments pertinents en relation avec le problème dépisté ; Constantes biologiques perturbées ou concentration d'un médicament dans liquides biologiques (+ normales du laboratoire) ; Décrire précisément l'intervention pharmaceutique.

Contexte de l'intervention

Problème

Intervention

Tableau 1 : description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse

PROBLEME LIE A	DESCRIPTION
1.1 Contre-indication ou Non conformité aux référentiels.	<p>- Il existe une contre-indication à l'usage de ce médicament : Par exemple, le patient présente un terrain qui contre-indique le médicament prescrit : asthme et bêta-bloquant.</p> <p>- Non conformité du choix du médicament aux différents consensus ou hors AMM : Un autre médicament est tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. Médicament prescrit en dehors de son AMM.</p>
1.2 Problème de posologie	<p>- Sous dosage ou surdosage: le médicament est utilisé à une dose trop faible ou trop élevée pour ce patient (dose par période de temps), non concordance avec le DP.</p> <p>- La durée de traitement est anormalement raccourcie : (Ex : antibiotique prescrit sur 5 jours au lieu de 10 jours).</p> <p>- Le rythme d'administration est trop distant ou trop rapproché (Ex : Haldol decanoas® prescrit tous les jours).</p>
1.3 Interaction médicamenteuse	<p>Un médicament du traitement interfère avec un autre médicament et peut induire une réponse pharmacologique exagérée ou insuffisante.</p> <p>- D'après le Gtiam de l'ANSM : Association à prendre en compte (selon la pertinence clinique), Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée.</p> <p>- Interaction publiée mais non validée par le Gtiam de l'ANSM. (préciser les références bibliographiques).</p>
1.4 Effet indésirable	<p>Le patient présente un effet indésirable alors que le médicament est administré à la bonne posologie. Il peut s'agir d'un effet clinique ou biologique, cinétique.</p>
1.5 Oubli de prescription	<p>- Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide.</p> <p>- Un médicament n'a pas été renouvelé, (présence dans le dossier pharmaceutique (DP), et le malade ne sait pas ce qui justifie l'absence de reconduction du traitement), un médicament n'a pas été prescrit après un transfert.</p> <p>- Le patient n'a pas bénéficié d'une prescription de prophylaxie ou de prémédication.</p> <p>- Un médicament synergique ou correcteur devrait être associé.</p>
1.6 Traitement non reçu : • Indisponibilité • Inobservance • Incompatibilité physico-chimique	<p>- Non disponibilité de la spécialité: Arrêt de fabrication, suspension d'AMM, rupture de stock, pénurie</p> <p>- Problème d'observance</p> <p>- Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments injectables, aérosol, gouttes buvables... : risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration.</p>
1.7 Prescription d'un médicament non justifié	<p>- Un médicament est prescrit sans indication justifiée (ex : le patient nous interpelle)</p> <p>- Ce médicament n'apparaît pas dans le DP ou historique du logiciel (ex : l'équipe et le patient doutent que le médicament prescrit soit à dispenser.)</p> <p>- Un médicament est prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage (Ex : antibiothérapie sur 15 jours pour une pathologie courante).</p>
1.8 Redondance	<p>- Un même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance (Ex : Doliprane® et Ixprim®).</p> <p>- Prescriptions de deux médicaments à principe actif différent mais appartenant à la même classe thérapeutique créant une redondance pharmacologique (Ex : Josir® et Xatral®).</p>
1.9 Prescription non conforme : • support ou prescripteur, • manque d'information, de clarté • Voie d'administration inappropriée	<p>Le médicament choisi est correct mais :</p> <p>- le support d'ordonnance n'est pas conforme, le libellé est incomplet (absence de dosage...) ou incorrect, ou mauvaise lisibilité de l'ordonnance</p> <p>- le prescripteur est non habilité (médicament de prescription restreinte)</p> <p>- Plan de prise non optimal (répartition horaire et moment).</p> <p>- La méthode d'administration n'est pas adéquate (reconstitution, dilution, manipulation, durée).</p> <p>- Mauvais choix de galénique (forme solution si difficulté à déglutir ou éviter le cp effervescent sous corticoïde ou forme non compatible avec la Nutrition entérale à domicile)</p>
1.10 Pharmacodépendance	<p>Abus de médicament (laxatifs) ou addiction suspectée ou avérée (anxiolytiques) ou usage détourné.</p>
1.11 Monitoring à suivre	<p>Le patient ne bénéficie pas d'un suivi approprié ou suffisant pour son traitement : suivi biologique ou cinétique ou clinique (INR, Hémoglobine glyquée, clairance de la créatinine, ECG, tension artérielle, mesure de concentration d'un médicament...)</p>

Tableau 2 description des interventions : ne choisir qu'une intervention.(une feuille par intervention)

INTERVENTION	DESCRIPTIF
3.1 Adaptation posologique	<p>- <i>Adaptation de la posologie d'un médicament à marge thérapeutique étroite</i> en tenant compte d'un résultat de concentration de ce médicament dans un milieu biologique, de la fonction rénale (clairance de la créatinine) et/ou de la fonction hépatique ou du résultat d'un autre examen biologique.</p> <p>- <i>Adaptation de la posologie d'un médicament par ajustement des doses avec le poids, l'âge, l'AMM ou la situation clinique du patient.</i></p> <p>- <i>Allongement d'une durée de traitement jugée trop courte.</i></p>
3.2 Choix de la voie d'administration plus adapté au patient	<p><i>Choix d'une voie d'administration plus adaptée au patient.</i> si difficulté à déglutir choix d'une voie rectale ou locale ...</p>
3.3 Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration	<p>- <i>Plan de prise :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Répartition des prises par rapport au repas ou aux interactions médicamenteuses sans modification de posologie. • Conseils de prise optimale <p>(Ex : Prise à jeun, à distance des repas, en position debout...).</p> <p>- <i>Choix d'une ordonnance conforme à la réglementation, Précisions des modalités d'administration ou du libellé</i> (dosage, posologie...) (Ex : cp de biphosphonate à prendre debout avec un grand verre d'eau...).</p>
3.4 Suivi thérapeutique	<p>- <i>Demande du dosage d'un médicament ou d'un suivi :</i> INR, Hémoglobine glyquée, auto mesure tensionnelle, poids, clairance de la créatinine, ECG, mesure de concentration d'un médicament...), suivi clinique, suivi cinétique...</p>
3.5 Ajout (prescription nouvelle)	<p><i>Ajout d'un médicament au traitement d'un patient ou d'un dispositif pour l'administration du traitement :</i> Ex : chambre d'inhalation</p>
3.6 Changement de médicament /mise en place d'une alternative thérapeutique	<p><i>Mise en place d'une alternative générique ou thérapeutique à un médicament du traitement d'un patient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il peut s'agir d'une substitution générique - L'échange thérapeutique correspond à la dispensation d'une alternative dans le cadre d'un protocole approuvé ou après accord du prescripteur. - L'alternative est mieux adaptée au patient.
3.7 Arrêt ou refus de délivrer	<p><i>Arrêt d'un médicament du traitement d'un patient sans remplacement du médicament avec accord médical ou le pharmacien refuse de délivrer (cause en 1 problème)</i></p>

Glossaire :

Gtiam : Groupe de travail des interactions médicamenteuses de l'ANSM

DP : dossier pharmaceutique

DMP : dossier médical partagé

Monitoring : suivi approprié ou suffisant pour son traitement, suivi biologique ou cinétique ou clinique

INR : international normalized ratio

ECG : électrocardiogramme

AMM : autorisation de mise sur le marché.

ANSM : agence nationale sécurité du médicament

ANNEXE 3



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le - 2 JAN. 2017

CAB/PK/CC/Pégase : D.16-034904

Monsieur le Directeur général,

Experts du médicament, les pharmaciens exerçant en officine sont des professionnels de santé de proximité. Ils comptent parmi les premiers interlocuteurs consultés par les patients et contribuent ainsi quotidiennement à l'accès aux soins de nos concitoyens.

Par leur disponibilité, leur accessibilité et la relation de confiance nouée avec le public, les pharmaciens aident les patients à la compréhension de leurs traitements. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique, notamment en matière d'information du public, de prévention, et en orientant vers les autres professionnels de santé tous ceux qui font appel à lui en premier recours.

La convention pharmaceutique qui organise les relations entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie constitue l'un des temps forts et structurants pour l'organisation de notre système de santé. Dans la perspective de l'arrivée à échéance de l'actuelle convention en vigueur depuis 2012, je souhaite vous faire part des orientations qu'il me paraît important de promouvoir lors des prochaines négociations qui doivent avoir lieu en 2017 entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

Dans ce contexte, le premier objectif de la convention est de mettre en œuvre une modification des conditions de la rémunération des pharmaciens, qui devra permettre de limiter l'impact de la variation du prix de certains médicaments.

Pour permettre le financement de nouvelles innovations thérapeutiques, la politique du prix du médicament nécessite en effet une gestion dynamique de ces prix, et notamment la baisse du prix des médicaments les plus anciens ou les moins innovants. Pour atténuer ces effets contraires sur la rémunération des pharmaciens, certaines modifications des conditions de leur rémunération ont d'ores-et-déjà été mises en œuvre avec l'introduction d'une part de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et celle d'un honoraire de dispensation.

.../...

Monsieur Nicolas REVEL
Directeur général de l'UNCNAM
50, avenue Professeur André Lemierre
75986 PARIS CEDEX 20

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS SP
TÉLÉPHONE: 01 40 56 60 00

Il convient de continuer cette transformation et de prévoir une modification progressive des paramètres de la rémunération pour atténuer encore cette sensibilité de la rémunération des pharmaciens aux baisses de prix. De tels changements nécessitent d'en mesurer les impacts au regard des différences de situations entre les officines sur l'ensemble du territoire, en particulier s'agissant des leurs structures des médicaments vendus. La mise en place d'une modification pourra, comme cela a été réalisé les années précédentes, prendre place sur plusieurs années, pour permettre au réseau officinal de s'adapter. Vous veillerez à travailler, tout au long de la négociation, en lien étroit avec les services compétents pour que la modification de la rémunération prévue conventionnellement, et celle de la marge réglementée sur les médicaments, suivent une évolution cohérente. Cela vous permettra ainsi d'envisager l'utilisation de tous les paramètres à votre disposition en matière de dispensation pour conduire cette évolution.

La rémunération sur objectifs de santé publique relative au développement des génériques pourra également faire l'objet d'une adaptation au regard des nouveaux enjeux de cette convention. Elle devra se concentrer sur l'aspect incitatif là où les marges de progression existent. Elle devra continuer de conforter la stabilité de dispensation des médicaments génériques.

Ces transformations doivent permettre de donner une plus grande visibilité à l'évolution de la rémunération des pharmaciens. C'est pourquoi je souhaite que vous continuiez à réunir un observatoire de la rémunération des pharmaciens. Cet observatoire suivra de manière plus particulière les différentes rémunérations liées au médicament, comme il le fait actuellement, en y intégrant également les aides conventionnelles et les ROSP qui pourraient être introduites lors des nouvelles négociations. Vous veillerez à intégrer, à titre indicatif, une analyse plus large de l'économie officinale, liée à la fois aux autres sources de revenus des pharmaciens, et à la performance d'exploitation.

A partir des travaux de l'observatoire, vous pourrez convenir de mécanismes conventionnels visant à constater l'impact effectif de la politique de prix du médicament et à enclencher, le cas échéant, de nouvelles négociations pour tenir compte de déséquilibres manifestes éventuellement constatés.

Le deuxième objectif de la convention vise à assurer une meilleure prise en compte des missions des pharmaciens dans le conseil et l'accompagnement des patients.

Je souhaite que nous puissions nous appuyer sur la mobilisation des pharmaciens d'officine pour mieux répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'accroissement des pathologies chroniques. En tant qu'expert du médicament, le pharmacien assure la bonne dispensation des spécialités pharmaceutiques. L'introduction des entretiens pharmaceutiques montre néanmoins que ces missions peuvent se prolonger sous d'autres formes et qu'il est nécessaire d'aller plus loin pour diversifier les missions des pharmaciens au service d'objectifs de santé publique qu'il s'agisse notamment de la prévention de la iatrogénie, de la lutte contre le tabagisme, du développement de la vaccination ou de la lutte contre l'antibiorésistance.

Vous identifierez avec les représentants des pharmaciens d'officine les thèmes d'action prioritaires susceptibles de recevoir une application concrète pendant la période de la convention, au bénéfice des assurés. Vous veillerez à établir une étude d'impact et un mécanisme d'évaluation de chaque nouvelle mission introduite par la nouvelle convention, en liaison le cas échéant avec la Haute Autorité de santé.

Le troisième objectif de la convention consiste à accompagner les évolutions nécessaires du réseau, en particulier à travers l'aide ciblée à certaines officines indispensables dans les territoires sous-denses et qui présentent des signes marqués de difficulté économique.

Cet objectif s'inscrit pleinement dans le cadre de l'ordonnance prévue par la loi de modernisation du système de santé visant à simplifier et à faire évoluer le maillage officinal.

Cette ordonnance doit permettre de lever les obstacles aux rééquilibrages du réseau officinal sur le territoire notamment les freins au regroupement et l'installation en zone fragile. Vous veillerez à ce que la convention accompagne ce nouveau cadre notamment sur ce dernier point en lien étroit avec les services de mon ministère pour l'élaboration des zonages d'intervention.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de ma sincère considération.



Marisol TOURAINE

ANNEXE 4

10 propositions pour la pharmacie d'officine	
1	Obtenir un engagement de l'Etat et de l'Assurance maladie pour réformer la pharmacie d'officine sur la durée de la convention, et permettre notamment : <ul style="list-style-type: none">- de faire évoluer le mode de rémunération en reconnaissant l'acte de dispensation dans une enveloppe négociée et progressive sur la marge pharmaceutique,- de renforcer le réseau officinal afin d'éviter l'apparition de déserts pharmaceutiques,- de permettre aux officinaux de développer les médicaments biosimilaires et génériques,- de développer les entretiens pharmaceutiques et les rémunérations sur objectifs de santé publique.
2	Développer en collaboration avec les autres professionnels de santé, la coordination de l'équipe de soins avec le pharmacien correspondant.
3	Organiser la relation ville/hôpital et anticiper la sortie hospitalière avec l'officine choisie par le patient.
4	Mettre en place les conseils et prestations proposés par la pharmacie, notamment pour les patients fragiles à domicile, et relever les défis du vieillissement de la population, du virage ambulatoire et du développement des pathologies chroniques.
5	Prévention et dépistage : inclure les pharmacies notamment dans la politique de vaccination et de lutte contre le tabac et les addictions.
6	Développer la e-santé à l'officine <ul style="list-style-type: none">- Partager toutes les données de santé contenues dans le DMP.- Développer la messagerie sécurisée et les objets connectés labellisés dans les officines.
7	Publier les bonnes pratiques relatives à la préparation des doses à administrer pour tous les patients (en ville et en EHPAD), généraliser le statut de pharmacien référent en EHPAD et obtenir des rémunérations adaptées pour toutes ces situations.
8	Renforcer la sécurité et l'usage de la médication officinale en l'incluant dans un parcours de soins.
9	Permettre à la profession via toutes ses structures d'achat de négocier avec les laboratoires pharmaceutiques des prix accessibles au plus grand nombre de pharmacies.
10	Adapter le contenu des études de pharmacie et de préparateurs.

-> Possibilité pour les pharmaciens de répondre à chaque question ci-dessus par:

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Je choisis mon thème

Nouvelles technologies à l'officine

E-santé, télémedecine, objets connectés, internet, etc.

[Faire une proposition](#) →

Convention Assurance maladie et complémentaires santé

Convention nationale pharmaceutique, tiers payant, médication officinale, simplifications administratives, etc.

[Faire une proposition](#) →

Organisation du réseau

Règles d'installation, règles de propriété, regroupement, fermeture, transfert, etc.

[Faire une proposition](#) →

Missions de l'officine

Entretiens pharmaceutiques, accompagnement, services, PDA, livraison, observance, ETP, permanence des soins, etc.

[Faire une proposition](#) →

Etudes et formation de l'équipe officinale

Formation initiale et continue, diplôme universitaire, DPC, etc.

[Faire une proposition](#) →

Economie de l'officine

Marge, honoraires, ROSP, entretiens pharmaceutiques, etc.

[Faire une proposition](#) →

-> Possibilité pour les pharmaciens de faire une proposition sur un ou plusieurs des 6 thèmes proposés ci-dessus.

SERMENT DE GALIEN

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(e) 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 mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

TITRE

La rémunération du pharmacien d'officine : historique, comparatif, à l'horizon 2020

RESUME

En 2016, la pharmacie d'officine se rémunère principalement par une marge sur le prix des médicaments et des honoraires de dispensation. Sa rémunération est aussi composée d'une rémunération sur objectif de santé publique, financée par l'Assurance Maladie. Quelle est la composition du chiffre d'affaire de l'officine ? Comment évolue la rémunération du pharmacien d'officine ?

Dans de nombreux pays la rémunération du pharmacien est différente du pharmacien français. On retrouvera dans certains cas une rémunération à l'ordonnance ou des rémunérations pour des services comme la vaccination. Quelles applications sont envisageables pour le pharmacien d'officine en France ?

La convention nationale des pharmaciens titulaires avec l'Assurance Maladie arrive à son terme en 2017. Les syndicats négocient avec l'Assurance Maladie la future convention qui contient des nouvelles missions et rémunérations du pharmacien d'officine. Dans un contexte économique complexe, comment le métier du pharmacien peut-il évoluer ? Quelle rémunération et nouvelles missions pour les syndicats vont-ils négocier avec l'Assurance Maladie ?

DISCIPLINE

Sciences Pharmaceutiques

MOTS CLES

Rémunération – Historique – International – Honoraires – Marge – Convention Pharmaceutique

Université de Bordeaux

UFR des Sciences Pharmaceutiques

146 rue Léo Saignat

33 076 Bordeaux CEDEX