



HAL
open science

Les clefs de l'officine de demain

Vincent Roux

► **To cite this version:**

| Vincent Roux. Les clefs de l'officine de demain. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-02945226

HAL Id: dumas-02945226

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02945226v1>

Submitted on 22 Sep 2020

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.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE VENDREDI 18 SEPTEMBRE 2020

PAR

M. VINCENT GABRIEL JACQUES ROUX
NÉ LE 3 OCTOBRE 1993 À AUBAGNE (13)

EN VUE D'OBTENIR
LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

LES CLEFS DE L'OFFICINE DE DEMAIN

JURY :

Président : Pr. STEPHANE HONORE,
Président de la Société Française de Pharmacie Clinique

Membres : Pr. FRANÇOISE DIGNAT-GEORGE,
Doyen de la Faculté de Pharmacie de Marseille

Dr. JEAN MICHEL BARTHE
Pharmacien Inspecteur à l'Agence Régionale de Santé PACA

Dr. FELICIA FERRERA-BIBAS,
Vice-Présidente Officine de la Société Française de Pharmacie Clinique

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-
MALATERRE Mme Nathalie
BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Thierry AUGIER
M. Edouard LAMY
Mme Alexandrine BERTAUD
Mme Claire CERINI
Mme Edwige TELLIER
M. Stéphane POITEVIN

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Aurélie LEROYER
M. Romaric LACROIX
Mme Sylvie COINTE

MICROBIOLOGIE

Mme Michèle LAGET
Mme Anne DAVIN-REGLI
Mme Véronique ROUX
M. Fadi BITTAR
Mme Isabelle PAGNIER
Mme Sophie EDOUARD
M. Seydina Mouhamadou DIENE

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE

Mme Carole DI GIORGIO
M. Aurélien DUMETRE
Mme Magali CASANOVA
Mme Anita COHEN

BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

Mme Anne-Claire DUCHEZ

BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE

Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Mélanie VELIER

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine BADENS

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. David BERGE-LEFRANC

CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE

M. Pascal RATHELOT
M. Maxime CROZET

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

M. Patrice VANELLE
M. Thierry TERME

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE

Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne FAVEL
Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine DEFOORT
M. Alain NICOLAY
Mme Estelle WOLFF
Mme Elise LOMBARD
Mme Camille DESGROUAS
M. Charles DESMARCHELIERCHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Pierre REBOUILLON

CHIMIE THERAPEUTIQUE

Mme Sandrine ALIBERT
Mme Caroline DUCROS
M. Marc MONTANA
Mme Manon ROCHE
Mme Fanny MATHIASCHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE
HYDROLOGIEM. Armand GELLIS
M. Christophe CURTI
Mme Julie BROGGI
M. Nicolas PRIMAS
M. Cédric SPITZ
M. Sébastien REDON

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE

M. Riad ELIAS
Mme Valérie MAHIOU-LEDDET
Mme Sok Siya BUN
Mme Béatrice BAGHDIKIAN**MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)**

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Anne-Marie PENET-LOREC

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Cyril PUJOL

DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE

M. Marc LAMBERT

GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE
ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET
COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET
GESTION DE LA PHARMAFAC

Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

M. Mathieu CERINO

ATERCHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Duje BURIC

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON
PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD

ATER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC
----------------------------------	-------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier les membres du jury ; leur présence, leur soutien et la confiance dont ils ont fait preuve, m'honore.

Monsieur le Président, Professeur Stéphane HONORE, qui durant toutes ces années, m'a initié à la Pharmacie Clinique et a contribué à faire de moi le pharmacien que je suis devenu.

Madame le Doyen, Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE, c'est un immense honneur que vous soyez membre de mon jury de thèse. Vous m'avez suivi et accompagné depuis ma deuxième année, vous avez été témoin de mon évolution professionnelle et vous êtes là pour la conclusion de ce chapitre.

Docteur Jean Michel BARTHE, c'est un honneur que vous soyez présent. Vous représentez l'Agence Régionale de Santé PACA, cela me renvoie un fort message de soutien et je vous en remercie.

À ma Directrice de thèse, Docteur Félicia FERRERA-BIBAS, je voudrais simplement te dire merci. Merci de m'avoir fait confiance et merci du travail que tu accomplis chaque jour. Je souhaite que les prochaines années soient aussi riches en challenge.

Je voudrais également remercier mon ami, le Docteur Thierry AUGIER. C'est une grande personne en qui j'ai le plus grand respect. Une chose est sûre, la pharmacie d'officine de la faculté de Marseille vous doit beaucoup.

Je souhaite dédier cette thèse à plusieurs personnes qui sont chères à mon cœur :

- Ma femme, Caroline, ma Doudou ;
- Mes parents, Annick et Thierry, qui ont tout fait pour me permettre de réussir ;
- Ceux qui sont partis trop tôt et qui nous manquent terriblement :

Gabriel A., Claude A., Kevin O., Joël I., Olivier R., Marc T.

Je souhaite remercier également :

- Ma grande famille ;
- Ma belle-famille ;
- Lacordaire et mes amis du lycée ;
- Le CLM et à tous mes amis pharmaciens, médecins, dentistes, kinésithérapeutes et maïeuticiens que j'ai rencontré au cours de ces années. Je ne vais pas tenter de tous vous citer mais vous vous reconnaitrez ;
- La Pré WES Team et le petit Raphaël ;
- Les vieilles commères fantastiques ;

Je voudrais remercier l'AE2P, c'est une page importante qui se tourne et qui a contribué à faire de moi ce que je suis. Je ne vais surtout pas me risquer à citer tout le monde mais je pense à vous tous. Vous êtes une grande famille et je suis extrêmement fier d'en faire partie.

- La Congress Team ;
- Les copains de toute la France ;
- Toutes les équipes officinales qui ont contribué à ma formation ;
- L'équipe des CUCSA qui m'a fait confiance.

Je souhaite remercier David pour l'immense travail qu'il a accompli afin de réaliser les visuels de ce à quoi pourrait ressembler l'officine de demain.

À la Pharmacie.

*L'Université n'entend donner
aucune approbation, ni improbation
aux opinions émises dans les thèses.
Ces opinions doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs.*

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS	14
LISTES DES ILLUSTRATIONS.....	16
INTRODUCTION : UN ENVIRONNEMENT EN PERPETUELLE MUTATION.....	17
PARTIE I : LA PHARMACIE D’OFFICINE D’AUJOURD’HUI	19
I. PLUSIEURS METIERS EN UN SEUL TITRE	19
A. <i>Professionnel de Santé</i>	19
B. <i>Commerce de proximité</i>	19
C. <i>Chef d’Entreprise</i>	20
D. <i>Maillon essentiel de l’équipe de soin</i>	21
II. LES DIFFERENTS TYPES D’OFFICINE :.....	21
A. <i>Les pharmacies référentes</i>	22
B. <i>Les pharmacies voisines</i>	22
C. <i>Les pharmacies hybrides</i>	22
D. <i>Les pharmacies mégastores</i>	22
III. ORGANISATION DE L’OFFICINE.....	22
A. <i>Le Front Office</i>	23
B. <i>Le Back Office</i>	23
IV. UNE MULTITUDE D’INTERLOCUTEURS.....	24
A. <i>Autres Professionnels de Santé</i>	24
B. <i>Les Fournisseurs</i>	24
1. Les Grossistes Répartiteurs.....	24
2. Les livraisons en direct	25
3. Les SRA et les CAP	27
4. Les Groupements	29
C. <i>Les Partenaires Institutionnels</i>	30
1. Les Caisses d’Assurance Maladie.....	30
2. Les Agences Régionales de Santé.....	30
3. L’Ordre des Pharmaciens.....	32
4. Les Centres Régionaux de Pharmacovigilance.....	32
5. Les Unions Régionales de Professionnels de Santé Pharmaciens	33

6.	La Société Savante	34
7.	Les Associations de Patients	35
8.	Des structures de soutien aux professionnels de santé.....	35
9.	ANSM.....	35
10.	HAS.....	36
D.	<i>Les acteurs de la Gestion Officinale</i>	37
1.	Les LGO.....	37
2.	Les Syndicats	38
3.	Les Experts Comptables	38
4.	Les Avocats.....	39
5.	Les Assurances.....	39
6.	Autres	40
V.	ÉCONOMIE DE L'OFFICINE	40
A.	<i>L'Assurance Maladie</i>	40
1.	La Marge Dégressive Lissée ou MDL	41
2.	Les Honoraires	41
3.	Les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique ou ROSP	42
B.	<i>Les complémentaires santé</i>	44
C.	<i>Les patients</i>	44
D.	<i>Les fournisseurs</i>	45
E.	<i>Les tendances du marché</i>	46
1.	La Marge Brute	46
2.	L'Excédent Brut d'Exploitation ou EBE	46
VI.	L'OFFICINE VUE PAR LES PATIENTS	47
A.	<i>Leur perception actuelle</i>	47
B.	<i>Leurs attentes</i>	48
PARTIE II : LA PHARMACIE DE DEMAIN, AUJOURD'HUI ?.....		51
I.	LES NOUVELLES MISSIONS	51
A.	<i>La pharmacie Clinique</i>	51
B.	<i>Les Bilans Partagés de Médication</i>	51
1.	En théorie	51
2.	Avantages pour les patients	52
3.	Avantages pour l'équipe de soins	52

4.	Les freins constatés et leurs leviers.....	53
C.	<i>Les Entretiens Pharmaceutiques.....</i>	55
1.	Hier et aujourd’hui	56
2.	... Demain.....	56
D.	<i>La vaccination.....</i>	57
1.	Grippe	57
2.	Suivi du calendrier vaccinal et autres vaccinations	58
E.	<i>Dépistage</i>	58
1.	Angine.....	58
2.	D’autres tests ?.....	60
3.	Pharmacien Préventologue.....	62
F.	<i>Perspectives d’avenir, la Dispensation en pleine mutation.....</i>	63
1.	PDA - Préparation des Doses Administrées	63
2.	Dispensation à l’unité	65
3.	Dispensation sous Protocole	67
4.	La reconnaissance des Interventions Pharmaceutiques	67
5.	Dispensation adaptée	69
II.	VERS UN EXERCICE PLURI PROFESSIONNEL	70
A.	<i>Outils et structures d’aide à l’exercice coordonné.....</i>	71
1.	Plateforme Territoriale d’Appui – PTA.....	71
2.	Équipe de Soins Primaires	73
3.	Les Maisons de Santé.....	73
4.	CPTS	75
5.	Protocoles de coopération	77
6.	Protocoles de délégation de tâches.	78
B.	<i>L’officine, un espace de santé.....</i>	79
1.	Introduction aux Soins Non Programmés	79
2.	Pharmacien Correspondant	82
3.	La télésanté	83
C.	<i>Sécurisation du circuit du médicament.....</i>	85
1.	E-prescription.....	85
2.	Sérialisation.....	86
3.	Prescription Conditionnelle	87
D.	<i>Le numérique au service de l’interprofessionnalité ?.....</i>	88

DISCUSSION : COMMENT METTRE EN PLACE CE CHANGEMENT DE PARADIGME ?	90
I. LE MODELE DE DEMAIN ?	90
A. <i>Une pharmacie de Service</i>	90
B. <i>Optimisation de la gestion du temps pour aller plus loin</i>	92
C. <i>Vers une nouvelle économie officinale ?</i>	94
D. <i>De nouvelles officines</i>	98
II. READAPTATION DE L'IDENTITE OFFICINALE	100
A. <i>Réaménagement des locaux</i>	102
1. Un lieu épuré et accueillant.....	102
2. Un robot ou un automate pour tous.....	102
3. Digitalisation des officines	105
4. Un nouvel équilibre entre le front et le back office	106
B. <i>Un nouveau management d'équipe</i>	107
C. <i>Un système de qualité</i>	109
III. UNE VISION PERSPECTIVE.....	110
CONCLUSION	117
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	118
ANNEXE : DE LA DISPENSATION AU PLAN PHARMACEUTIQUE PERSONNALISE : VERS UN MODELE INTEGRATIF DE PHARMACIE CLINIQUE.	128
SERMENT DE GALIEN	136

Liste des Abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AOD : Anticoagulant Oral d'action Directe
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVK : Anti-Vitamine K
BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
BPM : Bilan Partagé de Médication
CA : Chiffre d'Affaire
CAP : Centrale d'Achat Pharmaceutique
CARMI : Caisse Régionale de la Sécurité Sociale dans les mines
CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
Code traceur DAD : Code traceur Dispensation ADaptée
CPS : Carte Professionnelle de Santé
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DMP : Dossier Médical Partagé
DROM : Département et Région d'Outre-Mer
EBE : Excédent Brut d'Exploitation
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
Enquête « OSER » : Enquête Offre de SERVICES pharmaceutiques en officine
ESP : Équipe de Soins Primaires
FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
GEMME : GÉNérique MÊme MÉdicament
HAS : Haute Autorité de Santé
HT : Hors Taxe
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IP : Intervention Pharmaceutique
ISO : Organisation Internationale de normalisation

LGO : Logiciel de Gestion Officinale

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé et Territoires

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soin dans le champ de l'Autonomie

MDL : Marge Dégressive Lissée

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSPP : Maison de Santé PluriProfessionnelle

NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire / Numéro de Sécurité Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCG : Performance Commerciale et de Gestion

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PEM2D : Prescription Électronique de Médicaments 2D

PFHT : Prix Fabricant Hors Taxe

PHSQ : PHarma Système Qualité[®]

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

QMS : Système de Management de la Qualité

RFA : Remise de Fin d'Année

RFID : Radio Frequency IDentification / Radio-identification

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SRA : Structure de Regroupement à l'Achat

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

TTC : Toutes Taxes Comprises

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

UE : Union Européenne

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USPO : Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

Listes des Illustrations

Illustration 1 : Chronologie des Services Pharmaceutiques	17
Illustration 2 : Les CPTS en 4 Questions	77
Illustration 3 : Plan d'aménagement supposé de l'Officine de Demain	111
Illustration 4 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Front Office 1	111
Illustration 5 : Interface de réception d'ordonnances digitalisées	112
Illustration 6 : Échange patient/pharmacien via messagerie sécurisée	112
Illustration 7 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Zone de Confidentialité	113
Illustration 8 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Comptoir	113
Illustration 9 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Front Office 2	114
Illustration 10 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Back Office	115
Illustration 11 : Interface de réservation pour des Consultation de Santé d'après le site internet de la Pharmacie de la Confiance à Paris	116

INTRODUCTION : Un environnement en perpétuelle mutation.

La loi HPST de 2009, le décret sur le pharmacien correspondant en 2011, la première Convention Pharmaceutique en 2012, les entretiens pharmaceutiques, les bilans partagés de médication, la vaccination, etc. : depuis plus de 10 ans, le monde de la Santé évolue et la pharmacie n'est pas en reste.

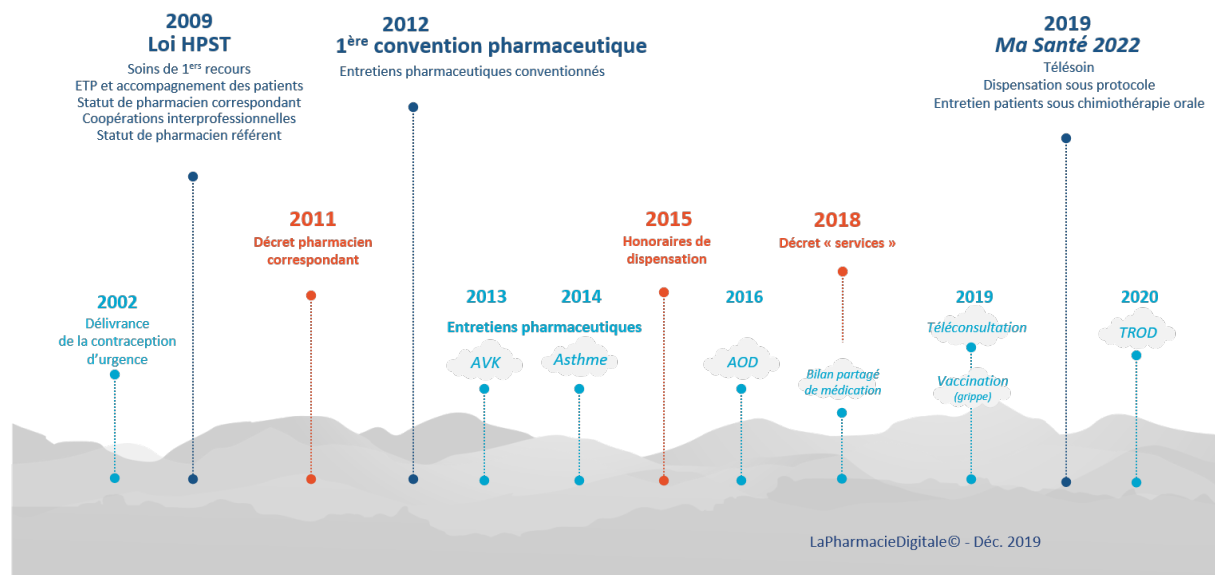


Illustration 1 : Chronologie des Services Pharmaceutiques (1)

Il sera proposé dans cette thèse de regarder « l'officine » d'aujourd'hui dans une perspective dynamique. En effet, le monde officinal est en perpétuelle évolution et a témoigné jusqu'à ce jour d'une grande faculté d'adaptation dans un contexte économique et social plus qu'instable. Dans cet environnement marqué par l'incertitude sur l'avenir, nous avons cherché à comprendre quelles étaient les perspectives d'évolution de notre métier et tenté de donner une vision personnelle de ce que pourrait être l'officine de demain.

En premier lieu, nous effectuerons un constat sur l'officine d'aujourd'hui afin de déterminer quelles sont ses forces et ses faiblesses. En second lieu, nous étudierons les multiples perspectives d'avenir qui se présentent, tout en gardant à l'esprit les risques que peuvent engendrer cette mutation. En dernier lieu, nous discuterons des pistes possibles d'adaptation de l'officine en intégrant les contraintes économiques, les besoins des patients et notre rôle incontournable de professionnel de santé, expert du médicament.

Partant d'une analyse des différents types de pharmacie (2), nous chercherons à comprendre comment, dans la situation actuelle et compte tenu de la multitude de contraintes qui pèsent sur l'officine (Partie I), des évolutions permanentes des conditions d'exercice (Partie II) et des nécessités d'assumer nos missions de Santé Publique, ces différentes typologies pourront perdurer ou se transformer. Nous garderons constamment à l'esprit l'implication sans faille des pharmaciens pendant la récente crise sanitaire liée au COVID-19. Nous nous sommes montrés indispensables auprès des populations et « *le temps de la pleine reconnaissance de la profession est venu* », tel que le dit Carine WOLF-THAL, Présidente du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (3). Enfin, nous discuterons d'un modèle fondé sur nos compétences, sur l'organisation et l'agencement de l'officine, le management des équipes et l'interprofessionnalité.

PARTIE I : LA PHARMACIE D'OFFICINE D'AUJOURD'HUI

Pour comprendre l'exercice particulier de la pharmacie nous devons replacer son **contexte organisationnel**. En effet, un pharmacien travaillant en officine exerce une multitude de métiers qui diffèrent d'une pharmacie à une autre.

I. Plusieurs métiers en un seul titre

A. Professionnel de Santé

C'est avant tout la mission principale du pharmacien, le Serment de Galien lui permet ainsi de sceller cet engagement. Le pharmacien étant le *gardien des poisons*, il se doit d'exercer dans l'intérêt de la Santé publique avec conscience et désintéressement.

Ses responsabilités sont variées comme par exemple *l'analyse pharmaceutique, la sécurisation et la dispensation des médicaments, la réalisation de soins primaires, etc.* Nous développerons ultérieurement ses diverses activités.

Il est néanmoins important de rappeler que le pharmacien doit faire preuve d'éthique et respecter la déontologie inhérente à l'exercice de son art. Ainsi, ce rôle premier et intrinsèque de professionnel de santé ne doit pas être oublié mais plutôt valorisé. En effet, une seconde « casquette » moins flatteuse existe et découle directement du modèle économique de la profession.

B. Commerce de proximité

Avec 4,5 millions de Français qui entrent chaque jour dans une officine (2), la pharmacie de ville est un commerce de proximité à part entière. Une question peut alors se poser : les pharmaciens se considèrent-ils comme des confrères ou des concurrents entre eux ?

La loi du 11 septembre 1941 apporte cet élément de réponse. En effet, elle amorce le principe de maillage territorial que nous connaissons actuellement. Cette mesure ayant « *pour but de ramener à une juste limite une concurrence qui peut devenir préjudiciable à la moralité de la profession* ». Ainsi, pour permettre aux patients d'accéder de manière égale aux officines sur le

territoire, dorénavant celles-ci ne purent plus s'installer librement (4). Les années passant, certaines dérives ou incohérences ont pu être observées dans certains lieux stratégiques. Néanmoins aujourd'hui, ce maillage territorial est toujours présent, fonctionnel et fait partie des forces de notre profession permettant à la population d'accéder facilement à une pharmacie. En effet, *97% des français résident à moins de 10 minutes en voiture d'une officine* (5).

De cet aspect commercial, découle le fait que le pharmacien doit savoir « fidéliser » sa patientèle, notamment par la justesse de ses conseils, la proximité et l'empathie dont il fait preuve ; mais également, par les prix pratiqués, qui dans le contexte économique des dernières années, sont un critère majeur.

A ce propos, le ratio prix/conseil est un équilibre très subtil. Un prix légèrement plus élevé, agrémenté d'un conseil personnalisé et juste, peut contrebalancer un prix discount et une absence de conseil.

La facette de commerçant doit justement s'imbriquer avec le professionnel de santé. L'éthique, la connaissance et l'écoute sont essentiels pour conseiller intelligemment.

C. Chef d'Entreprise

11,75% du Chiffre d'Affaire est la part consacrée au paiement des salaires et des charges par une pharmacie « moyenne », d'après une étude publiée le 10 avril 2019 par Pharm'EXCO (6).

En fonction de la taille des pharmacies, il est courant de voir des structures de plus de 10 salariés. Le management et la gestion des ressources humaines sont des tâches incontournables dans l'administration d'une officine afin de gérer les personnalités de chacun.

Le pharmacien « achète » son outil de travail. A ce jour les officines sont des structures relativement coûteuses valant pour la majeure partie plus d'un million d'euros. Il est par conséquent nécessaire d'avoir une gestion approfondie des équipes mais également des autres pôles de dépenses, tels que les achats ou encore les charges externes, ainsi que les pôles de crédits.

Pour les aider à gérer ce volet financier, les pharmaciens font appel à des cabinets d'experts comptables. Comme nous le verrons plus tard, certains sont d'envergure nationale, comme KPMG et FIDUCIAL. Ils relèvent un certain nombre d'indicateurs et réalisent chaque année une analyse fine afin d'observer l'évolution des officines dans le temps (7) (8).

D. Maillon essentiel de l'équipe de soin

Expert du médicament de par ses connaissances de la physiopathologie, des traitements, des soins, etc. mais également de par son maillage territorial, le pharmacien peut être considéré comme le **pivot du système de santé**. Il possède une multitude de connaissances dites généralistes lui permettant d'échanger avec tous les professionnels de santé, *du dentiste au cardiologue en passant par le podologue et l'infirmier*.

D'autre part, lors de la délivrance, il centralise tous les facteurs qui pourraient interagir avec la thérapeutique. L'équipe officinale connaît ses patients dans leur globalité. Le pharmacien pourra ainsi aisément échanger avec les différents soignants lors, par exemple, de la prescription d'une spécialité potentiellement contre indiquée en raison des antécédents du patient.

Aussi, la pandémie liée au Covid-19 en 2020, a prouvé une nouvelle fois le rôle essentiel du pharmacien au sein de l'équipe de soin. En effet, *la dispensation des masques du stock d'état, la centralisation de différents dispositifs de protection (sur-blouses, sur chaussures, visières, etc.), l'identification et l'orientation de patients à risques, etc.* font partie des multiples défis que nous avons relevés au cours de cette crise sanitaire.

Ces quatre succinctes descriptions permettent de mesurer la complexité du métier de pharmacien d'officine. Des critères tels que : *le Chiffre d'Affaire de l'officine, sa localisation, le type d'offre, etc.* auront un impact important sur le mode d'exercice et la gestion de l'officine. Aussi pour illustrer notre propos nous ferons appel dans la partie suivante à un classement des divers types d'officines.

II. Les différents types d'officine :

D'après une étude réalisée par le comité 39BIS, il existe quatre grands segments, de l'officine de proximité à celle de centre commercial (2).

A. Les pharmacies référentes

De véritables acteurs de santé qui sont généralement situés en zone rurale. Ces officines, dont le Chiffre d’Affaire [CA] est dans la moyenne basse (inférieure à 1 million d’euros), se composent d’une petite équipe. Leur activité dépend essentiellement des prescriptions (plus de 80%). Le pharmacien va ainsi avoir une approche de santé accrue envers ses patients desquels il est très proche.

B. Les pharmacies voisines

C’est la pharmacie de quartier, plutôt urbaine. Un véritable acteur de proximité qui a une activité légèrement plus élevée que les pharmacies dites référentes. Leur approche de santé est moins personnalisée par manque de temps.

C. Les pharmacies hybrides

On peut les décrire comme l’alternative. Leur CA est moyen et même supérieur. On les retrouve dans les petites et les moyennes villes. Le pharmacien a une équipe importante à gérer faisant de lui un vrai chef d’entreprise. Néanmoins, il n’oublie pas son rôle de professionnel de santé qui reste sa principale activité. Ce type de pharmacie se spécialise dans certains domaines comme la phytothérapie et l’aromathérapie, l’orthopédie, le maintien à domicile, etc. dans tous les cas, une personnalisation forte de la relation avec le patient est observée.

D. Les pharmacies mégastores

Leur CA est très supérieur à la moyenne. Elles se situent dans les grandes villes ou dans les centres commerciaux, permettant ainsi un fort passage de plus de 500 patients par jour. Néanmoins, cette clientèle n’est pas forcément habituée mais plutôt ponctuelle. L’approche est plus mercantile afin de rentabiliser un tel investissement.

III. Organisation de l’officine

Ce point mériterait également une thèse à part entière. L’organisation est un point clef de la gestion de l’officine qui se décompose en 2 grandes parties : le front office et le back office.

A. Le Front Office

Le terme « Front office » désigne l'espace en contact direct avec le public. Il est souvent associé à la parapharmacie et est directement soumis à l'évaluation du client. Le front office doit être attractif et refléter l'image d'une officine sérieuse et dynamique.

Nous ne devons pas oublier que l'officine est un commerce. Un front office attrayant doit répondre à un certain nombre de règles. Le **merchandising**, issu de la grande distribution, regroupe l'ensemble de ces techniques d'optimisation (9).

Les 5B de KEPNER correspondent aux 5 règles de bases pour un merchandising réussi :

- Bon produit : adapté à ma patientèle ?
- Bon endroit : emplacement adapté ? zone chaude/zone froide ? hauteur sur l'étagère ?
- Bon moment : saisonnalité ? communication marketing ?
- Bon prix : pouvoir d'achat ? stratégie commerciale ? environnement concurrentiel ?
- Bonne quantité : espace adapté ? sur stock ou sous stock ?

Toutefois, l'application de ces règles essentielles pour rendre le commerce agréable et attrayant est difficilement observable par manque de temps, car les pharmaciens, qui sont des professionnels de santé et non des experts du marketing, le consacrent à leurs patients. L'officine de demain sera un espace de santé clairement identifié mais pourra-t-il se défaire de cet aspect commercial tel que la mise en avant de produits ? Le pharmacien devra-t-il continuer à chercher comment répartir son temps entre le soin à apporter à des patients de plus en plus âgés ou vulnérables, et les exigences de la mise en avant de son offre commerciale ?

B. Le Back Office

Le back office correspond à la zone derrière les comptoirs et non visible par le public. Toutefois, sa gestion est essentielle. En effet, le bon fonctionnement de l'officine dépend d'un back office organisé et sans accroc. *Par exemple, lorsque l'on conseille un produit, et que derrière, il est introuvable ou mal rangé, cela renvoie une image d'une pharmacie désorganisée et chaotique, à laquelle s'ajoute l'attente du patient.*

A ce propos, la thèse du Docteur Michael EIXARCH traite en tout point de ce sujet capital (10). De bonnes prestations s'organisent dans le back-office et reflètent directement la qualité de la dispensation et de la capacité de l'équipe à répondre aux demandes des patients. Nous pouvons notamment évoquer la gestion informatique des stocks, l'aménagement des surfaces et le management d'équipe.

IV. Une multitude d'interlocuteurs

Nous allons voir ci-dessous que les pharmaciens échangent avec une multitude d'acteurs autant pour une prise en charge adéquate de leur clientèle que pour une gestion fine de l'entreprise.

A. Autres Professionnels de Santé

Comme nous l'avons vu précédemment, de par son rôle de pivot du système de santé, responsable des soins primaires et celui de gardien des poisons, le pharmacien est un interlocuteur clef du système de santé. Afin de garantir une bonne coordination des soins, point que nous aborderons ultérieurement, l'officinal se doit d'interagir avec tous les domaines.

B. Les Fournisseurs

A ce propos, la thèse du Docteur Justin WOZNY traite des différents types d'approvisionnement disponibles à l'officine permettant de faire un parallèle entre les solutions historiques et les nouvelles qui redessinent la logistique pharmaceutique (11).

1. Les Grossistes Répartiteurs

Les grossistes répartiteurs sont les principaux fournisseurs de médicaments des officines, mais ce ne sont pas des distributeurs comme les autres. En effet, ils sont soumis à des obligations de santé publique régies par le Code de Santé Publique (12). D'importantes contraintes leurs sont imposées ; *comme par exemple de disposer d'un stock permettant de satisfaire à tout moment la consommation de sa clientèle habituelle durant au moins deux semaines ; ou encore de livrer dans les vingt-quatre heures toute commande passée avant le samedi 14h*. Quatre acteurs majeurs se partagent le marché : Alliance Healthcare, CERP, OCP et Phoenix.

Cependant, l'approvisionnement du médicament est un domaine en pleine évolution où de multiples solutions existent. Ainsi, nous allons faire un aparté sur les « **Short Liners** » qui se sont développés depuis les années 90 et qui ont contourné d'une certaine façon la réglementation.

Ces petites structures, dénommées ainsi en raison de leur gamme réduite de produits, ne respectent pas toujours les contraintes de service public de la profession, en particulier les astreintes du week-end. Les instances de santé comme l'ANSM voient d'un mauvais œil ces entités qui sont vouées à disparaître. En effet, les grossistes répartiteurs historiques ont décidé de créer leur propre filiale de « Short Liners » afin d'asphyxier économiquement ces nouveaux arrivants. Leur fonctionnement est assez simple, le titulaire commande un grand volume de médicaments ayant une grande rotation à un moment donné. Ces commandes « en gros » permettent de réduire les coûts et le nombre de livraisons assurant des frais moindres aux grossistes. Ces derniers acceptent ainsi de réduire leur marge offrant une économie non négligeable au titulaire.

2. Les livraisons en direct

La livraison en direct est le second moyen historique de s'approvisionner en produits directement auprès des laboratoires. Ces relations de partenariat sans intermédiaire ne sont pas nouvelles, et elles ont pu dans le passé être très avantageuses.

Ces livraisons en direct perdurent toujours avec les laboratoires pharmaceutiques pour divers produits :

- Le médicament :

Les remises chez les Grossistes Répartiteurs sont légalement plafonnées. Or, en achetant directement au laboratoire, l'officine achète au Prix Fabricant Hors Taxe bénéficiant d'une économie liée à la marge de distribution. Ce principe est très intéressant pour les spécialités dites à « fortes rotations ». Ainsi, cette économie générée de quelques centimes sur des volumes de plusieurs milliers de boîtes constitue une économie finale non négligeable. C'est pourquoi, certaines pharmacies réalisent dans l'année quelques commandes importantes de médicaments afin d'accroître leur marge.

- La parapharmacie :

La gestion de ce type de produits est propre à chaque pharmacie. Chaque officine a ses spécificités, son domaine d'expertise, sa clientèle propre. Ainsi, les différentes gammes de parapharmacies comme par exemple, la dermo-cosmétologie, l'aroma-phytothérapie, la puériculture ou encore le vétérinaire ; sont souvent le fruit de **partenariat individuel** entre une pharmacie et un laboratoire donné.

En effet, ces partenariats, ces accords commerciaux touchent une multitude d'éléments comme le prix et les différentes remises, les délais de paiement, les coopérations éventuelles, etc. Tout ceci est lié à un volume, un nombre de références commandées, qui représenteront les facteurs principaux influençant ces négociations.

Il est néanmoins important de préciser que les délais de paiement ne sont pas libres, comme ce fut le cas à une certaine époque. En effet la loi, du 22 septembre 2009 (13), impose un règlement dans les 60 jours après émission de la facture.

Les grossistes-répartiteurs peuvent proposer ces divers produits de parapharmacie. Toutefois, le coût sera bien plus élevé qu'une transaction en direct. C'est pourquoi, ce type de service est plus souvent employé afin de « se dépanner » lors d'une demande particulière.

In fine, aucun fournisseur n'est idéal. En effet, les laboratoires imposent des contraintes financières importantes. Ils provoquent une immobilisation de trésorerie pour leurs commandes qui contiennent un volume important d'articles. Les grossistes, quant à eux, vendent à l'unité sans remise. De ce fait, le pharmacien se retrouve à acheter des produits au prix où ils sont vendus chez les discounters. Ils sont ainsi contraints de rogner sur leurs marges afin de rester compétitifs.

C'est pourquoi, nous allons maintenant nous intéresser aux nouvelles solutions d'approvisionnement créées par les pharmaciens eux-mêmes, qui ont émergées pour répondre à ces diverses contraintes et qui concourent à modifier le paysage logistique du circuit des produits pharmaceutiques.

3. Les SRA et les CAP

Le 19 Juin 2009 un décret novateur pour l'achat en officine est signé (14), permettant aux pharmaciens de se regrouper en 2 entités :

- **Les SRA ou « Structures de Regroupement à l'Achat »**

Ces structures relativement souples peuvent être créées sous forme de sociétés, de groupements d'intérêt économique ou d'associations par des pharmaciens titulaires d'officine ou des sociétés exploitant une officine.

Une SRA peut revêtir deux formes :

- Simple référencier : la SRA référence certains produits et négocie des conditions commerciales auprès des laboratoires. L'aspect pratique, livraisons et facturations, est géré individuellement et directement entre le laboratoire et l'officine adhérente.
- Commissionnaire : la SRA est un prestataire de service qui centralise, négocie et passe les commandes auprès des laboratoires. Ces derniers livrent directement les officines adhérentes et facturent les SRA qui facturent immédiatement leurs membres.

Les SRA, sont des intermédiaires entre les officines et les laboratoires, qui permettent, en garantissant un grand volume de produits, de réduire les coûts d'achats pour chaque officine.

La SRA se limite à la négociation et à l'achat de médicaments non remboursables, et des produits pouvant être vendus en officine. Ces structures ne peuvent en aucun cas détenir de point de livraison ni de distribution puisqu'elles devraient remplir les critères d'établissement pharmaceutique. Ainsi, les SRA doivent s'associer avec une structure déjà déclarée comme établissement pharmaceutique, en l'occurrence les grossistes-répartiteurs ou encore les CAP pour pouvoir stocker des commandes avant leur distribution.

- **Les CAP ou « Centrales d'Achats Pharmaceutiques »**

Les CAP sont des entreprises à part entière, déclarées comme des établissements pharmaceutiques. Elles doivent être légalement gérées par un pharmacien responsable. En pratique, la création d'une centrale d'achat est assez onéreuse et complexe, nécessitant un certain nombre de déclarations et d'autorisations émanant de divers organismes comme l'ARS et l'ANSM.

Ces obligations de personnel et de locaux justifient les coûts d'exploitation de ce type de structure. Ainsi, un bon nombre d'entre elles découle directement de groupements ou de grossistes-répartiteurs qui possèdent déjà des locaux adaptés.

La CAP a donc pour objectifs d'acheter, de stocker des médicaments non remboursables ainsi que les produits figurant sur la liste des produits vendus en pharmacie et de les redistribuer en gros ou en l'état aux pharmaciens adhérents.

Les achats des CAP seront réalisés sous deux formes :

- Pour son compte et en son nom
- Pour le compte d'une SRA

- **L'alliance CAP – SRA**

Comme nous l'avons vu précédemment, la SRA ne peut stocker elle-même les produits qu'elle négocie et achète pour ses adhérents. Mais en s'associant avec la CAP, la SRA se donne le droit d'acheter mais également de stocker dans les locaux adaptés de la CAP, les produits ainsi négociés. En contrepartie d'une indemnité financière ou d'un accord commercial, la SRA utilise donc le réseau de la CAP, pouvant dans le même temps livrer ses adhérents via la centrale d'achats. Dans ce cas, les pharmaciens d'officine ou les sociétés exploitant des officines, peuvent via la création d'une SRA à faible coût financier, s'associer contre rémunération à une CAP, et ainsi être plus libres dans les négociations avec les laboratoires ou dans la logistique proprement dite.

4. Les Groupements

Cette ultime entité est née en 1968 avec la création par 3 pharmaciens bretons du premier groupement. Le but étant de redistribuer les cartes de l'approvisionnement de l'officine historiquement réservé, comme évoqué précédemment, aux grossistes-répartiteurs et aux « *direct labos* » comme on l'appelle couramment.

Aujourd'hui, de nombreuses structures regroupant quelques dizaines de pharmacies pour certaines, à plus de 1000 pour d'autres, existent et occupent une place importante dans l'approvisionnement. Afin de compenser les baisses de prix sur les médicaments remboursables et d'augmenter les marges, un groupement de pharmacies permet, sans remettre en cause l'indépendance du praticien, de rassembler une force commune de négociation auprès des fabricants ou des grossistes-répartiteurs.

Ces entités ne se limitent pas seulement à la négociation de prix plus avantageux, mais peuvent être assimilables à de véritables sociétés offrant des services ultra spécifiques en contrepartie d'une adhésion :

- *Approvisionnement auprès d'une plateforme d'achats avec des prix négociés*
- *Accessibilité à la formation pour conserver une équipe qualifiée et performante*
- *Avantages financiers supplémentaires tels que des remises et des promotions*
- *Services annexes : carte de fidélité, site en ligne de « click and collect », des solutions clefs en main avec des logiciels de gestion officinale, des automates, etc.*

Cependant, de nombreux écarts existent entre tous les groupements, dépendant de leurs stratégies et de leurs approches de la profession. Certains groupements auront une incidence très importante dans la gestion de l'officine limitant ainsi les pouvoirs du titulaire et justifiant la réticence de beaucoup de pharmaciens à adhérer à ce type de structure qui préfigure les chaînes de pharmacie.

Néanmoins, certains groupements saisissent la balle au bon pour être attractifs et proposent des services qui facilitent la mise en place des nouvelles missions (formations, approvisionnement, communication, etc.). Ils proposent de réelles solutions pour l'avenir de notre profession. En

effet, le gain de temps offert au titulaire lui permettra de se consacrer à un autre type d'exercice où sa compétence est requise, comme les nouvelles missions du pharmacien.

J'ai ainsi souhaité conclure ce volet de l'approvisionnement par cet aspect capital de notre future profession. Certains groupements sont aujourd'hui à la fois des grossistes-répartiteurs, des centrales d'achats, des SRA, des exploitants et même des fabricants. Notre métier de demain sera-t-il en partenariat avec ce type de structures ? Permettront-elles une gestion plus fine de l'officine avec un temps mieux utilisé et réparti ? Comment ces structures vont-elles permettre de conserver l'indépendance du pharmacien ?

C. Les Partenaires Institutionnels

1. Les Caisses d'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie est la branche de la Sécurité Sociale qui couvre le risque maladie des salariés et leurs bénéficiaires. Elle correspond également au principal payeur des officines.

La dernière Convention Nationale des pharmaciens titulaires d'officine (15), signée le 4 avril 2012 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens de l'époque, et complétée régulièrement par des avenants, marque **une véritable évolution** du métier de pharmacien avec l'ambition de **revaloriser son rôle en santé publique** et de **faire progresser la santé**.

Cette reconnaissance du rôle du pharmacien se traduit par la création de modes de rémunération diversifiés portant notamment sur des **engagements individualisés** de qualité, d'efficience et de modernisation dans la Santé Publique (15).

2. Les Agences Régionales de Santé

L'ARS a pour rôle de veiller au respect et à la bonne exécution des missions du pharmacien d'officine (16) définies par le code de la santé publique (17).

Les pharmacies d'officine :

- *Contribuent aux soins de premier recours ;*
- *Participent à la coopération entre professionnels de santé ;*
- *Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;*
- *Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*
- *Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;*
- *Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une Pharmacie à Usage Intérieur ;*
- *Peuvent être désignées comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;*
- *Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.*

Afin de garantir la qualité des prises en charge et des soins dispensés aux usagers, l'ARS PACA réalise des missions d'inspection et de contrôle, et gère les réclamations des usagers dans la région PACA. Elle intervient dans trois domaines : la sécurité sanitaire, le fonctionnement des établissements et des services de santé, les actes médicaux et les pratiques des professionnels.

L'ARS PACA délivre les autorisations de création, de transfert et de regroupement d'officines ainsi que des demandes de sous-traitance de préparations. Elle encadre également la vente de médicaments par internet. Cette liste de réalisation n'est évidemment pas exhaustive.

3. L'Ordre des Pharmaciens

L'Ordre national des pharmaciens est l'institution qui regroupe tous les pharmaciens exerçant leur art en France Métropolitaine ou dans les départements et collectivités d'Outre-mer. Il est chargé par la loi de remplir 4 missions de service public définies par le code de la santé publique :

- Veiller à la compétence des pharmaciens
- Contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels
- Assurer le respect des devoirs professionnels
- Assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession

L'Ordre national des pharmaciens est organisé en un Conseil national et sept sections gérées chacune par un Conseil Central.

La section A doit tenir à jour le tableau national des pharmaciens titulaires d'officine et coordonner les actions des 12 Conseils régionaux. Elle transmet aussi les « vœux » de ces derniers au Conseil national. Le Conseil Central A peut proposer toute mesure intéressant la moralité et la déontologie professionnelle. Dans la pratique, les titulaires sont plus en relation avec les Conseils régionaux, notamment en commission disciplinaire ou encore pour les transferts d'officine.

La section D gère et réunit les **pharmaciens adjoints exerçant en officine**, remplaçants de titulaires d'officine, gérants après décès, pharmaciens d'officine intérimaires ; les pharmaciens adjoints ou gérants de pharmacies mutualistes et de caisses régionales de Sécurité Sociale minières (CARMI) ; les pharmaciens chargés de dispenser des gaz médicaux à domicile, les pharmaciens conseils de l'Assurance Maladie ; les pharmaciens relevant de centres et structures disposant d'équipes mobiles de soins aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion ; ainsi que tous les pharmaciens non susceptibles de faire partie de l'une des autres sections.

4. Les Centres Régionaux de Pharmacovigilance

Les pharmaciens jouent un rôle fondamental dans le système national de pharmacovigilance car ils sont habilités à les signaler et assurent le suivi médical des patients.

La pharmacovigilance repose sur le signalement, sans délai, par les professionnels de santé, des effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament. Dès lors qu'ils soupçonnent un lien, même s'il n'est pas certain, une déclaration doit être effectuée auprès du centre régional de pharmacovigilance.

Les 31 centres sont répartis de façon à favoriser les échanges de proximité, avec les professionnels de santé et les patients, et sont notamment chargés :

- De recueillir les déclarations d'effets indésirables que leur adressent les professionnels de santé, les patients ou associations de patients
- De renseigner les professionnels de santé, les patients ou associations de patients sur leur territoire d'intervention.

5. Les Unions Régionales de Professionnels de Santé Pharmaciens

Les missions des URPS sont définies dans le décret N°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux Unions Régionales de Santé.

Les Unions Régionales contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale et participent notamment :

- A la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé
- A l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins
- A l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice
- A des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique
- A la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 4135-4
- Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés
- A la mise en œuvre du développement professionnel continu

C'est pourquoi de nombreux pharmaciens collaborent avec les URPS Pharmaciens pour la mise en place d'actions qui peuvent améliorer significativement l'offre de soin régionale.

C'est notamment le cas du **projet Pharm'Observance** (18) porté par l'URPS Pharmaciens PACA qui permet de proposer aux patients demeurant à domicile et présentant des facteurs de vulnérabilité susceptibles d'impacter négativement l'observance des traitements ou la sécurité des prises, des temps dédiés à l'éducation thérapeutique en lien avec leur adhésion aux stratégies thérapeutiques et avec la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Ces actions d'Éducation Thérapeutiques ciblées seront personnalisées et réalisées par le pharmacien d'officine dans un espace de confidentialité ou au domicile des patients, après autorisation et financement par l'ARS PACA.

6. La Société Savante

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) est une association loi 1901 créée en 1984 qui a pour objectif la promotion de la pharmacie clinique, la formation à son exercice et la recherche dans toutes les acceptions incluses dans sa définition.

En 2016, la SFPC a actualisé la définition de la **Pharmacie clinique** :

« La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. »

Dans ce cadre, la SFPC initie et développe des travaux scientifiques de pharmacie clinique menés par des groupes de travail pluridisciplinaires (*notamment éducation thérapeutique du patient, conciliation médicamenteuse, valorisation et standardisation des actes de pharmacie clinique, pédiatrie, gériatrie et exercice officinal*) en collaboration avec les autres sociétés savantes médicales. De plus, la SFPC rédige et diffuse des recommandations de pratiques professionnelles et organise des manifestations d'échanges.

7. Les Associations de Patients

Depuis plusieurs années, les patients et les aidants, soutenus par les autorités, s'organisent en association leurs permettant : *échanges, partages d'expériences, etc.* Leur rôle est de rompre l'isolement que peut provoquer la maladie, et faire connaître ou reconnaître des affections souvent mal connues. 30% d'entre-elles concernent des maladies rares. Naturellement, ces associations sont devenues des **partenaires** pour les professionnels et les institutions de santé. Elles assurent une bonne information médicale des malades, rassemblent des fonds pour la recherche médicale, participent à des études cliniques et donnent leur avis sur les prises en charge que proposent les médecins.

Il est important pour les pharmaciens d'officine de connaître ces associations qui peuvent représenter un soutien majeur dans l'accompagnement de leurs patients mais également un partenaire privilégié dans la mise en place d'actions comme la prévention de pathologies.

8. Des structures de soutien aux professionnels de santé

Jusqu'à ce jour, les politiques de santé ont fait état d'une multitude de dispositifs facilitant la coopération entre les professionnels de santé, en fonction de leur champ d'action. Nous reviendrons au cours de la seconde partie sur ces réseaux de santé qui furent les prémices de l'interprofessionnalité.

9. ANSM

La loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé du 29 décembre 2011 a créé l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) qui a remplacé le 1^{er} mai 2012 l'Agence Française de Sécurité Sanitaire du Médicament et des Produits de Santé (AFSSAPS), reprenant ainsi ses missions, ses droits et ses obligations mais en se dotant de responsabilités et de missions nouvelles, de pouvoirs et de moyens renforcés (19).

Cet établissement public sous la tutelle du Ministère chargé de la Santé a deux missions centrales :

- Offrir un accès équitable à l'innovation pour tous les patients ;
- Garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais initiaux jusqu'à la surveillance après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

La compétence de l'ANSM s'applique à une multitude d'éléments comme les médicaments, les produits biologiques, les dispositifs médicaux, les produits cosmétiques et de tatouage, etc.

De plus, elle réalise de nombreuses actions en France et pour le compte de l'Union Européenne comme *l'évaluation scientifique et technique des médicaments et des autres produits, la pharmacovigilance, l'inspection et le contrôle de divers établissements*. Ces dernières peuvent lui autoriser la prise de décisions de police sanitaire pour le compte de l'État français.

Cette entité travaille également en étroite collaboration avec les différents partenaires institutionnels et garantit la transparence de leurs travaux en assurant l'information via des outils adaptés, des patients, des professionnels de santé, des sociétés savantes, de la presse, etc. Pour résumer, « *l'ANSM promeut une vision française de la sécurité et de l'innovation en participant activement aux travaux normatifs et d'harmonisation de l'Union européenne* ».

10. HAS

Le ministère des Solidarités et de la Santé définit la Haute autorité de santé (HAS) comme « *une autorité publique indépendante à caractère scientifique* » (20). Cette dernière fût créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie afin de renforcer la qualité et la pérennité de notre système de santé garantissant à tous un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficients que possible.

Ainsi, la HAS a 3 missions clefs qui sont :

- **Contribuer par ses avis à accompagner la décision publique** pour optimiser la prise en charge financière collective des biens et des services médicaux remboursables et préserver de façon durable le financement solidaire et équitable de notre système de santé ;
- **Appuyer les professionnels de santé dans l'amélioration continue de leurs pratiques cliniques** pour prodiguer des soins plus efficaces, plus sûrs et plus efficaces dans les établissements de santé et en médecine de ville ;
- **Promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des usagers.** Elle participe à l'information du grand public et à améliorer la qualité de l'information médicale.

En conclusion, la HAS est une instance essentielle pour impulser et garantir l'évolution de nos pratiques. Pourtant, le pharmacien d'officine n'a que peu de relation avec cette structure au quotidien. In fine, ces missions d'échange et d'amélioration des pratiques incomberont aux différentes instances professionnelles présentées précédemment qui défendent la pharmacie et ses valeurs au quotidien.

D. Les acteurs de la Gestion Officinale

Dans cette partie, nous allons aborder les acteurs incontournables de la gestion officinale. Néanmoins, je ne pourrai pas être exhaustif compte tenu de la diversité des officines. Je me concentrerai sur les principaux, soit parce qu'ils participent à la réalisation des tâches quotidiennes de l'officine, soit car ils accompagnent le chef d'entreprise dans sa gestion (*comptabilité, ressources humaines, etc.*).

1. Les LGO

Les Logiciels de Gestion d'Officine sont essentiels au bon fonctionnement d'une officine. Sur une même interface sécurisée le pharmacien peut tout contrôler. En effet, il peut aussi bien gérer ses stocks et ses commandes, que la délivrance et la consultation du Dossier Pharmaceutique.

Il en existe un certain nombre malgré les multiples contraintes réglementaires encadrant le développement de tels logiciels. Leurs différences s'observent notamment au niveau de l'ergonomie, de leurs capacités, de leur fluidité d'utilisation mais aussi des prestations annexes réalisées par l'entreprise comme la maintenance informatique. Les 3 principaux logiciels du marché sont LGPI[®], Smart Rx[®] et Winpharma[®]. Ils présentent tous des avantages et des inconvénients mais les critères de choix sont très variables et « titulaire dépendant ». Les jeunes titulaires reprennent le LGO présent lors du rachat et les titulaires chevronnés déploient les logiciels qu'ils ont l'habitude de manipuler.

Toutefois, ils ont tous un défaut majeur : l'absence d'interopérabilité avec les logiciels métiers des autres professionnels de santé, en particulier les médecins, freinant ainsi le développement de la coopération interprofessionnelle.

2. Les Syndicats

Les syndicats étudient et défendent les intérêts professionnels, ils veillent à leur sauvegarde morale et matérielle, guident et assistent les confrères affiliés en cas de difficultés relatives à l'exercice de la pharmacie. Ils s'intéressent aux initiatives professionnelles susceptibles d'améliorer la situation du pharmacien.

Actuellement, il existe uniquement deux syndicats pharmaceutiques représentatifs auprès du Ministère du Travail : la FSPF et l'USPO. Ces derniers représentent et défendent la profession auprès de multiples organismes officiels, tels que les ministères du Travail et de la Santé ou encore l'Assurance Maladie.

3. Les Experts Comptables

« Depuis l'introduction des honoraires de dispensation en 2015, le modèle de rémunération officinale évolue d'une marge commerciale vers le paiement d'actes officinaux. » (8)

Le modèle économique de l'officine évolue rapidement et il est nécessaire d'être attentif à chaque variation de paramètre. L'expert-comptable est un allié de l'ombre du pharmacien qui l'aiguille sur la viabilité de son exercice. En effet, comme nous l'avons vu, ce professionnel du médicament, pivot du système de santé est un chef d'entreprise à part entière. Il est fondamental

que le titulaire soit accompagné d'une équipe de professionnels qualifiés et clairement au fait des mutations qu'observent sa profession.

4. Les Avocats

De même que pour l'expert-comptable mais dans une moindre mesure, le choix d'un bon avocat est essentiel lors de l'achat d'une pharmacie mais également pour la gestion des ressources humaines car le droit du travail se complexifie. Effectivement, le monde officinal est si particulier que des erreurs d'ordre juridique peuvent rapidement survenir.

Par exemple, lors d'une vente d'un fonds de commerce officinal ou d'une société détenant ce fonds, on peut observer des clauses dites suspensives. L'inscription au tableau de la section A auprès de l'Ordre Régional des Pharmaciens en est une. Ce simple détail peut mettre à mal des mois de travail et faire échouer cette vente. Il est donc primordial d'être accompagné par des personnes les plus spécialisées de ce secteur.

5. Les Assurances

Un titulaire doit souscrire à de nombreuses assurances, autant pour garantir les locaux de l'officine, la sécurité de ses salariés, sa capacité de remboursement de l'emprunt, mais également une responsabilité civile professionnelle liée aux risques inhérents à son exercice.

De plus, le ou les titulaires n'appartiennent pas par définition au régime des salariés. Tous les avantages liés à ce statut ne leur sont pas accordés, sans être exhaustif comme par exemple la complémentaire santé de l'entreprise et les arrêts maladie. Ils doivent par conséquent souscrire à des assurances personnelles comme des prévoyances ou des mutuelles.

Les adjoints peuvent souscrire également à ce type d'assurances complémentaires afin d'améliorer leur couverture de garanties s'ils le souhaitent. Néanmoins, un pharmacien adjoint, qui a pris des parts dans une officine, perd les avantages que lui accordent le statut de salarié et doit par conséquent souscrire par lui-même à ces assurances.

6. Autres

On voit arriver de plus en plus de prestataires qui interviennent dans l'amélioration de la performance du back office. Telles que les entreprises proposant des automates/robots afin d'améliorer la performance et l'optimisation du stock. On retrouve également des organismes qui aident au suivi et à la gestion des télétransmissions et des rejets comme les entreprises : Résopharma[®] et AGETIP[®].

A ce propos, Résopharma[®] est un concentrateur de mutuelles, qui est une mutation majeure de la gestion officinale créée par les officinaux en 1991 (21) (22). Cette fabuleuse adaptation nous rappelle à quel point notre profession peut se mobiliser quand elle en a besoin.

Afin d'être le plus complet possible dans cet écrit, les titulaires devront également prendre en compte d'autres prestations fondamentales comme l'électricité, la sécurité des locaux, etc.

V. Économie de l'officine

L'économie de l'officine est une « science » assez complexe faisant référence à une expertise comptable spécialisée dans ce domaine. La bonne santé financière de celle-ci nécessite une gestion fine des passifs et des actifs. D'une pharmacie à une autre les bilans comptables seront différents, notamment au niveau des proportions de données. En effet, une pharmacie de centre commercial n'observera pas les mêmes montants qu'une pharmacie de quartier. Toutefois, nous allons pouvoir observer une base commune afin d'approfondir notre étude. En effet, les sources de financement, qui génèrent la marge brute annuelle, sont assez lisibles. On peut ainsi identifier 4 types de ressources dans une officine : *l'Assurance Maladie, les complémentaires santé, les patients et les fournisseurs.*

A. L'Assurance Maladie

Nous avons déjà présenté précédemment ce partenaire privilégié de l'officine. Cette partie est consacrée aux divers financements accordés par cette entité gouvernementale.

1. La Marge Dégressive Lissée ou MDL

La Marge Dégressive Lissée a été instaurée en 1990 concernant les médicaments remboursables. Cette mesure a considérablement bouleversé l'économie de la profession où la marge proportionnelle fixe était de 53,3% en 1983, puis 48,5% en 1988 du prix fabricant hors taxe (PFHT). Outre, la marge du pharmacien jugée trop avantageuse, cette MDL a été mise en place pour tempérer l'effet structurel de la croissance des prescriptions de médicaments récents et onéreux (23).

La mutation du monde officinal amorcée il y a une dizaine d'années, a mis en lumière l'obsolescence du système de MDL. En 2015, la rémunération mixte est née entraînant une refonte complexe et complète de la MDL, et l'apparition de multiples honoraires afin de « compenser » cette diminution de marge. Aussi, plusieurs questions en découlent : L'économie de l'officine, peut-elle se passer totalement de la MDL ? Les différents honoraires seront-ils l'unique rémunération des pharmaciens ? L'officine de demain, aura-t-elle une économie totalement dissociée du volume de médicaments vendus, ainsi que de la fluctuation de leurs prix orchestrée depuis de nombreuses années par l'administration française ? Cependant, la situation actuelle ne permet pas forcément d'y répondre.

2. Les Honoraires

L'avenant 5 à la Convention Nationale des pharmaciens d'officine, publié au Journal officiel le 2 décembre 2014, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2015 (24).

Ce dernier constitue l'un des axes majeurs de la réforme du mode de rémunération des pharmaciens d'officine. Ces rémunérations sont destinées à valoriser le rôle du pharmacien et son conseil. Elles dépendent ainsi moins du prix des médicaments et des volumes de boîtes vendues.

Initialement, les honoraires de dispensations étaient divisés en deux catégories : *l'honoraire au conditionnement et l'honoraire par ordonnance dite complexe*. Progressivement, les honoraires ont évolué et de nouveaux se sont ajoutés tenant compte des conseils plus spécifiques et complexes du pharmacien.

Au 1^{er} janvier 2020, les honoraires de dispensation pouvant être tarifés par les pharmaciens étaient (25) :

- 1,02€ TTC par boîte de médicament ou 2,76€ TTC pour les conditionnements trimestriels ;
- 0,31€ TTC par ordonnance de 5 lignes ou plus communément appelée ordonnance dite « complexe » ;
- 0,51€ TTC = honoraire de dispensation pour l'exécution de toute ordonnance ;
- 1,58€ TTC = honoraire de dispensation lié à l'âge, pour toute exécution d'ordonnance concernant des patients de moins de 3 ans ou plus de 70 ans ;
- 3,57€ TTC = honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments spécifiques tels que définis dans la Convention Nationale pharmaceutique.

3. Les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique ou ROSP

[Informations aux lecteurs : « ce paragraphe est en adéquation avec la Convention Nationale et ses avenants à la date du 26 juin 2020. Cependant, les ROSP évoluent très rapidement et nous devons actualiser notre propos avant la soutenance »]

La Convention Nationale, publiée le 6 mars 2012 au Journal Officiel (26), a décrit pour la première fois au sein du titre II la rémunération sur objectif. Ces objectifs ont pour but de promouvoir : *la prévention, le dépistage, l'accompagnement des patients chroniques, l'efficacité de la dispensation, etc.* ; selon la réalisation d'un certain nombre d'indicateurs (27), qui se distingue en 3 sous-groupes :

- **Qualité de la pratique**, ces ROSP sont vouées à disparaître pour devenir des honoraires réglés au fil de l'eau :
 - Entretien pharmaceutique : 50€ puis 30€ par an ;
 - Bilan partagé de médication : 60€ puis 20 à 30€ par an ;

- **Qualité de service de l'officine et modernisation des échanges**, ces ROSP vont également évoluer dans les prochains mois car l'Assurance Maladie souhaite que les officines soient attachées à une structure d'exercice coordonnée pour en bénéficier :
 - Transmission électronique des feuilles de soin : 0,064 à 0,07€ par feuille ;
 - Numérisation des pièces justificatives : 418,60€ par an ;
 - Transmission des RPPS hospitaliers : 0,05 à 0,15€ par RPPS ;
 - Mise à jour des cartes vitales : 250 à 1189€ par an ;
 - Logiciel certifié HAS et messagerie sécurisée : 200€ par an + 1€ par DMP ouvert ;
 - Participation à une équipe de soin primaire ou une CPTS : 420€ par an ;
 - Permanence pharmaceutique : 190€ par garde + 2 à 8€ par ordonnance dispensée ;

- **Substitution des génériques** dépendant du taux, du volume dispensé et de la stabilité.

En 2019, le montant global moyen de rémunération a été de 9 828 euros pour une pharmacie éligible à l'ensemble des ROSP prévues par la Convention et en activité sur l'intégralité de l'année 2018 (28).

L'avenant 21 à la Convention Nationale, signé 29 juillet 2020, marque une évolution majeure dans la rémunération de la pratique officinale (29). Sous le chapeau « accompagnement pharmaceutique », le site AMELI mentionne différents actes, que la SFPC sous l'égide de son président, le Professeur Stéphane HONORE, très soucieux de donner aux mots leurs justes valeurs définira précisément :

- De nouvelles modalités de facturation des entretiens pharmaceutiques, pour les patients sous traitements chroniques, qui seront payés au fil de l'eau via un code acte ;
- Un nouvel acte pharmaceutique pour les patients sous traitements anticancéreux oraux :
 - Les patients sous hormonothérapie ou traitements au long cours : 60€ la première année et 20€ les années suivantes,
 - Les patients sous autres traitements anticancéreux : 80€ la première année et 30 € les années suivantes ;

- L'exercice coordonné pluri professionnel est renforcé :
 - Sa rémunération est revalorisée passant d'une ROSP de 420€ en 2020 à 820€ en 2022.
 - De plus, ce type d'exercice conditionne le versement des ROSP « **qualité de service de l'officine et modernisation des échanges** » afin d'inciter les pharmaciens à adhérer à cette santé de demain et favoriser la coordination entre les professionnels de santé.

B. Les complémentaires santé

L'Assurance Maladie rembourse partiellement les dépenses de santé. Une complémentaire santé individuelle (mutuelle) ou d'entreprise (mutuelle santé), permet de couvrir les frais restants à charge du patient (30).

Une multitude de contrats existe et détermine le niveau et la nature des prestations de ces complémentaires de santé :

- Ticket modérateur, dépassements d'honoraires : c'est le fameux « *reste à charge* » ;
- Dépenses non prises en charge par l'Assurance Maladie *comme certains produits de parapharmacie prescrits sur une ordonnance.*

C. Les patients

En cas de défaut de droit auprès de l'Assurance Maladie, d'absence de complémentaire santé ou pour des achats hors produits remboursables, les patients sont également des payeurs de l'officine.

La patientèle est un facteur prépondérant qui influence le type d'exercice. L'officine ne sera pas la même en fonction des secteurs géographiques. En effet, les inégalités sociales peuvent impacter la manière de consommer. La santé n'a pas de prix mais elle a un coût ! Les solutions de services, que nous allons développer progressivement, seront dépendantes des politiques publiques quant à leurs financements. Le pharmacien sera sensible à sa typologie de patientèle afin d'adapter au mieux ses compétences et son activité.

D. Les fournisseurs

Après avoir décrit ces différents partenaires de l'officine sur un plan logistique, nous allons nous intéresser à ces derniers sur un aspect économique. Il est important de préciser que l'officine est un domaine extrêmement encadré à tout point de vue et son économie ne déroge pas à cette règle. En effet, le Code de Commerce, le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale régissent en partie les prestations de services autorisées en faveur de l'officine : *la transparence, le formalisme des factures et des conditions générales de ventes, les règles de concurrence, le dispositif « anti-cadeaux », le plafonnement des avantages financiers et commerciaux sont autant d'exemples scrupuleusement définis pour l'officine (31).*

Afin de simplifier notre propos, nous allons simplement présenter les 3 notions essentielles qui peuvent intervenir dans les négociations entre les officinaux et leurs multiples fournisseurs :

- Les Remises Commerciales

Ces réductions appliquées sur le prix de vente sont très réglementées dans le monde officinal et dépendent également du type de fournisseurs et du type de produits. A titre d'exemple, *un médicament princeps ne pourra pas bénéficier des mêmes avantages commerciaux qu'un médicament générique.*

- Les Remises de Fin d'Année ou RFA

Ces remises, accordées par un fournisseur à son client à une date fixe chaque année, dépendent généralement du Chiffre d'Affaire ou du volume de vente réalisé au cours d'une période de référence. Les RFA sont déterminées lors de l'établissement du contrat annuel définissant les conditions de déclenchement et les modalités de calcul de ce versement.

- Les coopérations

Nous pouvons les définir comme des services propres à favoriser la commercialisation des produits du fournisseur, comme *la mise en avant des produits sur les lieux de vente, les opérations de promotion publicitaires, etc.* En contrepartie, le fournisseur rémunère l'officine sous forme d'avoir ou d'un versement.

E. Les tendances du marché

Nous le savons maintenant, l'économie de l'officine est un domaine assez complexe. De ce fait, elle doit être analysée soigneusement par des professionnels compétents et spécialisés comme les experts comptables.

La cession d'une officine ou encore son suivi comptable sont des sujets très pointus où une multitude de facteurs rentrent en ligne de compte. Heureusement, nous pouvons identifier deux indicateurs clefs pour mesurer la bonne santé financière d'une pharmacie et sa viabilité (32) (33).

1. La Marge Brute

$$\text{Marge} = \text{Ventes HT} - \text{Achats consommés}$$

L'économie de l'officine ne se limite pas à des achats et des ventes mais englobe une multitude de nouveaux paramètres que nous avons précédemment abordés : *les honoraires, les ROSP, les coopérations, etc.*

La marge brute permet d'inclure ces différentes prestations. Cet indicateur mesure l'activité et la performance de manière plus pertinente que la simple marge commerciale ou encore le Chiffre d'Affaire. En effet, avec l'augmentation des médicaments onéreux, le Chiffre d'Affaire n'a plus de réelle signification et est souvent gonflé artificiellement.

2. L'Excédent Brut d'Exploitation ou EBE

Ce ratio permet de mesurer la performance économique exacte d'une officine définissant ainsi sa rentabilité. Cet indicateur de sécurité financière permet de connaître la capacité de remboursement d'une officine.

$$\begin{aligned} \text{Excédent Brut d'Exploitation} = \\ \text{Marge brute} - \text{Achats et Charges externes} - \text{Impôts taxes} - \text{Salaires bruts} - \text{Charges sociales} \end{aligned}$$

Il se calcule en prenant en compte toutes les charges inhérentes à l'activité proprement dite de l'officine, exception faite, des charges financières liées au titulaire et à ses choix fiscaux. On obtient ainsi un montant qui doit permettre de rémunérer le titulaire (impôt sur le revenu compris), de rembourser les emprunts engagés, de payer l'impôt lié à l'activité, et enfin de constituer une réserve de trésorerie.

Aujourd'hui, l'approche de valorisation en multiple de l'EBE est considérée par l'ensemble des acteurs comme plus pertinente et réaliste que celle qui consiste à l'exprimer en % du CA.

Cependant l'EBE est influencé par plusieurs éléments à prendre en compte comme la rémunération du titulaire. Par conséquent, il est intéressant de calculer l'**EBE retraité** pour comparer les officines entre elles en retirant le salaire du ou des titulaires, on obtient ainsi la **Performance Commerciale et de Gestion** ou PCG.

Performance Commerciale et de Gestion =

CA HT – Achats consommés + Autres produits d'exploitations – Charges d'exploitation

Concrètement, ce montant correspond à ce qu'il reste au pharmacien pour rembourser son emprunt, payer ses impôts et son salaire.

VI. L'officine vue par les patients

A. Leur perception actuelle

Selon une étude réalisée par Harris Interactive pour 3 groupements pharmaceutiques : *Pharmacie Référence Groupe, Pharmactiv et Réseau Santé*, les pharmaciens sont des professionnels de santé à part entière reconnus par les Français (34).

En effet, ils expriment un niveau de confiance très élevé à l'égard des professionnels de santé en général, et notamment des pharmaciens. L'ensemble des professionnels de santé suscitent un niveau de confiance supérieur à 90%, à commencer par le médecin traitant (95% confiance, et même 54% « tout à fait confiance »). Les pharmaciens ne sont pas en reste car 91% des Français disent avoir confiance en eux, et même 30% ont « tout à fait confiance ». On remarque que cette confiance est d'autant plus élevée que les sujets sont âgés.

Ce niveau de confiance élevé est lié à l'image dégagée par les pharmaciens. En effet, les pharmaciens apparaissent comme étant des professionnels de santé qualifiés (93%), compétents (93%), responsables (93%), à l'écoute des besoins (91%), disponibles (90%) et de bon conseil (89%). Ainsi, nous pouvons identifier deux qualités essentielles du pharmacien : sa compétence ou encore son professionnalisme et sa proximité.

Cette relation de confiance générée se traduit notamment par le fait qu'une très grande majorité de Français préfère se rendre toujours dans la même pharmacie (84%) plutôt que dans la première qu'ils rencontrent (*et ce, que l'on vive en milieu rural ou en milieu urbain*). Il est important de souligner que les patients n'ont pas de préférence sur l'identité de la personne qui les accompagne. Toutefois, 87% des Français estiment qu'il est important (et même 33% « très important ») que leur interlocuteur soit un pharmacien diplômé, confirmant ainsi le désir de compétence et de professionnalisme.

Au-delà de cette vision très positive de la profession, une ombre se dresse tout de même au tableau. 47% des Français estiment en effet que les pharmaciens incitent les patients à acheter des produits et des médicaments dont ils n'ont pas besoin, soit près d'un Français sur deux. Le modèle économique de la profession en est la preuve. Les pharmaciens ont plusieurs casquettes, comme abordé précédemment, les deux plus connues étant celle du professionnel de santé et celle du commerçant. Une recherche d'équilibre constante entre l'éthique, la déontologie pour le bien être des patients et le maintien de la viabilité économique sera nécessaire.

B. Leurs attentes

En raison du haut niveau de confiance accordé, 48% des français, soit près de la moitié d'entre eux, souhaiteraient voir le pharmacien prendre une place plus centrale dans la gestion de leur parcours de santé.

Ainsi, il n'est pas surprenant que différentes actions et missions du pharmacien soient généralement jugées de manière positive par une majorité de Français :

- La **livraison de médicaments** au domicile des patients (92% de ces derniers le considèrent comme une bonne chose et même 42% comme une très bonne chose). A ce propos, la SFPC a réalisé, en mai 2020, une enquête intitulée « OSER » ou « **Offre de**

SERvices pharmaceutiques en officine » qui est en cours d'analyse. Il est fort probable que les résultats de cette dernière, qui paraîtront en même temps que cette thèse, soient assez similaire.

- La mise en place de **programmes de prévention** de certaines maladies (89%),
- Les actions de **dépistage** de certaines maladies (83%),
- La **préparation personnalisée des doses** de médicaments à administrer (87%),
- Le **suivi du traitement** médical de certains patients (82%)
- La **vaccination** contre la grippe (81%).

La personnalisation des services est particulièrement souhaitée par les personnes âgées.

D'autre part, même si l'adhésion est un peu moins large (près de 70% des français), **ajuster un traitement** prescrit par un médecin apparait comme une possibilité.

In fine, l'élargissement du rôle du pharmacien comme acteur essentiel de la santé des Français est confirmé par cette étude.

De nouvelles actions et missions se trouvent d'ailleurs plébiscitées par les français :

- La « **digitalisation** » des pratiques :
 - Le « click and collect », c'est-à-dire la possibilité de réserver à distance des médicaments ensuite retirés en pharmacie (78% y sont favorables)
 - L'accès des pharmaciens au Dossier Médical Partagé des patients (77%) ;
- La **montée en responsabilité des pharmaciens** dans la gestion des traitements :
 - Administrer les vaccins obligatoires (75% favorables),
 - Établir des prescriptions pour certains types de médicaments sans passer par un médecin (68%)
 - L'autorisation de remplacer d'eux-mêmes un médicament prescrit en cas de rupture de stock (71% favorables). Ce point est jugé d'autant plus positivement que le nombre de ruptures de stock est toujours plus important et fréquent.

D'autres évolutions du métier ne remportent pas une aussi forte approbation des français comme la téléconsultation par le pharmacien qui est par essence un acteur de proximité. D'ailleurs, les notions de qualité et de proximité sont également à l'origine d'une vraie réticence des français à propos de la vente de médicaments sur internet et dans les grandes surfaces. Le

pharmacien de proximité rassure, par ses compétences, son expertise en matière de traitements médicaux, et assure un canal de distribution sûr et sans contrefaçon.

En conclusion, nous pouvons dire que le métier de pharmacien est très complexe. Il est soumis à de nombreuses exigences de gestion liées à son activité commerciale mais aussi à son rôle de service de santé publique. Toutes ces pressions touchent de nombreux thèmes divers et variés qui vont de la prise en charge de sa patientèle à la gestion de ses fournisseurs. Cette gestion annexe est bien évidemment nécessaire au bon fonctionnement de son entreprise mais occupe un temps précieux qui pourrait être mis à profit pour d'autres actions.

La question qui se pose légitimement est :

« Comment dans une telle perspective, le pharmacien peut se consacrer à des patients dont le temps de prise en charge est de plus en plus grand ? »

Les pouvoirs publics souhaitent que les pharmaciens aient de nouvelles responsabilités pour des raisons économiques et sanitaires. La population le désire également car elle leurs fait confiance.

Maintenant que nous avons fait un panorama le plus exhaustif possible des différentes forces en présence et des nombreuses pressions qui pèsent sur le titulaire d'une officine. Comment envisager l'exercice de demain ? Quelles seraient les **clefs de l'Officine de demain ?**

PARTIE II : LA PHARMACIE DE DEMAIN, AUJOURD'HUI ?

La loi HPST, promulguée le 21 juillet 2009, a instauré de profondes modifications du métier de pharmacien d'officine en consacrant l'exercice de ce dernier à **de nouvelles missions de service public**. Cette loi est synonyme de commencement. En effet, ce fut la première impulsion confirmant le rôle clé du pharmacien dans notre système de santé pour une meilleure coordination des soins (35). Le pharmacien du fait de son implication dans de nombreux domaines, dans de nouvelles missions, se façonne un nouveau métier.

I. Les nouvelles missions

A. La pharmacie Clinique

La SFPC a défini, en septembre 2016, la pharmacie clinique comme étant :

*« [...] une discipline pharmaceutique à part entière, mais aussi un mode d'exercice particulier de la pharmacie, qui **recentre l'exercice professionnel autour du patient** et non **exclusivement du produit** » (36).*

Le modèle de pharmacie clinique (Annexe) contribue à la sécurisation, la pertinence, et à l'efficacité du recours aux produits de santé dans la prise en charge globale des patients. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués (*médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, etc.*), le patient et ses aidants.

De ce fait, l'élan enclenché par cette discipline pharmaceutique, déjà validée par nos tutelles à travers différents avenants, ouvre le champ à une multitude de nouvelles missions. Dans la suite de cet écrit, nous allons découvrir ces missions et leurs modalités d'application.

B. Les Bilans Partagés de Médication

1. En théorie

L'arrêté du 9 mars 2018 approuve l'avenant 12 à la Convention Nationale des pharmaciens titulaires d'officine et entérine la mise en œuvre du bilan partagé de médication à l'officine.

Ce dernier se définit d'après la HAS comme « *une **analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient** concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de **mettre en perspective le traitement du patient** (issu du Bilan de Médication) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés ».*

Le Bilan Partagé de Médication apparaît désormais en France dans le cadre législatif du référentiel de compétences des pharmaciens d'officine avec une rémunération forfaitaire dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées.

2. Avantages pour les patients

Concrètement, ces analyses s'appuient sur un entretien formalisé avec le patient ayant pour but de réduire le risque d'iatrogénie, d'améliorer l'adhésion du patient et de réduire le gaspillage de médicaments. Ces objectifs sont donc en lien direct avec la pertinence, l'efficacité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Les patients sont de mieux en mieux informés via une multitude de connaissances accessibles simplement avec leur smartphone. Les applications de « santé » ou encore internet, et ses nombreux forums d'experts, les rendent plus attentifs et exigeants sur leur santé. De ce fait, ils doivent être intégrés dans leur prise en charge. Ces actions de responsabilisation et de confiance les rendent véritablement acteurs de leur santé.

3. Avantages pour l'équipe de soins

La réalisation d'un Bilan Partagé de Médication comporte 4 étapes :

- La collecte de données,
- L'évaluation et l'analyse pharmaceutique clinique,
- La mise en œuvre,
- Le suivi.

Ces différents temps réalisés par un pharmacien pouvant être assisté par un autre membre de l'équipe officinale (étudiant sixième année en stage de professionnalisation ou un préparateur en pharmacie), reposent sur le partage d'informations et sur une coordination pluri professionnelle, tout particulièrement avec le médecin traitant. En effet, cette coordination pluri professionnelle peut-être, dans certains cas, fondamentale en raison d'un nombre très important d'interlocuteurs : les différents médecins spécialistes (*ophtalmologue, cardiologue, pneumologue, etc.*) ou encore les équipes de soins à domicile comme *les infirmières, les aides-soignants, les masseurs-kinésithérapeutes, etc.*

4. Les freins constatés et leurs leviers

Malgré de grandes avancées sur la reconnaissance des Bilans Partagés de Médication et la volonté que ces derniers soient généralisés, de nombreux freins persistent, communs à la grande majorité des nouvelles missions du pharmacien. Toutefois des solutions existent et nous allons lever ces freins progressivement jusqu'à la fin de cet écrit.

- **Chronophage** : effectivement, *cette mission prend du temps*. Notamment, lors de sa mise en place car de nouvelles habitudes, de nouveaux réflexes, de nouvelles procédures doivent être intégrés.
 - A long terme, une réorganisation de l'activité officinale dans son ensemble sera nécessaire.
 - A court et moyen terme, la digitalisation de notre métier et l'accès à des outils numériques rendent plus pertinent ce processus tout en réduisant considérablement l'aspect administratif.

Nous pouvons notamment parler des applications : BIMEDOC® et OBSERVIA® qui permettent de centraliser les différentes étapes du bilan et d'ainsi pré-rédiger les différents comptes rendus, d'accélérer l'analyse pharmaceutique en réalisant une présynthèse, ou encore gérer la télétransmission auprès de l'Assurance Maladie.

- **Recrutement** : comment identifier les « bons patients » ? Un « bon patient » est un patient qui répond **aux conditions d'éligibilité** pour une action de pharmacie clinique donnée et **qui tirerait un bénéfice** d'une telle action.

Une approche informatique : Les LGO permettent d'identifier les patients selon les critères d'éligibilité en quelques secondes apportant un gain de temps considérable.

Une approche humaine au comptoir lors de la délivrance mensuelle des traitements. Dans ce cas, certains médicaments dits réflexes ou encore certains commentaires du patient doivent alerter l'équipe sur l'utilité de ce type d'entretien. « *Non, je n'en ai pas besoin merci ! J'ai 2 ou 3 boîtes d'avance...* ». Cette simple phrase qui semble anodine révèle un problème majeur, l'inobservance du patient.

- **Relation avec les autres soignants** : Ce point est un frein majeur dans l'exercice officinal en général. La relation de confiance et de coopération entre les différents acteurs de santé est cruciale pour une bonne prise en charge. Nous aborderons ultérieurement plus en détails ce sujet et ses solutions.
- **Accès aux informations** : Les bilans partagés de médication nécessitent par définition un grand nombre d'informations. Malheureusement, le pharmacien ne peut actuellement accéder qu'à un nombre limité de sources plus ou moins fiables.

A moyen, voir long terme, l'accès au Dossier Médical Partagé, si son rôle de bibliothèque de santé personnelle fonctionne, serait une solution particulièrement intéressante pour mener à bien ces bilans.

- **Lieu de réalisation** :

L'arrêté du 18 mai 2020 a rendu possible la réalisation des entretiens en télésoin à distance (37). Cette évolution majeure nécessite tout de même un premier entretien préalable en face à face, mais nous ne pouvons que saluer et encourager cette initiative. En effet, elle permet d'en faciliter l'accès, aux personnes fragiles ou encore en situation de handicap. De plus, la crise sanitaire actuelle nous a montré l'importance de trouver des solutions pour continuer à échanger malgré la distance.

D'après mon expérience, le lieu de réalisation est un frein pour beaucoup de pharmaciens car il nécessite un espace dédié. Cette réticence est légitime car elle soulève beaucoup de questions : est-il nécessaire de faire des travaux pour réaliser un espace de confidentialité ? Qui prend en

charge ces travaux ? Permettront-ils à l'officine d'être économiquement viable ? Faut-il rogner sur le front office et perdre des mètres linéaires ou réduire le back office ? Certaines officines ont une superficie extrêmement réduite, ce type de pièce est-il vraiment possible ?

- **La rémunération**, sera-t-elle la clef de ce changement de paradigme ?

Est-ce que toutes ces actions de santé publique menées à l'officine ont réellement un impact significatif sur les dépenses de santé ? Est-ce que les moyens de financement octroyés par l'Assurance Maladie seront à la hauteur des investissements engagés par les pharmaciens ?

Nous n'avons pas à l'heure actuelle en France la réponse à de telles questions. Pourtant, les Bilans Partagés de Médication sont associés dans d'autres pays (*comme le Canada, l'Australie, la Norvège, etc.*) à une réduction de la polymédication, une amélioration de la qualité de vie des patients et également une réduction des coûts (38).

C. Les Entretiens Pharmaceutiques

La SFPC définit les entretiens pharmaceutiques comme « *un échange entre un patient et un pharmacien permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation* » (39).

Ces entretiens se déclinent selon des objectifs prédéfinis et adaptés aux patients. C'est pourquoi, le pharmacien devra en amont d'un entretien pharmaceutique prendre connaissance de toutes les informations qui lui seront utiles. Durant cet entretien, une prise de notes sera essentielle afin d'intégrer le verbatim du patient ainsi que toutes les données nécessaires à ces missions pharmaceutiques.

Le verbatim est la retranscription fidèle, « mot pour mot », des termes, phrases ou expressions clefs, employés par le patient. In fine, ces termes seront réutilisés afin de personnaliser les échanges avec le patient.

Ces entretiens peuvent être libres ou dirigés par un guide d'entretien. Cependant, cet outil ne doit pas altérer les échanges entre patient et pharmacien.

De nombreux outils sont accessibles, notamment celui de l'Assurance Maladie intitulé « *l'accompagnement pharmaceutique* » (40). Ce dernier met à disposition des pharmaciens, par l'intermédiaire d'un outil précieux et ergonomique, divers supports pour réaliser dans les meilleures conditions les entretiens pharmaceutiques ainsi que les BPM.

1. Hier et aujourd'hui ...

La Convention Nationale de 2012 a lancé les entretiens pharmaceutiques. En réalité, il a fallu attendre l'avenant 8 (en 2016) et 11 (en 2017) pour rendre réellement applicables ces entretiens. Ce dispositif d'accompagnement plus centré sur les besoins du patient, prévoit à cet égard le versement au pharmacien d'une rémunération annuelle de 30€ ou 50€ par patient selon les modalités de l'accompagnement.

Aujourd'hui, sont éligibles aux entretiens pharmaceutiques :

- Les patients asthmatiques présentant une prescription de corticoïdes inhalés supérieure ou égale à 6 mois ;
 - Les patients souffrant d'une pathologie chronique et nécessitant une prescription d'Anti-Vitamine K (AVK) supérieure ou égale à 6 mois ;
 - Les patients souffrant d'une pathologie chronique et présentant une prescription d'Anticoagulants Oraux d'action Directe (AOD) supérieure ou égale à 6 mois ;
 - Les patients souffrant d'un cancer et présentant une prescription d'anticancéreux oraux.
- La rémunération de ce type d'entretien est légèrement différente comme nous l'avons développée en première partie en décrivant les évolutions qu'apporte l'avenant 21.

Les différents avenants simplifiant l'éligibilité des patients et la mise en application de ces entretiens ainsi que des outils pratiques ont levé de nombreux freins et en ont permis leur développement. De ce fait, les patients traités par une chimiothérapie orale vont prochainement pouvoir bénéficier de ce type d'entretien.

2. ... Demain.

Suite à ces succès semés d'embuches, les entretiens pharmaceutiques pourront à l'avenir concerner d'autres types de patients atteints de pathologie chronique. En effet, des pathologies telles que le diabète, l'hypertension artérielle ou encore la BPCO seraient toutes indiquées.

Toutefois des questions restent en suspens. En effet, ces pratiques s'intégreront certainement dans un exercice pluri professionnel, du fait de la complexité de ces pathologies mobilisant un certain nombre de professionnels. Dans ce cas, comment sera réalisé le ciblage des patients ? La rémunération sera-t-elle payée au parcours de santé et ensuite partagée entre les différents acteurs en fonction de leurs missions respectives ?

Devant la complexité théorique de cette répartition, nous ne pouvons pas écarter, dans un premier temps, la possibilité d'un paiement à l'acte tarifé au fil de l'eau par chaque professionnel mobilisé.

D. La vaccination

L'avenant 16 à la Convention Nationale des pharmaciens titulaires d'officine a été signé le 14 mars 2019. Ce dernier précise les modalités de la vaccination antigrippale à l'officine.

En réalité, cet avenant est un tournant majeur dans la pratique officinale. En effet, c'est la première fois qu'un pharmacien d'officine peut administrer un traitement à un patient. Les pharmaciens peuvent désormais vacciner contre la grippe les personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur émises par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Bien évidemment, la vaccination par les officinaux a précédemment été expérimentée dans plusieurs régions. Afin de pouvoir la réaliser, le pharmacien doit avoir été formé et disposer d'un local aménagé et adapté, permettant d'assurer la confidentialité des échanges et la sécurité du patient.

1. Grippe

Sur la base des données transmises par l'Assurance Maladie, Gilles BONNEFOND, président de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO), annonce : « *Ils étaient 2,4 millions lors de la dernière campagne. Ce nombre représente 26,7% de la population vaccinée contre la grippe, soit 8% de plus que l'année dernière* » (41). Ces chiffres sont très encourageants et montrent que la vaccination par les pharmaciens est un acte plébiscité par les Français.

La profession souhaite d'ailleurs proposer ce service de santé publique à tous les adultes. Pour généraliser cet acte à l'ensemble de la population, deux freins majeurs devront être levés. D'une part, une autorisation des pouvoirs publics sera nécessaire ; d'autre part, la disponibilité des vaccins en nombre suffisant devra être garantie pour répondre à la demande.

2. Suivi du calendrier vaccinal et autres vaccinations

Suite au succès de la vaccination anti grippale en officine, une réflexion sur un élargissement des compétences est envisagée et souhaitée. En effet, le pharmacien d'officine pourrait légitimement faire le point sur la couverture vaccinale d'un individu lors d'un entretien pharmaceutique, ou encore lors d'un Bilan Partagé de Médication par exemple.

Dans le cadre de la vaccination antigrippale, les pharmaciens ont reçu une formation adaptée pour réaliser un grand nombre de vaccins. De plus dans un cadre de santé publique, la présidente du CNOP propose ainsi d'autoriser les pharmaciens à vacciner en cas d'épidémie, comme celle par exemple de rougeole en 2019 en Aquitaine. Nous pouvons aisément penser à la pandémie liée au Coronavirus qui en 2020 a mis en lumière l'importance et la réactivité des pharmaciens dans notre système de santé. Les officinaux pourraient éventuellement participer à la vaccination généralisée d'un grand nombre de patients quand un vaccin aura été approuvé par nos autorités de santé.

E. Dépistage

1. Angine

Depuis l'arrêté du 1^{er} août 2016, le pharmacien d'officine est autorisé à réaliser dans l'officine (dans un espace de confidentialité) un Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) de l'angine. Cette nouvelle mission est née dans le cadre de la feuille de route interministérielle pour la maîtrise de l'**antibiorésistance**, lancée en France en 2016 (42). La lutte contre l'antibiorésistance est l'un des enjeux mondial de santé publique, estimée par l'OMS comme l'une des plus graves menaces pesant sur la santé mondiale.

Les TROD angine permettent de dépister les angines à Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (*ou plus communément appelée angine bactérienne*) qui peuvent répondre à une

antibiothérapie. Or, la plupart des angines étant virales (environ 80%), l'antibiothérapie est dans ce cas inutile. L'utilisation d'un TROD angine permettrait ainsi de diminuer l'apparition de germes résistants directement liée à la surconsommation et au mésusage des antibiotiques.

L'avenant 18 à la Convention Nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé le 18 septembre 2019 (43), organise la prise en charge de la réalisation des TROD angines. Jusqu'alors, cet acte n'était pas remboursable par l'Assurance Maladie. L'achat du test et l'acte de réalisation étaient à la charge du patient.

Cet avenant définit deux circuits de prise en charge (44) :

- La demande spontanée à la pharmacie

Le patient se présente spontanément à l'officine et est directement pris en charge par le pharmacien : la réalisation du test est tarifée 6 euros HT (6,30 euros HT dans les départements et régions d'outre-mer) :

- Si le résultat est positif, un traitement par antibiotique est indiqué et le pharmacien oriente le patient vers son médecin traitant avec le résultat du test ;
- En cas de résultat négatif, le pharmacien délivre au patient les conseils adaptés pour gérer au mieux les symptômes et l'invite à prendre contact avec son médecin traitant en cas de persistance et/ou d'aggravation des symptômes.

- L'orientation par le médecin traitant

Le patient est orienté vers la pharmacie par son médecin traitant pour la réalisation du test, après une consultation. Le prescripteur a établi une ordonnance dite « **conditionnelle d'antibiotiques** », mais il souhaite une confirmation par un TROD. Dans ce cas, la réalisation du test est tarifée :

- 6 euros HT (6,30 euros HT dans les DROM) en cas de résultat positifs. Le pharmacien dispense alors la prescription d'antibiotique ;
- 7 euros HT (7,35 euros HT dans les DROM) en cas de résultat négatifs. L'antibiotique prescrit sur l'ordonnance conditionnelle n'est pas délivré. Le patient est pris en charge par le pharmacien qui lui délivre les conseils adaptés.

« Cet euro supplémentaire rémunère l'explication du pharmacien au patient qui ne se fait pas délivrer d'antibiotique alors qu'il dispose d'une ordonnance pour cela », explique Nicolas Revel, directeur de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Aucune TVA n'est applicable à ces tarifs. Ces derniers incluent le coût d'achat du test, dont le prix limite est fixé à 1 euro TTC. Le taux de remboursement est fixé à 70% par l'Assurance Maladie. Le reste peut être pris en charge par les complémentaires santé.

Concernant les tests, une liste de dispositifs certifiés a été publiée sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) permettant ainsi un choix éclairé des pharmaciens.

Au 30 décembre 2019, 16 tests ont été reconnus en France. Chacun d'entre eux doit répondre à certaines caractéristiques examinées par l'ANSM (45) :

- Indication commune : *détection de l'antigène des streptocoques du groupe A,*
- Mode de prélèvement similaire : *prélèvement pharyngé par écouvillonnage,*
- Réalisation à température ambiante,
- Temps de réalisation compris en 5 et 10 minutes,
- Lecture du résultat :
 - Soit sous forme de bandes colorées (2 bandes = positif, 1 bande = négatif),
 - Soit avec le symbole + ou -,
- Selon le test :
 - Sensibilité diagnostique comprise entre 87,3% et 97,6%,
 - Spécificité diagnostique comprise entre 94,7% et 100%.

2. D'autres tests ?

Comme nous l'avons précédemment abordé, de par sa proximité et sa facilité d'accès, mais également son expertise et sa place majeure dans le système de santé, les Tests Rapides d'Orientation Diagnostiques (TROD) font partie des missions de santé publique essentielles du pharmacien d'officine.

A l'heure actuelle, le pharmacien d'officine peut réaliser 3 types de tests définis dans l'arrêté du 1^{er} août 2016 (46) :

- Tests oro-pharyngés d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A pour l'orientation diagnostique en faveur d'une angine bactérienne
- Tests oro-pharyngés d'orientation diagnostique de la grippe pour l'orientation diagnostique en faveur d'une grippe
- Test capillaire d'évaluation de la glycémie pour repérer une glycémie anormale dans le cadre d'une campagne de prévention du diabète.

Plusieurs projets sont en cours de négociation entre les syndicats et l'Assurance Maladie afin d'accroître les types de tests réalisables et pris en charge à l'officine. A ce propos, plusieurs expérimentations ont déjà lieu afin de mettre en avant l'utilité de telles actions, dont les TROD VIH ou ceux de l'hépatite C. D'ailleurs, le Sénat a adopté l'article 43 du PLFSS 2020 soutenant la réalisation des TROD de l'hépatite C à l'officine (47).

La pandémie liée au Coronavirus a également mis en lumière la possibilité de permettre au pharmacien d'officine de réaliser des TROD sérologiques. A ce propos, depuis mi-juillet 2020, les TROD Covid-19 s'ajoutent à la liste, que nous venons de citer, des tests réalisables par le pharmacien.

De plus, les officinaux ont déjà l'autorisation légale de vendre un grand nombre d'autotests à partir du moment où ces derniers disposent un marquage CE. Toutefois, la HAS ainsi que de nombreuses instances ou encore d'associations de patients recommandent que ce type de résultat soit systématiquement analysé avec un professionnel de santé compétent. Le futur de l'officine passera forcément par cette mission de santé publique qu'est le dépistage.

Afin d'élargir les TROD réalisables en officine, certains pharmaciens proposent un changement de perspective. Actuellement, pour réaliser un nouveau TROD spécifique, les pharmaciens attendent un arrêté qui ajouterait ce dernier à la liste des tests autorisés en officine. De par ses compétences, sa formation et son rôle de santé publique, il serait plus judicieux qu'un officinal puisse réaliser tous les TROD existants, et dont la qualité est certifiée. Dans les cas particuliers qui pourraient entraîner un problème de santé publique, le gouvernement pourrait aisément prendre un arrêté excluant le ou les tests non réalisables par un pharmacien.

Mais les TROD ne sont pas les seuls outils disponibles à l'officine. Les pharmaciens pourraient potentiellement à l'avenir réaliser des dépistages précoces pour de nombreuses pathologies comme la BPCO dans le contexte d'une aide au sevrage tabagique, l'AVC ou encore le cancer colorectal (48) (49).

D'ailleurs, les pharmaciens ne seraient-ils pas compétents et tout indiqués pour conseiller, vendre, accompagner les patients, dans l'acquisition et l'utilisation d'appareils connectés à visée médicale ? Nous pouvons citer les montres connectées avec le suivi cardiologique, les balances connectées dans une démarche d'accompagnement diététique ou encore la qualité du sommeil ; mais aussi les tensiomètres et les appareils de glycémies connectés qui permettraient de suivre à distance les données journalières des patients. De ce fait, le pharmacien ne pourrait-il pas acquérir une autre dénomination ?

3. Pharmacien Préventologue

Le modèle sanitaire français est, ou plutôt était, majoritairement tourné vers le curatif. Un changement majeur s'opère progressivement et l'officine n'est pas en reste. Certaines restrictions législatives limitent encore l'action des pharmaciens français en comparaison à leurs homologues étrangers. Cependant, certains groupements et certains pharmaciens indépendants, tentent de mettre en pratique ce nouveau modèle officinal qui se dessine au fil des réformes du métier. En effet, le pharmacien peut intervenir à trois niveaux :

- Le premier est la **vaccination**, lorsqu'on ne parle pas de malade ou de maladie.
- Le deuxième intervient lorsque la maladie est potentiellement présente mais non déclarée : c'est le **dépistage**.
- Enfin, le troisième niveau intervient une fois que la maladie est déjà présente ou chronique, le but étant alors d'**éviter la récurrence**.

Cette mutation du métier va nous permettre de « sortir du ghetto mercantile » comme l'a annoncé Jean-Christophe LAUZERAL, ancien directeur général du groupement Giropharm (50).

En Suisse, la Pharmacie Principale est une chaîne officinale située sur Genève, qui exploite et revendique ce rôle de **Pharmacien Préventologue** (51). Pour bénéficier de telles prestations, les patients doivent payer avec leurs propres deniers.

Pour ce faire, ce groupe ne mise pas uniquement sur le métier du pharmacien mais encourage l'interprofessionnalité. Cette notion majeure est la clef d'un système de santé soudé, cohérent et efficient pour ces patients. Le constat d'une pénurie drastique de médecins généralistes en Suisse dans la prochaine décennie, a permis d'innover et de collaborer entre les différents professionnels.

Notamment avec les pharmaciens, qui de par leurs compétences ont permis l'élaboration de certaines propositions :

- Améliorer l'orientation des patients à la base avant la saturation des services d'urgences ou des cabinets médicaux ;
- Associer les patients à leur santé en leur fournissant des informations et en renforçant le suivi de leur traitement ;
- Réduire les risques de survenue (ou de récurrence) d'une ou de plusieurs maladies graves grâce à la prévention ;
- Réaliser des Audits Santé. C'est un programme mis au point par la Pharmacie Principale qui permet d'explorer online *les risques que les habitudes de vie et les valeurs biologiques font peser sur la santé*. Selon eux, cet audit aiderait à élaborer avec le patient une stratégie sur mesure pour prévenir efficacement et durablement les maladies.

Bien évidemment, avant d'appliquer ce type d'entretien individuel, il serait intéressant de réaliser des études sur le sérieux d'une telle approche. Elle a du moins le mérite d'exister et d'ouvrir une multitude de possibilités d'accompagnements et de services pour les patients.

F. Perspectives d'avenir, la Dispensation en pleine mutation

1. PDA - Préparation des Doses Administrées

Selon l'article R. 4235-48 du Code de la Santé Publique (52) :

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

1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2° *La préparation éventuelle des doses à administrer ;*

3° *La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament.*

La préparation des doses à administrer ou PDA est de facto un attribut du pharmacien, mais la retrouvons nous couramment dans la pratique officinale ? La réalité est tout autre. Actuellement aucun texte réglementaire n'encadre cette activité pharmaceutique mise à part un guide de « bonnes pratiques » édité par l'ARS PACA en 2017 (53).

Le développement de la dispensation individuelle nominative et la recherche de la réduction des coûts en établissement de santé, concourent à l'automatisation de la préparation des traitements des patients. La PDA se retrouve très rarement en officine, mises à part celles qui réalisent ces préparations pour des structures de santé comme les EHPADs.

L'officine qui souhaite réaliser de la PDA peut opter pour trois méthodes différentes : manuelle, semi-automatisée, automatisée (54). Ce choix repose sur une multitude de critères comme *les capacités logistiques de l'officine, le budget d'investissement, l'équipement informatique et le LGO souhaité, ainsi que le nombre de patients et de spécialités majoritairement prescrites* (55).

- **La méthode manuelle**

C'est la plus simple, elle nécessite un investissement minimal. Le pharmacien remplit manuellement un pilulier selon la prescription. Le rendement de cette méthode est faible, moins de 10 patients/heure, et le taux d'erreur important. Ce dernier peut être réduit via quelques techniques comme déconditionner le nombre exact d'unités de prise, ou encore pratiquer un double contrôle.

- **La méthode semi-automatisée**

Cette méthode consiste à un remplissage des alvéoles des piluliers assisté par ordinateur via un logiciel de gestion. L'investissement de départ est d'environ 2 500 euros. L'assistance numérique permet de garantir une traçabilité en scannant chaque boîte. De plus, le processus de sérialisation, qui sera présenté ultérieurement, va contribuer à la sécurisation de cette pratique.

- **La méthode automatisée**

Cette méthode, au rendement de plusieurs dizaines de patients/heure, et un taux d'erreur négligeable, nécessite un investissement lourd de plusieurs dizaines de milliers d'euros, en fonction du robot. Les dispensations sont au préalable enregistrées informatiquement, puis le robot prépare des sachets-doses nominatifs. Le pilulier ainsi généré pour une semaine, deux semaines voire pour un mois se présente sous la forme d'un « escargot » de sachets parfaitement lisibles et identifiés.

Les officinaux doivent-ils se lancer ?

Au vu des nombreuses études annonçant un vieillissement de nos populations dans les prochaines années et la mutation du monde de la santé, la PDA est un service à très haute valeur ajoutée pour le pharmacien. En effet, les avantages sont multiples en matière de santé publique avec une observance accrue et un mésusage réduit. En termes de fidélisation de la patientèle, c'est une pratique très intéressante où le pharmacien rassure et contribue à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Le pharmacien doit bien évidemment choisir la solution qui lui convient le mieux en fonction de son type d'officine. Ce type d'activité peut en partie être réalisé par d'autres membres de l'équipe officinale tels que les préparateurs.

Pour conclure, il est crucial qu'un texte encadre cette pratique. Des études doivent être menées pour mesurer la plus-value sanitaire de la PDA et la réflexion sur un financement par l'Assurance Maladie ou encore les complémentaires santé serait pertinente. Dans l'attente d'un financement, cet acte peut légitimement être proposé et facturé directement aux patients comme un service au même titre que la livraison.

2. Dispensation à l'unité

*« Bonjour, je souhaite avoir une boîte de cet antibiotique, s'il vous plait.
J'avais un peu mal à la gorge hier, il m'en restait 2 comprimés chez moi. »*

Ce type de cas de comptoir pourrait à l'avenir disparaître grâce à la dispensation à l'unité. En effet, ce processus de dispensation pourrait lutter considérablement **contre l'automédication**.

Néanmoins, la dispensation à l'unité ne fait clairement pas l'unanimité comme nous allons l'aborder. Certaines entreprises du médicament, 25 membres du GEMME, s'opposent à cette mesure prévue pour voir le jour d'ici le 1^{er} janvier 2022 (56). L'USPO s'insurge également de cette décision actée par les députés en décembre 2019. La FSPF, bien que contre, est plus modérée dans cette analyse et propose une alternative plus nuancée.

« Je vise en priorité ceux qui sont déjà délivrés à l'unité, comme les stupéfiants, la Ritaline, mais aussi certains antibiotiques, notamment ceux figurant sur la liste de l'expérimentation de 2014. » indiquait Philippe BESSET en décembre 2019.

Peut-être que le problème fût abordé sous le mauvais angle ... Ce projet est issu d'une volonté de réduire le gaspillage en termes de médicaments. Cette idée est louable, mais ne s'intéresse en aucune façon à la complexité du secteur. « La santé n'a pas de prix », pourtant cette mesure peut être considérée comme écolonomique. Les notions de traçabilité, de bénéfice pour le patient et le système de santé, de financement de cet exercice, ... ; n'ont pas été soulevées, justifiant la grogne des syndicats.

Toutefois, cette dispensation à l'unité serait clairement plus judicieuse appliquée aux traitements aigus dont la posologie peut varier en fonction de la pathologie. En effet, cela permettrait de lutter par exemple *contre le défaut d'observance, l'automédication « sauvage » et familiale, l'antibiorésistance, etc.* Les traitements chroniques quant à eux sont pour la grande majorité conditionnés mensuellement ou trimestriellement. Un déconditionnement systématique serait une perte de temps pure.

Cette mesure sera mise en œuvre au plus tard le 1^{er} janvier 2022, suite à l'adoption d'un amendement gouvernemental le 13 décembre 2019 par l'Assemblée Nationale. A l'époque, Agnès BUZYN ministre de la Santé souhaitait une concertation avec l'ensemble des parties prenantes de la profession pour rédiger au mieux les décrets d'applications. Il reste ainsi un peu moins d'un an et demi pour définir les modalités de cette dispensation à l'unité :

- Quelles seront les spécialités concernées ?
- Comment assurer la traçabilité suite à l'instauration de la sérialisation ?

- Quelles rémunérations pour le pharmacien ? En effet, il devra gérer de nombreux défis : la réception, le déconditionnement, le suivi de traçabilité, l'éducation des patients, etc.
- Les génériqueurs seront-ils contraints de revoir leur dispositif de conditionnement ?

3. Dispensation sous Protocole

La dispensation sous protocole est une avancée majeure dans la pratique officinale proposée par Monsieur Thomas MESNIER, député urgentiste et rapporteur de la loi Santé auprès de la ministre de la Santé Agnès BUZYN en 2019 (57). Nous reviendrons plus en détails dans la partie consacrée à l'accès aux soins non programmés, sur l'intérêt en santé publique de ce type de dispensation. Cette dispensation sous protocole est inspirée du système suisse "Net Care", ainsi que d'expériences québécoises et écossaises, permettant aux pharmaciens de dispenser des produits de santé de premier recours pour des situations simples en suivant des arbres décisionnels bâtis entre pharmaciens et médecins.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a retardé la publication des textes d'application précisant la liste des médicaments concernés, les conditions que devront remplir les pharmaciens, ainsi que la rémunération liée à cette délivrance particulière.

À l'heure actuelle, nous savons que le dispositif proposé s'inscrira dans le cadre d'un exercice coordonné permettant la délivrance de certains médicaments selon des arbres décisionnels établis par la HAS. Le traitement des cystites aiguës ou de certaines angines sont les premières pathologies qui ont été choisies.

D'autres pourront ultérieurement apparaître à l'avenir après validation par les autorités sanitaires comme la prise en charge de la douleur avec des antalgiques de niveau 2 ou encore les allergies saisonnières (58).

4. La reconnaissance des Interventions Pharmaceutiques

« Toute proposition de modification de la thérapeutique en lien avec un/des produits de santé initiée par le pharmacien. Elle comporte l'identification, la prévention et la résolution des problèmes liés à la thérapeutique. Chaque Intervention Pharmaceutique doit être tracée dans le dossier du patient et/ou sur la prescription. », définition de la SFPC (59).

Concrètement, l'Intervention Pharmaceutique définit cette pratique quotidienne au comptoir. Cette notion est en réalité capitale car elle met en lumière le rôle clef du pharmacien dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. La SFPC a d'ailleurs contribué à formaliser cette pratique en rédigeant une Fiche d'Intervention Pharmaceutique adaptée à l'officine (60).

L'Intervention Pharmaceutique ou IP est une force qui s'inscrit dans une démarche de qualité à l'officine. En effet, l'inscription et la notification de chaque IP permet d'accroître la traçabilité et d'étudier concrètement l'impact du pharmacien. A ce propos, la SFPC a développé l'échelle CLEO[®] dans le cadre d'une thèse de Science (61) pour permettre aux pharmaciens de mesurer l'impact de leurs Interventions Pharmaceutiques en prenant en compte différentes dimensions : *clinique, économique et organisationnelle*.

Toutefois, il est important de préciser que ce modèle, cette Intervention Pharmaceutique, ne se limite pas à la dispensation adaptée que nous allons prochainement détailler.

Cette notion est bien plus complexe et complète, ne se résumant pas simplement en une réduction de la posologie. En effet, l'analyse pharmaceutique des prescriptions conduit le pharmacien à émettre un certain nombre d'avis ou conseils concernant le traitement médicamenteux des patients. C'est ce qu'on appelle, l'Intervention Pharmaceutique. Le pharmacien peut ainsi transmettre au prescripteur, et le cas échéant au patient, un avis pharmaceutique concernant :

- Une proposition de suppression de médicaments redondants ou de modification de posologie ;
- Une information à prendre en compte pour l'administration et le suivi ;
- Toute autre proposition visant à améliorer la prise en charge thérapeutique.

Les fiches d'Intervention Pharmaceutique sont par conséquent renseignées lors de l'identification des problèmes liés à la thérapeutique, et lors de la résolution de ces problèmes avec le prescripteur.

Nous venons de décrire une notion essentielle des missions du pharmacien qui montre également l'intérêt fondamental de l'interprofessionnalité en santé.

5. Dispensation adaptée

Depuis le 1^{er} juillet 2020, la dispensation adaptée est formalisée par un code traceur « DAD » valorisé à 0,1€. Ce dispositif est issu de l'avenant 20 de la Convention Pharmaceutique signé le 12 février 2020 par l'Assurance-Maladie et l'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO) (62).

« L'Intervention Pharmaceutique » ainsi réalisée consiste en une **dispensation adaptée aux besoins thérapeutiques du patient**. Elle veille à la bonne observance des traitements prescrits et évite tout risque de mésusage.

L'avenant précise que cette *adaptation de la dispensation par le pharmacien s'effectue dans le respect de la prescription médicale*, car cet ajustement concerne uniquement des médicaments dont la posologie peut être ajustée (symptômes perçus par le patient et son ressenti) en respectant l'objectif thérapeutique. C'est ainsi qu'une liste de 22 classes thérapeutiques a été établie pour cet accord.

Cette dispensation adaptée partielle ou totale (non-dispensation de la ligne thérapeutique) s'effectue pour chaque ligne de médicament, appartenant à la liste susmentionnée. Le pharmacien peut ainsi facturer cette intervention pharmaceutique pour chaque ligne en indiquant :

- L'identification du patient (NIR) ;
- L'identifiant du médecin prescripteur ;
- La date de prescription ;
- La date de l'exécution de facturation ;
- Le code nature prestation qui identifie la réalisation de la dispensation adaptée.

Cette intervention pharmaceutique sera valorisée en divisant le montant des économies à reverser par le nombre total d'Interventions Pharmaceutiques facturées entre le 1er juillet 2020 et le 30 juin 2021. En effet, le modèle économique de la dispensation adaptée consiste à reverser sous forme de ROSP, 45% des économies réalisées pour l'Assurance Maladie. Les pharmaciens qui ont adapté leurs dispensations de médicaments recevront un versement qui se fera au prorata du nombre d'Interventions Pharmaceutiques facturées et enregistrées par leur officine.

Il est à noter que ce dispositif est mis en place pour 2 ans, à l'issue desquels un bilan sera réalisé pour en évaluer l'impact et l'efficacité. En effet, cette dispensation adaptée divise la profession, et beaucoup sont sceptiques de l'intérêt de cette mesure.

La Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), qui est en désaccord avec cette mesure, a d'ailleurs refusé de signer cet avenant conventionnel et considère que les signataires « *insinuent donc que les pharmaciens surchargent les délivrances ! Ce principe est insultant pour la profession* » (63).

Rendez-vous au second semestre 2022 pour connaître l'avenir de cette mesure.

II. Vers un exercice pluri professionnel

*« Tout seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin »
- Proverbe africain*

La loi HPST a attribué en 2009 aux pharmaciens d'officine de multiples missions dont :

1° Contribuer aux soins de premiers recours définis à l'article L. 1411-11 ;

2° Participer à la coopération entre professionnels de santé ;

3° Participer à la mission de service public de la permanence des soins ;

4° Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.

Pour être plus précis, l'article L. 1411-11 définit :

L'accès aux soins de premiers recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial [...]. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

[...]. »

Là encore, la mission de délivrance d'un traitement par le pharmacien d'officine n'est pas uniquement un rôle final dans la prise en charge d'un patient. Bien au contraire, son rôle de pivot le place dans une partie centrale du système de santé du fait de ses connaissances généralistes.

Pour assumer pleinement cette mission d'acteur de premiers recours, le pharmacien doit avoir une posture éducative envers la population qui pour de multiples raisons, souvent économiques, n'opte pas toujours pour un avis pharmaceutique, mais plus un encombrement des salles d'attente ou des urgences. Nous reviendrons ultérieurement sur ces notions.

En tant que professionnels de santé, nos formations et missions sont différentes mais complémentaires. Certains passages peuvent laisser entendre une frontière mince entre plusieurs professions. Mais cela n'augure d'aucune volonté d'altérer les compétences spécifiques liés à un exercice. Cette complémentarité et ces multiples possibilités d'actions communes sont rassurantes, et au contraire une chance pour l'ensemble des professions médicales. Des professionnels de santé doivent pouvoir communiquer entre eux pour le bien-être des patients. De manière générale, des points de vue différents n'augurent pas forcément une confrontation, mais plutôt une multitude de solutions positives. La suite de cet écrit va justement tenter de répondre à cette question : Comment envisager l'interprofessionnalité à l'avenir, et les différents moyens de la faire fructifier ? C'est ce à quoi tentent de répondre les différentes structures que nous allons détailler dans le paragraphe ci-dessous.

A. Outils et structures d'aide à l'exercice coordonné

1. Plateforme Territoriale d'Appui – PTA

« Un appui pour les professionnels de santé, au bénéfice des patients » (64)

Les Plateformes Territoriales d'Appui ont vocation à soutenir tous les professionnels de santé en leur apportant des solutions concrètes et adaptées à leurs besoins dans l'organisation des parcours de santé complexes.

Ces PTA ont de multiples objectifs stratégiques comme **accompagner la transformation de l'offre sanitaire** dans le cadre du virage ambulatoire **facilitant ainsi l'accompagnement**, la

prise en charge des patients, notamment en situation complexe, et en **favorisant le maintien des patients au domicile ou sur son lieu de vie** (65). Toutes ces actions évitent les ruptures de parcours et préviennent les hospitalisations inutiles et/ou évitables. C'est pourquoi, les PTA concourent à fluidifier les parcours de santé à travers les 3 missions suivantes :

- **Information et orientation** des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires afin de répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise ;
- **Appui à l'organisation des parcours complexes**, dont celle des admissions et des sorties des établissements ;
- **Soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles** en vue d'une meilleure organisation territoriale des acteurs, améliorant ainsi les parcours de santé complexes.

En revanche, ces plateformes ne constituent pas un acteur supplémentaire dans les territoires. Elles mettent en cohérence les dispositifs déjà existants en s'appuyant et en privilégiant les initiatives des professionnels de santé de ville et des CPTS visant au maintien à domicile.

Les services de la plateforme peuvent être déclenchés par le médecin traitant ou un professionnel en lien avec le médecin traitant, toujours dans cette volonté d'interprofessionnalité, de renforcement des liens, et d'améliorer l'organisation des soins au profit du patient.

Pour simplifier, la PTA est un réseau de santé parmi tant d'autres. Jusqu'à ce jour, les institutionnels ont développé une multitude de dispositifs facilitant la coopération entre les professionnels de santé, en fonction de leur champ d'action :

- Généraliste : ce sont effectivement les PTA que nous venons de présenter qui mettent en relation les professionnels exerçant en groupe ou tout seul ;
- Spécifique d'une maladie : ces réseaux de santé sont spécialisés dans la prise en charge des patients atteints de certaines pathologies comme le SIDA, le diabète et addiction ;
- Spécifique d'une population : les MAIA ou « *Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie* » s'adressent à l'ensemble des patients âgés de plus de 60 ans et plus particulièrement ceux atteints de la Maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (66).

A terme, l'objectif est de ne plus avoir besoin de ces dispositifs grâce aux différentes structures favorisant l'interprofessionnalité. Un certain nombre de questions, que nous sommes en droit de nous poser, apparaissent : *Quelles structures ? Comment favoriser leur développement ? Et surtout, quel est la place du pharmacien au sein de ces dernières ? En effet, le pharmacien aura-t-il uniquement la qualification d'expert du médicament ? Ou au contraire, l'exercice coordonné va permettre une passation des compétences entre chaque professionnel afin d'avoir des missions partagées ?* C'est ce que nous allons justement aborder dans la suite de cet écrit.

2. Équipe de Soins Primaires

Selon l'Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique (67) :

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours (...) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

L'ESP signe un contrat avec l'ARS autour d'un projet qui doit préciser, à minima :

- Ses objectifs,
- Les membres de l'ESP,
- Les modalités de travail pluri professionnel (réunions, protocoles, systèmes d'information partagé, messageries sécurisées, etc.),
- Les modalités d'évaluation.

3. Les Maisons de Santé

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), ou PluriProfessionnelles (MSPP) sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (68).

Les professionnels de santé qui y exercent, pour majorité des professionnels libéraux, doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Ces structures, introduites dans le code de la santé publique en 2007 pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif, doivent conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de recevoir une aide financière pour leur fonctionnement. En 2018, 910 maisons en fonctionnement étaient recensées. Elles sont le plus souvent situées en milieu rural (à 80%).

Quels avantages pour les professionnels de santé ?

Au sein d'une structure de santé pluri professionnelle, les professionnels de santé bénéficient :

- D'un exercice coordonné pour prendre en charge les patients ;
- D'échanges interprofessionnels facilités ;
- D'une souplesse dans l'organisation et la gestion du temps de travail ;
- D'une mutualisation des frais de fonctionnement des locaux professionnels ;
- D'une rémunération spécifique pour la structure s'ajoutant à la rémunération du professionnel de santé.

... et pour les patients ?

Ces derniers bénéficient :

- D'un accès renforcé aux soins de proximité ;
- D'un lieu de prise en charge la plus globale possible ;
- D'une continuité de soins tout au long de l'année ;
- D'un parcours de soins simplifié.

Ce type de structure pluri professionnelle se crée en constituant une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Cette dernière peut être composée d'une multitude d'acteurs :

- Pharmacien,
- Médecin,
- Chirurgien-dentiste,
- Sage-femme,
- Biologiste,
- Transporteur sanitaire,
- Infirmière,
- Masseur-kinésithérapeute,
- Orthophoniste,
- Orthoptiste,
- Pédicure-podologue,
- Audioprothésiste,
- Opticien,
- Professionnel de l'appareillage.

4. CPTS

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont été créées en 2016 par l'article 65 de la loi de modernisation du système de santé. Mais en réalité, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé le 20 juin 2019 et définissant leurs missions et leurs financements est le vrai point de départ (69).

Constituées à l'initiative des professionnels de santé d'un territoire donné, elles ont un mode d'organisation souple qui permet à ces professionnels de se regrouper autour d'un projet médical et médico-social commun (70).

Les acteurs qui peuvent y prendre part sont ceux :

- Qui assurent des soins de premiers et seconds recours (*médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, pharmaciens, etc.*) exerçant seuls, en cabinet de groupe, en MSP ou en équipes de soins primaires ;
- Des établissements hospitaliers (publics et privés) ;
- Du secteur médico-social et social (EHPAD).

Le but est de faciliter le parcours de soins des patients, tout en contribuant à améliorer les conditions d'exercice des praticiens. Ainsi, trois missions socles "prioritaires" ont été définies au niveau national pour toutes les CPTS :

- Faciliter l'accès aux soins des patients (médecin traitant et prise en charge des soins non programmés en ville).
- Organiser les parcours de soins pluri professionnels avec une meilleure coordination entre les acteurs.
- S'engager dans le champ de la prévention.

C'est pourquoi les pharmaciens d'officine ont toute leur place dans ces équipes pluridisciplinaires.

Les CPTS sont destinées à répondre à deux enjeux majeurs :

- **Assurer le « virage ambulatoire »** afin de structurer les soins de ville,
- **Développer l'exercice coordonné et le lien ville/hôpital** en compensant l'isolement de certains professionnels.

De nombreux freins existent. Ils sont généralement constitués d'idées reçues entre chaque profession mais aussi d'une phobie administrative qui doit être surmontée. Il est nécessaire d'informer, de mobiliser et d'encourager cette possibilité d'organisation.

La création de la CPTS se formalise par la signature d'un contrat tripartite, pour une durée de 5 ans, signé entre l'Assurance Maladie, l'ARS et les professionnels de santé qui devront au préalable :

- **Identifier les besoins de santé non ou insuffisamment traités au sein de la population locale ;**
- **Rédiger un projet de santé** qui fixera les objectifs, les acteurs impliqués, les actions à mettre en œuvre et leurs modalités d'évaluation ;
- **Opter pour un cadre juridique ;**
- **S'intégrer avec les dispositifs existants** (*Plateformes Territoriales d'Appui, contrats locaux de santé, etc.*).

L'Assurance Maladie pourra contribuer au fonctionnement de la CPTS via une aide financière annuelle maximale, définie par l'ACI en fonction du bassin de population touché par les actions :

- 220 000€ si inférieur à 40 000 habitants,
- 287 000€ entre 40 000 et 80 000 habitants,
- 370 000€ entre 80 000 et 175 000 habitants,
- 450 000€ au-delà.

L'ARS peut également apporter une aide complémentaire ponctuelle lors de sa constitution.

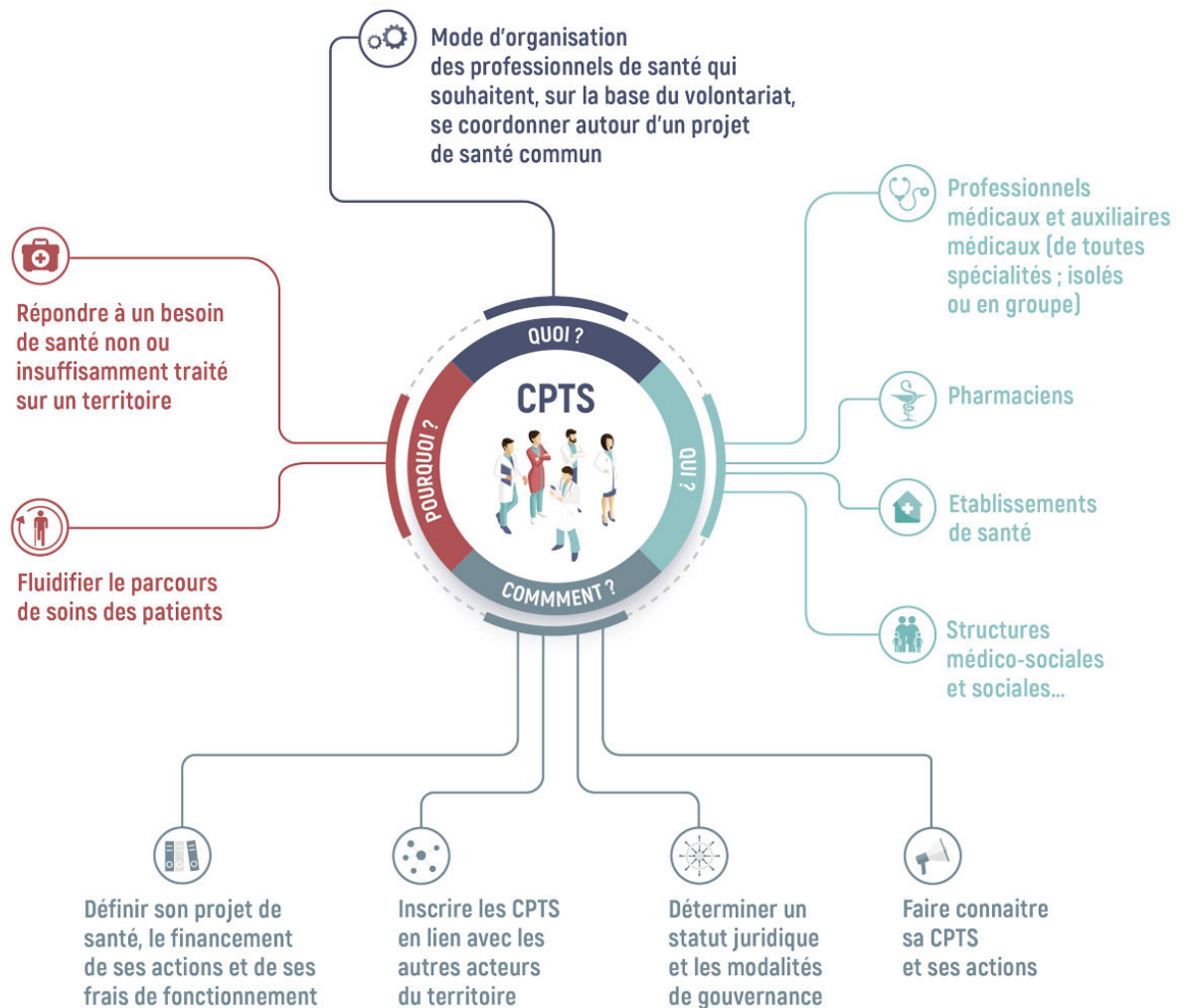


Illustration 2 : Les CPTS en 4 Questions (70)

5. Protocoles de coopération

Les protocoles de coopérations sont définis dans l'article 66 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 (71) :

« *Chapitre unique*

« *Protocoles de coopération*

[...] les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.

« Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre.

« Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération. [...]

Cette notion est fondamentale car elle met en évidence le rôle du professionnel de santé, en l'occurrence le pharmacien dans notre écrit. Ce dernier a des missions spécifiques, qui ne sont propres qu'à son exercice. Certaines autres missions peuvent quant à elles être partagées avec d'autres professionnels.

Il existe différents types de protocoles de coopération, en fonction de leur sphère d'application :

- Les protocoles nationaux sont définis par un comité national des coopérations interprofessionnelles composé par des représentants de l'UNCAM, de la HAS, des ministres chargés de la Sécurité Sociale et de la Santé ainsi que des ARS. Les conseils nationaux professionnels et les ordres des professions concernées sont associés aux travaux de ce comité.
- Les protocoles expérimentaux locaux qui sont des initiatives uniquement locales et circonscrites aux équipes promotrices. Ces protocoles nécessitent un enregistrement préalable auprès de l'ARS concernée.
- Les dispositions applicables au service de santé des armées

6. Protocoles de délégation de tâches.

Les protocoles de coopération expérimentaux locaux que nous venons de définir sont le fondement même des protocoles de délégation de tâches. En effet, *« les protocoles de coopération jouent le rôle de cadre, de structure, de guide ; tandis que les protocoles de délégations de tâches sont l'application, la finalité dans les conditions préalablement définies »* ainsi que me l'a expliqué Docteur Sophie SERGENT, pharmacienne d'officine à Liévin (62800) et présidente de la CPTS Liévin-Pays d'Artois.

Nous pouvons naturellement retrouver ces échanges de collaboration dans un sens unidirectionnel au sein du couple médecin-infirmier, qui lors de son cursus de formation a déjà eu l'occasion de fonctionner ensemble au sein des services hospitaliers.

Maintenant, grâce à la volonté d'un certain nombre de professionnels de santé et des stratégies politiques au niveau national, l'interprofessionnalité devient, comme nous allons la présenter, un sujet central du système de santé. Ainsi, les différentes structures d'interprofessionnalité peuvent et définissent déjà un certain nombre de protocoles de coopération donnant lieu à l'établissement de protocoles de délégation de tâches.

Ce dispositif est un atout majeur pour notre profession. En effet, en définissant des nouvelles missions comme l'accompagnement au sevrage tabagique, la prise de tension ou le dépistage du diabète par exemple, notre exercice s'enrichit et la perception de notre métier évolue. Ces protocoles sont signés avec d'autres professionnels, en l'occurrence les médecins, et cela met en avant la confiance que ces derniers peuvent avoir à notre égard, faisant abstraction des pressions et des avis réticents des autres membres de leurs professions.

Par conséquent, cette relation de confiance et ces preuves de compétence sont indispensables pour assurer un exercice interprofessionnel de qualité.

B. L'officine, un espace de santé

1. Introduction aux Soins Non Programmés

L'accessibilité aux soins est un sujet majeur qui montre ou non le bon fonctionnement du système de santé et de son offre de soins. La France a un système de santé reconnu. Pour être plus précis, ce sont les valeurs qu'il revendique qui sont reconnues : l'égalité et la solidarité.

A vrai dire, l'offre de soins en France est-elle correctement organisée ? Je n'ai aucunement la prétention de juger ou de corriger d'éventuels dysfonctionnements à travers cet écrit. Toutefois, je vais m'appuyer sur certaines études pour imaginer une nouvelle organisation du système de santé afin de rendre plus efficient notre accessibilité aux soins non programmés :

- Le rapport d'information remis au Sénat le 26 juillet 2017 sur les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé (72) ;
- Le rapport remis à Madame le Ministre des Solidarités et de la Santé en mai 2018 par le député Thomas MESNIER qui s'intitule : Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires (58)

- La thèse du Docteur Stéphanie CAPELLE soutenue le 14 novembre 2018 qui traite de la prise en charge des soins non programmés en médecine générale (73).

Ces trois documents s'accordent sur le fait qu'aujourd'hui, une restructuration en profondeur du système de santé est nécessaire pour améliorer la gestion des soins non programmés. Ces multiples modifications permettraient une prise en charge plus efficace avec des bénéfices partagés entre tous les acteurs du système de santé, y compris pour le patient lui-même.

Comme nous l'avons précédemment évoquée la loi HPST a attribué en 2009 aux pharmaciens d'officine de multiples missions. La gestion des soins non programmés peut notamment faire partie des prérogatives des officinaux.

Selon deux études, celle réalisée par TNS-Sofres pour l'ARS Ile-de-France, « *Utilisation et perception de l'offre de soins non programmés* » en janvier 2014, et celle d'Harris Interactive pour Santéclair du 19 au 25 juillet 2019 (74), les Français éprouvent une difficulté à obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable chez un médecin généraliste. La première étude montre que parmi ces patients, 28% déclarent se tourner vers un autre professionnel de santé (le pharmacien notamment), 27% décident de consulter un médecin plus éloigné de leur domicile, 20% vont aux urgences hospitalières, 15% renoncent aux soins, et 10% ont recours à l'automédication familiale ou via internet.

D'autres études de la littérature médicale estiment qu'environ 30% des patients qui passent aux urgences pourraient être pris en charge en ambulatoire, relevant ainsi de la médecine générale (73). L'encombrement des services d'urgences pourrait en partie, être dû à ces consultations dites « inappropriées ». Les médecins généralistes sont-ils responsables ? L'évolution de leur mode d'exercice avec une diminution des consultations spontanées et une généralisation des rendez-vous en serait-elle la cause ? En réalité, l'exercice quotidien de la médecine générale est intense, complexe et souvent difficile. De tels raccourcis sont forcément erronés et on ne peut pas, selon l'étude réalisée par le Docteur CAPELLE, parler d'un désengagement des médecins généralistes face à la prise en charge des soins non programmés.

Mais alors, si les médecins généralistes en ville et les urgences hospitalières sont saturés, quelles solutions pouvons-nous envisager pour réguler au mieux les flux ?

Selon le député Thomas MESNIER, il est recommandé de : « *Libérer du temps médical en renforçant la coopération entre les professionnels* ». En d'autres termes, il encourage l'**interprofessionnalité**.

D'après la recommandation numéro 15 de son rapport : « *Pour libérer du temps médical et renforcer la coopération et les parcours, développer les soins coordonnés entre les médecins et les autres professionnels de santé via le partage de compétences dans le cadre de protocoles nationaux à mise en œuvre locale permettant l'accès direct à des soins infirmiers de premier recours, à des visites infirmières à domicile, à des consultations et actes réalisés par les pharmaciens et les kinésithérapeutes.* »

De plus, quel est le seul professionnel de santé accessible 24/24h et 7/7 jours sans rendez-vous, mis à part les urgences ? Le pharmacien. Les 22 000 pharmacies françaises constituent la porte d'entrée pour offrir des premiers soins non programmés.

Aux vues de ces différents constats, de nombreuses solutions d'actions peuvent germer, notamment :

- La dispensation sous protocole que nous avons précédemment abordée. C'est une solution majeure qui donne un droit de « prescription » aux pharmaciens et qui permet une libération considérable du temps médical ;
- La réalisation d'actes de soins primaires ;
- Une permanence sectorisée de soins par des médecins et des infirmiers au sein ou en dehors d'une officine ;
- La télésanté que nous allons traiter juste après ;

Les différents syndicats de pharmaciens mettent en avant la facilitation de l'accès aux soins que peut constituer l'officine. En effet, le remboursement de la dispensation de médicaments sans prescription pour certaines pathologies courantes éviterait à des patients, pour des raisons économiques, d'aller aux urgences pour obtenir une prescription. Le bénéfice économique pour le système de santé est estimé à près de 690 millions d'euros selon une étude IMS Health.

Avant de conclure, nous allons étudier le projet pilote netCare de consultations en officine mené en Suisse, présenté par la revue « Prescrire » le 16 janvier 2017.

Ce projet développé entre 2012 et 2014 a pour but de compenser la baisse de la démographie médicale. Environ 500 pharmaciens issus de 162 officines ont pu dispenser des consultations de premier recours pour des situations simples en suivant des arbres de décision bâtis au préalable entre pharmaciens et médecins. Ces consultations, en fonction de l'appréciation du pharmacien, peuvent soit donner lieu à :

- Une consultation simple par le pharmacien,
- Une consultation de télémedecine,
- À l'orientation vers un médecin généraliste,
- À l'orientation vers un service d'urgence.

Chaque consultation a donné lieu à un suivi téléphonique à 3 jours. In fine, près de 4500 consultations ont été réalisées, et dans 75% des cas ce fût une consultation simple par le pharmacien. Le suivi téléphonique a montré que, pour les consultations simples par le pharmacien, 84% des patients avaient noté une amélioration de leur état dans les 3 jours, 9% ont consulté un médecin dans ces 3 jours, et 7% ont nécessité une poursuite ou une adaptation du traitement après les 3 jours.

Ainsi, nous comprenons une fois de plus le rôle capital de l'interprofessionnalité en santé. Le pharmacien en collaboration avec les autres professionnels de santé à un rôle majeur à jouer. Les différentes nouvelles missions du pharmacien vont dans ce sens et offrent une belle perspective d'avenir.

2. Pharmacien Correspondant

Comme énoncé précédemment, l'interprofessionnalité est la clef de voute du système de santé de demain. L'avenant 19 à la Convention Pharmaceutique a d'ailleurs conforté le rôle du pharmacien dans ses missions de conseil et d'accompagnement des patients, dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des équipes de soins primaires. Ainsi, le statut et les modalités de Pharmacien Correspondant ont pu en partie être définis par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (75) (76) (77) :

- D'une part, les pharmaciens d'officine peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein d'une équipe de soins

spécialisés ou d'une CPTS, voire d'un centre de santé ou d'une maison de santé, sans nécessité d'un contexte protocolisé. Ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie.

- D'autre part, les pharmaciens peuvent, dans le cadre de protocoles relevant d'un exercice coordonné au sein de l'une des quatre structures sus énoncées, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la HAS, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté. C'est ce que nous avons décrit précédemment sous le terme de dispensation sous protocole.

« Le pharmacien a désormais un rôle prépondérant dans le système de santé, se réjouit Carine WOLF-THAL. Le pharmacien correspondant, dans le cadre d'un exercice coordonné, représente une véritable évolution dans la façon de travailler » (78).

Tous les acteurs de la pharmacie sont favorables à ce dispositif sur le principe, mais il reste une fois de plus la question épineuse de la rémunération. L'Assurance Maladie a annoncé en novembre 2019 que les montants, les modalités et les conditions d'éligibilité pour la rémunération des pharmaciens participant à ces dispositions seront fixés par arrêté ministériel dans un délai n'excédant pas trois ans à partir de la publication de la loi, c'est-à-dire avant fin juillet 2022.

3. La télésanté

La loi « Ma Santé 2022 » a défini la télésanté comme une pratique professionnelle en l'inscrivant au Code de la Santé Publique au Livre III, Titre 1^{er}, Chapitre VI (79) (80). Ce terme se décline en 2 pratiques distinctes que nous allons développer la télésoin et la télémedecine.

- **Le télésoin (81)**

Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code de la santé publique.

En réalité, cette pratique qui est une avancée majeure, n'était qu'un projet en cours d'étude à l'aube de la pandémie du Covid-19. Cette crise sanitaire fût l'occasion de développer les outils numériques favorisant la distanciation physique. Ainsi, le télésoin fût précipité et les pharmaciens doivent encore se l'approprier dans la pratique. Progressivement, de nouveaux décrets vont certainement paraître afin de définir les modalités de réalisation de ces différents entretiens. Quoiqu'il en soit : un primo entretien physique doit être réalisé. En effet, ce type de pratique s'inscrit dans le parcours de soins où le patient doit initialement être connu du professionnel de santé.

- **La télémédecine (82)**

La télémédecine, [également appelée téléconsultation] est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Cette pratique est déjà encadrée depuis un certain nombre d'années, mais comme son homologue le télésoin, elle a connu un intérêt accru pendant et suite à la crise sanitaire de 2020.

L'avenant 15 à la Convention Nationale des pharmaciens titulaires d'officine a été conclu le 6 décembre 2018 entre l'UNCAM et les syndicats de pharmaciens d'officine (83). Cet avenant définit les modalités et la rémunération annuelle, versée sous le format de ROSP, aux officines réalisant des téléconsultations.

Plusieurs conditions sont à respecter comme :

- La prise en charge devant s'effectuer dans le respect du parcours de soins ;
- Le pharmacien devant disposer d'un espace permettant de préserver la confidentialité des échanges lors d'une téléconsultation ;

- Le pharmacien devant disposer des équipements nécessaires à la vidéotransmission, à la bonne installation des patients et à la réalisation de certains actes pour un éventuel examen clinique (*tensiomètre, oxymètre, stéthoscope et otoscope connectés*) ;
- Il pourra, à la demande du médecin, lui transmettre des données complémentaires comme par exemple les valeurs tensionnelles.

C. Sécurisation du circuit du médicament

1. E-prescription

L'e-prescription ou e-ordonnance se définit comme « *une prescription dématérialisée, c'est-à-dire déposée sur une plateforme sécurisée, de médicaments, de dispositifs médicaux, d'examens notamment biologiques ou d'actes de soins, faite par un professionnel de santé légalement autorisé à exercer* » (84).

Dans le cadre de l'officine, l'e-prescription de médicaments, également appelée « *Prescription Électronique de Médicaments 2D* » (PEM2D) dématérialise le circuit de l'ordonnance entre les médecins et les pharmaciens.

Cette révolution du numérique dans le domaine de la santé est envisagé depuis très longtemps. Toutefois, le projet de loi « **Ma Santé 2022** » adopté par le Parlement le 16 juillet 2019 a accéléré cette transition qui change considérablement notre vision de la prise en charge thérapeutique et de nos pratiques.

La e-prescription de médicaments fût expérimentée en 2019 dans 3 départements, et sera généralisée en ville et en établissements en 2020. Progressivement, l'e-prescription s'étendra aux autres actes médicaux selon un calendrier établi jusqu'à fin 2022.

Quels sont les avantages de l'ordonnance dématérialisée ?

- Simplifier et améliorer le parcours de santé de chacun ;
- Renforcer la pertinence des soins en luttant contre l'iatrogénie **médicamenteuse**. En cas d'éventuelles contre-indications, liées à d'autres médicaments prescrits par d'autres prescripteurs et figurant sur la base de données, des alertes pourraient apparaître ;

- Faire du patient un acteur de sa santé en favorisant son observance car il y aurait une réduction du risque d'erreur de lecture de l'ordonnance ou de perte de celle-ci ;
- Fluidifier les échanges mais aussi la transmission d'informations entre professionnels en réduisant les tentatives de falsification d'ordonnance ;
- Créer un espace de confiance sécurisé, éthique et interopérable, accessible en permanence, notamment en cas d'urgence ;
- Favoriser le suivi à distance ;
- Gain de temps pour les différents professionnels ;
- Écologique et économique avec une réduction de papiers.

Comment cela fonctionne-t-il ?

L'ordonnance, rédigée par le prescripteur par l'intermédiaire de son logiciel, est ensuite enregistrée sur la base de données sécurisée hébergée par l'Assurance Maladie. L'accès à cette base est limité par l'intermédiaire des Cartes Professionnelles de Santé (CPS).

Initialement, l'ordonnance munie d'un QR code, sera remise au patient au format papier. Le pharmacien que ce dernier aura choisi scannera ce code et accédera aux données de la prescription via les LGO agréés par la HAS.

Le pharmacien devra, bien évidemment, faire les analyses protocolaires liées à l'acte de délivrance. Si tout est en ordre, il pourra délivrer la prescription en enregistrant sur la base nationale les différentes informations de suivi : identité du prescripteur, du patient et les différentes spécialités dispensées.

L'objectif serait d'utiliser la carte vitale du patient comme une clef d'identification pour accéder à une base sécurisée partagée comme le Dossier Médical Partagé (DMP). Ainsi, à terme on pourrait supprimer totalement l'ordonnance physique.

2. Sérialisation

Ce dispositif est issu de la directive européenne 2011/62/UE qui vise à lutter contre l'introduction de médicaments falsifiés dans le circuit légal (85). Cette avancée majeure

concernant la sécurisation du circuit du médicament à l'échelle européenne lancée en 2011, se révèle être extrêmement complexe à mettre en place.

La sérialisation est un système de vérification de l'authenticité d'un médicament par l'intermédiaire d'un identifiant unique sur chaque boîte sous la forme d'un Datamatrix, attribué lors de sa mise en circulation. Ce code sera enregistré dans une base de données centralisée qui sera consultée au moment de la dispensation afin de garantir son authenticité. En complément de cet enregistrement, chaque médicament sera muni d'un dispositif antieffraction (86).

Les spécialités concernées par cette procédure sont tous les médicaments soumis à une prescription médicale obligatoire. Il est possible de retrouver la liste exacte ainsi que les exceptions dans le règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission Européenne du 2 octobre 2015.

En France, cette procédure aurait dû être applicable à compter du 9 février 2019. En réalité, les officines françaises ont commencé à recevoir leur identifiant de connexion en janvier 2020. La pandémie liée au Covid-19 a également ralenti le déploiement. Nous pouvons toutefois espérer voir cette mesure se généraliser dans les prochains mois.

3. Prescription Conditionnelle

La thèse, soutenue par le Docteur Pierre Emmanuel CHATOR le 16 décembre 2016, traite de la prescription conditionnelle, plus communément appelée prescription en « si besoin » (87). Ce type de prescription est très fréquemment utilisé et rencontré par les professionnels de santé.

Néanmoins, elle ne bénéficie aujourd'hui d'aucun cadre législatif opposable ni de recommandations de bonnes pratiques, aussi bien en termes de prescription que de dispensation. Ce manque de recommandations peut ainsi compromettre la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. L'élaboration de ces bonnes pratiques serait souhaitable afin d'améliorer la prise en charge du patient et de réduire le risque de mésusage des médicaments.

D'ailleurs, d'après les recommandations de la thèse susnommée, nous pouvons présenter des exemples concrets d'applications d'ordonnance conditionnelle :

- Sur la prescription, les justifications conditionnant la dispensation doivent être clairement explicitées :
 - « *Si température supérieure à 38°C ...* » ;
 - « *Les résultats du test biologique sont à présenter avant la délivrance* » ;
 - « *Un TROD devra être effectué ...* ».
- A la délivrance, les justificatifs répondant aux conditions établies sur la prescription devront être précisés :
 - « *Le patient déclare avoir une température supérieure à X°C...* » ;
 - Résultats de tests biologiques autorisant la délivrance ;
 - Réalisation de TROD à l'officine pour déclencher la délivrance.

D. Le numérique au service de l'interprofessionnalité ?

Le programme collectif et régional **Prédice** est une solution de e-santé piloté par l'ARS Hauts-de-France depuis 2018 et construit pour et avec les différents acteurs de santé. Le principe est simple : le numérique améliore la qualité de la prise en charge, l'accès aux soins et l'interprofessionnalité (88).

Cet outil utilisable en complément du DMP regroupe une multitude de services numériques à destination des patients et des professionnels de santé basée sur 3 missions clefs :

- Une **mise en relation** simplifiée :
 - Pour les patients : *prise de rendez-vous ou préadmission en ligne*
 - Pour les professionnels : *messagerie instantanée, connaissance de l'équipe de soins, etc.*
- **Services de coordination** :
 - Pour les patients : *un accès à leurs données les rendant acteurs de leur santé*
 - Pour les professionnels : *une facilitation drastique de leurs activités pour une efficience des soins permettant ainsi l'accès à la ligne de vie du patient, le partage de compte-rendu, un cahier de liaison, des notifications d'événements comme le retour au domicile, un plan personnalisé de santé, etc.*
- **Services de télésanté** accessibles, sécurisés et interopérables pour tous les professionnels et les patients.

Ce projet lancé en 2019 a un calendrier ambitieux car l'expérimentation doit s'achever fin 2020. La pandémie liée au Covid-19 a d'ailleurs accéléré l'adoption de cet outil par les professionnels de santé, près de 3000 médecins étant d'ores et déjà inscrits pour réaliser des téléconsultations.

Cet exemple montre l'intérêt du numérique en santé dans l'amélioration de la pratique personnelle mais également pour favoriser l'interprofessionnalité et ses bienfaits.

Toutefois, nous devons être objectifs dans notre analyse et relever les différents freins d'un tel projet. Pour commencer, certainement le plus grand d'entre eux, ce dispositif permettra-t-il vraiment de promouvoir l'interprofessionnalité ? A l'été 2020, lors de l'écriture de cette thèse, la réponse est non après avoir interrogé certains pharmaciens des Hauts-de-France. En effet, cette initiative se confronte à un problème majeur de nos professions : les relations humaines entre les différents acteurs de santé. De plus, cet outil pluri professionnel n'a vraisemblablement touché que des médecins.

L'autre frein majeur, la multiplicité des plateformes numériques ne court-circuiteraient-elles pas ce pourquoi elles existent, c'est-à-dire leur simplicité ? En effet, Doctolib[®], Quare[®], Docavenue[®], Predice, le DMP, les LGO, les logiciels d'aide à la prescription, etc. sont autant d'outils numériques non-inter-communicant qui composent l'offre de Santé à l'heure actuelle. Une réflexion majeure doit avoir lieu afin d'uniformiser ces différents logiciels qui sont les clefs de la Santé de demain, une Santé connectée où la sécurité du patient et de ses données est assurée.

DISCUSSION : COMMENT METTRE EN PLACE CE CHANGEMENT DE PARADIGME ?

I. Le modèle de demain ?

Nous avons précédemment défini 4 modèles d'officine. Comment, compte tenu de la multitude de contraintes qui pèsent sur le pharmacien (partie I), ainsi que les évolutions constantes de son métier (partie II), mais également de la leçon que vient de nous donner le COVID-19, ces différents modèles continueront à être viables ? Comment le rôle du pharmacien dans le parcours de soins des patients sera-t-il valorisé par nos institutions ? Quels rôles aura-t-il dans l'interprofessionnalité ?

Les aspects éthiques et déontologiques inspirés par les nouvelles missions pourront-ils se concrétiser malgré les règles et les pressions que subissent les officines ? Nous sommes légitimement en droit de nous demander à quoi ressemblera l'officine de demain et comment ce modèle pourra se mettre en œuvre de façon pérenne.

A. Une pharmacie de Service

« Une activité de services se caractérise essentiellement par la mise à disposition d'une prestation technique ou intellectuelle. [...] Son produit final est immatériel, il n'est ni stockable, ni transportable. Compris dans leur sens le plus large, les services ou activités tertiaires regroupent un vaste champ d'activités [...] Elles regroupent les services aux entreprises, les services aux particuliers, les services mixtes [...] et les services principalement non marchands. » (INSEE) (89)

A l'aube de la loi HPST, l'officine exerçait une économie reposant exclusivement sur la marge à la boîte et sur le volume de vente aux dépens, parfois de l'indépendance d'exercice du métier de pharmacien.

Depuis le 21 juillet 2009, nous passons progressivement à un **exercice de services**. Les bilans partagés de médication, la vaccination, les entretiens pharmaceutiques, les préparations de

doses administrées, etc. sont autant de nouvelles missions évoquées précédemment qui font de l'officine un lieu fournissant des services de santé de qualité.

De plus, la digitalisation n'exclut pas le monde de la santé, et notamment l'officine. Bien au contraire, portées par les nouvelles technologies et les nouvelles missions, les pharmacies se tournent de plus en plus vers le conseil et les services. Ainsi, nous pouvons en citer une multitude qui composent la pharmacie 2.0 d'aujourd'hui et la 3.0 de demain, via notamment des applications mobiles sécurisées :

- Le « click and collect » : consulter les stocks de la pharmacie, réserver et payer simplement des produits de parapharmacie ;
- L'envoi numérique d'ordonnances permettant un gain de temps de préparation et de facturation,
- Le télésoin avec des appels pour la réalisation d'entretien ;
- Le rappel de prise de médicament ou encore les piluliers connectés qui alertent lors d'un défaut d'observance ;
- L'envoi de données de santé comme le suivi de glycémie ou de tension artérielle pour ajuster au mieux la prise en charge.

Dr Roger Simard a d'ailleurs développé ce concept au Canada. Malgré des premiers résultats très prometteurs, l'absence de financement a eu raison de son initiative. En France, La Poste en association avec le laboratoire Arrow s'est lancée dans un projet similaire (90).

Ce métier de services permettra-t-il également une économie du service ? C'est un véritable bouleversement du modèle économique de l'officine. Nous ne pouvons que l'espérer et l'encourager afin de renforcer notre indépendance d'exercice. A l'heure actuelle, les synthèses réalisées par différents cabinets d'experts comptables montrent que nous sommes dans la bonne direction. En effet, les Chiffres d'Affaires et les marges sont maintenus bien que les prix du médicament baissent, et ceci grâce aux différents honoraires (91). Mais il faut aller plus loin, repenser intégralement notre modèle économique pour lui assurer une pérennité.

A ce propos, le changement de paradigme de l'officine doit être mesuré pour la santé en général. Cette thèse traite spécifiquement de l'officine et évoque les liens étroits entretenus avec les

autres professionnels de santé. D'autres études seraient souhaitables afin d'analyser l'impact de ces mutations sur les autres métiers. En effet, le modèle économique cité doit être appliqué massivement sur l'intégralité des domaines de la Santé.

L'officine de service dispense des prestations à l'égard des patients, des aidants, des professionnels de santé. Comment ces services seront-ils rémunérés ? Peut-on envisager que certains soient financés directement par le patient ? Comment concilier la nécessaire proximité avec les bénéficiaires par l'intermédiaire du maillage territorial, avec les contraintes économiques d'un système de santé perpétuellement déficitaire qui aujourd'hui conduit de nombreuses officines à se regrouper ?

B. Optimisation de la gestion du temps pour aller plus loin

« *En retard, toujours en retard* » comme dirait le Lapin Blanc dans le livre *Les Aventures d'Alice au pays des merveilles* de Lewis Carroll.

Pour faire simple, nous sommes constamment à la recherche de temps. Nous devons donc nous donner les moyens et trouver des solutions pour mieux gérer notre temps pharmaceutique.

La question qui se pose légitimement est : « Comment ? »

Partons déjà du constat établi dans la première partie de cet écrit. Le titulaire assure une multitude de facettes souvent très complexes. Rare est celui arrivant à exceller dans tous ces domaines. En résumé, un bon titulaire doit-être à la fois un professionnel de santé aguerri, garantissant la déontologie de son exercice, mais aussi un bon manager. En effet, il doit savoir déléguer et créer une belle cohésion d'équipe.

Un pharmacien de par sa formation et son diplôme, doit toujours garder ce contact étroit avec les patients. Ainsi, le temps qu'il consacre à ses patients est reconnu et valorisé, tandis que les rendez-vous commerciaux l'éloignent inévitablement du comptoir, et par conséquent des patients mais aussi des équipes. Ce temps commercial, où sont négociés des remises ou encore des retours, est-il vraiment productif ? Cette pratique correspondait au modèle économique de « marge brute » mais n'est plus d'actualité dans le cadre des nouvelles rémunérations sur la santé publique. Une journée ne faisant que 24h, nous sommes en droit de nous demander : comment concilier le temps passé avec les patients avec ce temps commercial dédié à la gestion,

cette mission de l'ombre du titulaire ? A l'heure où j'écris cette thèse, toute la difficulté de la répartition du temps en fonction d'un modèle économique mixte (marge/honoraire) est illustrée par le titre des réunions proposées par Le Moniteur des pharmacies : « *Pharmacien de demain ... docteur ou vendeur ?* » (92).

Afin de trouver une réponse, les pharmaciens ont, comme chaque fois, tenté de trouver des solutions et des alternatives : les groupements et les associations SRA – CAP ainsi que les aides numériques comme les LGO peuvent nous faire gagner du temps, un temps précieux.

De plus le numérique permet de faire parler les chiffres.

Certains logiciels, pouvant être fournis par des groupements, permettent d'analyser ultra finement une officine en extrayant les données commerciales et de gestions des LGO. En quelques clics, un titulaire peut connaître pratiquement tout de sa pharmacie, de ses employés et de ses patients :

- *Dois-je développer la dermo-cosmétique ? la naturopathie ?*
- *Qu'en est-il de la saisonnalité ?*
- *Tel membre de mon équipe doit-il être formé sur l'orthopédie ?*
- *Cette gamme n'est pas assez rentable !*
- *Quelles sont les horaires d'affluence ?*

Enfin, l'évolution du métier de pharmacien vers une économie de services, comme nous venons de l'évoquer, bouscule l'organisation du travail du back office. Comment et quels sont les outils qui permettraient aux pharmaciens titulaires mais également aux adjoints de réinventer leur emploi du temps et de trouver des gisements d'heures à réaffecter pour l'accompagnement de leurs patients ?

Ce gain de temps pourrait se trouver essentiellement au niveau de la gestion des achats et des stocks. Ainsi, la digitalisation de notre métier est une chance. Les partenaires et prestataires des pharmaciens (groupements, répartiteurs, les LGO, etc.) sont là pour nous accompagner et nous faire des propositions.

Si les pharmaciens se saisissent et exploitent au maximum les différents modules et outils mis à leur disposition, et ainsi se déchargent des tâches chronophages du back-office, ils n'ont plus de raisons de ne pas s'approprier ces nouvelles missions.

Cependant, un problème persiste : l'absence d'interopérabilité entre ces divers logiciels et les LGO, n'offrant pas une utilisation fluide pour les équipes officinales.

Par conséquent, une question légitime se pose : nos logiciels métiers vont-ils s'adapter aux nouvelles missions pour nous permettre une meilleure gestion des dossiers patients et des données indispensables au suivi pharmaceutique ? *L'archivage des données biologiques, des Bilans Partagés de Médication, la conciliation des traitements, les actes réalisés comme la vaccination antigrippale, l'écriture sur le DMP et la consultation de ce dernier, etc. sont autant d'applications qui pourraient rendre les dossiers patients plus complets.* A ce jour, les officinaux n'ont pas « d'angle d'attaque » pour inciter les LGO à améliorer cet aspect. En effet, la CNAM n'a actuellement aucune exigence à ce sujet et les pharmaciens se saisissent peu pour le moment de ce nouveau défi.

Comme nous l'avons abordé, des outils numériques existent déjà simplifiant les démarches et accroissant les performances du pharmacien. Certains logiciels d'aide aux nouvelles missions définissent une trame facile pour réaliser au mieux les entretiens (suivi des dernières recommandations, consultations des banques de données, outils pédagogiques, etc.). Mais ils ont également l'avantage de gérer l'aspect administratif à la place du pharmacien : rédiger les comptes rendus au cours des entretiens, faire les déclarations auprès d'AMELI, mais aussi établir des fiches de synthèse pour le patient (*plan de prise personnalisé par exemple*).

Les LGO pourraient s'inspirer de ces outils ou accepter de coopérer avec ces derniers afin de garantir un système numérique officinal simple, fiable, sécurisé et utilisable par tous.

C. Vers une nouvelle économie officinale ?

Nous avons précédemment annoncé un profond changement de paradigme dans l'économie officinale. Cette transition d'une économie de marge à une économie de service doit se faire progressivement et tous les acteurs de la profession doivent être inclus dans cette démarche. Au

niveau des instances sanitaires et gouvernementales, l'intérêt économique entre aussi en ligne de compte. « *Il n'y a pas d'argent magique* » Emmanuel Macron, président de la République. Dans ce cas, quels frais la Sécurité Sociale peut-elle transférer et surtout diminuer afin de garantir la pérennité de notre économie sanitaire qui ne cesse de creuser le déficit ? Nous pouvons notamment citer à titre d'exemple :

- Les soins non programmés. La délivrance sous protocole a de multiples avantages en termes de santé publique. Mais l'aspect économique est-il également considérable ? Moins de consultations chez les généralistes superflues ? On parle de 20 à 30% de patients en moins aux urgences avec également une meilleure gestion des soins non programmés. L'économie générée est substantielle, le gain de temps et de confort du personnel soignant est également à prendre en compte.

La solution viendra-t-elle le jour où les professionnels parleront d'une seule voix ? Mais dans ce cas, une analyse économique du système de santé doit-elle être réalisée en envisageant la revalorisation de certains honoraires ? En effet, comment les professionnels de santé peuvent-ils avoir un discours commun ? En effet, la tendance actuelle à la « frustration », fait que les professionnels de santé ne sont pas prêts à déléguer ou partager des actes ou soins avec d'autres professions, ainsi que l'ont montré la vaccination ou les TROD. La réalisation de certains actes ou soins étant alors vécue comme des mesures qui « *déshabillent Pierre pour habiller Paul* » ?

- La prévention, le dépistage et le suivi au long cours sont des actions de santé publique qui ont un coût financier important. Toutefois, ces multiples actions sont souvent présentées comme une réponse à la fois universelle et peu coûteuse permettant de générer des économies notables. En réalité, de nombreuses études le montrent : la prévention peut améliorer à coût raisonnable la santé, à condition de sélectionner les stratégies les plus adaptées possibles, c'est à dire celles qui ciblent au plus près les groupes à risque (93) (94).

Rappelons-nous que c'est la marge cumulée de l'officine, parapharmacie et/ou activités annexes incluses qui lui permet de fonctionner. Cette marge brute commerciale est estimée entre 31 et 32% du Chiffre d'Affaires (95) (91). Ainsi, l'officine de demain pour exister doit pouvoir générer une marge équivalente. En effet, si la marge venait à être inférieure, la cession

des officines que nous connaissons à l'heure actuelle ne serait plus viable et nous serions à l'aube de l'effondrement du marché.

De ce fait, tous les services proposés par l'officine et rémunérés par la Sécurité Sociale, les complémentaires de santé et les patients eux-mêmes, doivent tenir compte de la marge générée. Comme pour tous les autres professionnels de santé qui ont une rémunération à l'acte, nous devons observer cette transition progressive.

Afin d'illustrer ce propos, une multitude d'actes sont réalisés à l'officine *comme la prise de tension, les livraisons pour les patients isolés, etc.* et souvent à titre gracieux car l'économie de l'officine permettait cette pratique. Certaines officines rendent maintenant payants ces services et deux avantages directs se profilent :

- Les patients reconnaissent ces actes, en effet, dans le cas d'une simple prise de tension, des conseils sont prodigués et le rôle de professionnel de santé du pharmacien est clairement affirmé ;
- Une rémunération reconnue et justifiée pour un réel acte médical.

D'autres avantages pour l'officine sont également perceptibles comme la fidélisation de la patientèle, ou encore un planning et une gestion mieux maîtrisés car certains de ces services peuvent être programmés (96).

Suite à la démonstration au cours de cette thèse qu'un nouvel exercice officinal se dessine, une question légitime se pose : Comment faire pour que ces nouvelles missions déjà mises en place puissent permettre à toutes les officines, quelques soient leurs tailles, d'être viables et disponibles pour les patients au sein des territoires ? L'avenant 21 est un élément de réponse, en changeant le modèle de rémunération par des honoraires spécifiques à l'acte. En effet, les entretiens pharmaceutiques étaient payés au futur par une ROSP ne permettant pas de payer le temps passé au présent.

Par conséquent, nous devons aborder quelles seront les sources de rémunérations des officines de demain qui pourront rendre ce modèle viable :

- Les honoraires :
 - De dispensation pour chaque ordonnance, avec différents niveaux de rémunération en fonction de la complexité de cette dernière, ou de la (ou des) pathologie(s) traitée(s), de l'âge du patient ;
 - D'actes de santé publique, pour le dépistage ou la prévention.

Nous pouvons par exemple citer la vaccination et les TROD mais également les mesures de la tension artérielle. Véritablement, le pharmacien multiplie au comptoir ce type d'actions sans aucune rémunération qui pourtant serait légitime au vu du temps alloué à l'accompagnement des patients. Les pharmaciens ont du mal à concevoir que les infirmiers pour des actes similaires aient une rémunération alors qu'à ce jour dans leurs honoraires, ces dernières ne sont pas prévues. La perspective de nouveaux honoraires est-elle envisageable ? Ces derniers seraient-ils à l'acte ou au parcours de santé au sein d'une structures comme les CPTS ?

- D'aide à l'observance ou la lutte contre l'iatrogénie : les bilans partagés de médicaments, les entretiens, la PDA, etc. en sont également des exemples très concrets.

- Les activités diverses :
 - La parapharmacie

Ce volet de l'officine, qui dépend de chaque pharmacie, ou plutôt du type de structure, est une source financière intéressante. Elle permet notamment, sur une vision purement économique, d'accroître la marge de l'officine. Dans la parapharmacie, nous pouvons inclure une multitude de domaines qui définissent également le style d'officine et ses spécialisations potentielles : *la dermocosmétique, la naturopathie avec l'herboristerie, l'aromathérapie, la phytothérapie, etc.*

- Les services multiples peuvent aussi être développés. La livraison, le « click and collect », la carte de fidélité, les entretiens (*nutritionnels par exemple*) sont autant de prestations qui peuvent devenir payants ou être inclus dans un forfait.
- Les consultations officinales à la charge du patient ou d'une complémentaire santé comme par exemple la Pharmacie Principale à Genève (51).

- L'orthopédie et le maintien à domicile sont aussi des activités et des services qui peuvent être pris en charge par la Sécurité Sociale, les complémentaires ou encore les dispositifs d'aides mis en place par certaines collectivités territoriales pour les personnes en situation de handicap ou de précarité. Elles génèrent une plus-value financière intéressante et accentuent l'expertise du pharmacien en tant qu'acteur de la santé.

- Les rémunérations interprofessionnelles sont de deux types.

Nous avons les rémunérations liées à **un objectif**, c'est-à-dire un projet spécifique déposé auprès de l'ARS avec des conditions bien définies. Nous pouvons citer l'exemple de Pharm'Observance PACA (18) qui est un programme novateur et unique en France visant à améliorer l'adhésion du patient à sa thérapeutique, et rémunérant le pharmacien à hauteur de 70€ par dossier correctement effectué.

Nous pouvons également présenter celles en rapport avec **un exercice coordonné**. En effet, la structure coordonnée peut obtenir des financements pour rémunérer les professionnels qui y exercent :

- Sous forme de ROSP de la part de l'UNCAM qui valorise les professionnels
- Sous forme d'indemnisation liée au budget des Accords Conventionnels d'Interprofessionnalité ou ACI.

Les structures de santé pluri professionnelles reçoivent une rémunération d'après les ACI. Cette dernière est ensuite redistribuée aux professionnels en fonction des missions qu'ils ont réalisés au sein de la structure. *Par exemple, l'établissement d'une fiche pour un patient, la présence aux réunions, la participation aux parcours de soins d'un patient, etc.* sont autant d'actions justifiant une indemnisation des différents acteurs. Bien évidemment, ces rémunérations sont clairement définies et inscrites au règlement intérieur de la structure.

D. De nouvelles officines

Cet exercice de service entre en confrontation avec les différentes officines que nous connaissons aujourd'hui et que nous avons présentées au début de cette thèse, les pharmacies référentes, voisines, hybrides et mégastores.

L'éthique et la déontologie sont des piliers de notre profession. Toutefois, l'aspect économique rentre également en considération et nous ne devons pas en avoir honte même si ce point reste sensible. Cette mutation officinale est complète et va selon moi, considérablement changer la vision aussi bien interne qu'externe du métier.

En effet, l'exercice et les prérogatives du pharmacien seront différentes. Bien évidemment, la dispensation du médicament sera toujours assurée, mais pas selon les mêmes modalités. Les pharmacies deviendront de par leurs missions de véritables espaces de santé impliquant des aménagements structureaux. Afin de rendre viable cette vision, son économie devra être repensée.

C'est pourquoi selon moi, et au vu des différentes avancées que je viens de décrire, deux types d'exercice officinal pourront exister : **celui des pharmacies voisines/hybrides et celui des mégastores**, si on considère que le monopole sera conservé. Dans l'hypothèse où ce dernier serait levé, on se placerait certainement dans le modèle anglo-saxon. Les pharmacies mégastores seraient alors détenues par des « géants de l'économie » dont l'objectif principal sera la rentabilité pour leurs actionnaires : type drugstore, plus rentables, dans d'importantes structures proches de zones d'attractivité. A ce moment-là se posera la question de la déontologie où l'indépendance d'exercice du pharmacien risque d'être compromis aux dépens de l'intérêt du patient.

Il est intéressant de signaler qu'aujourd'hui, dans les pays comme le Canada où les chaînes de pharmacie sont apparues précocement, le positionnement « clinique » des pharmaciens est largement mis en valeur (97).

Nous émettons l'hypothèse que l'exercice bien spécifique, à l'heure actuelle, des pharmacies référentes, voisines et hybrides va certainement fusionner. La différence s'observera au niveau de leur Chiffre d'Affaire qui sera en adéquation avec leur volume de clientèle.

Aujourd'hui, les trois quarts des titulaires actuels vont prendre leur retraite au cours des 10 prochaines années. C'est le moment clef pour observer cette mutation du métier. Les nouveaux titulaires opteront potentiellement sur le choix de transférer certains locaux pour être plus en conformité avec le principe de maillage territorial, notamment dans certaines grandes villes.

Ces transferts permettraient des travaux d'aménagement, rendant ces officines plus opérationnelles pour la Santé de demain dont la France a pris la direction.

II. Réadaptation de l'identité officinale

Les mutations dans le monde de la santé n'impactent pas uniquement les pharmacies de ville dans leur exercice officinal, mais touchent une multitude de domaines. Nous nous sommes intéressés précédemment à l'aspect économique et sociétal. Maintenant, nous devons nous focaliser sur les changements internes et structureaux de chaque officine ou groupement de pharmacies.

L'officine évolue, son modèle change. Nous sommes à un tournant où nous pouvons innover et créer le modèle de demain. Pour cela, pourquoi ne pas nous inspirer d'entreprises qui ont déjà expérimenté des modifications, à tel point qu'elles ont révolutionné leur marché et notre manière de consommer. Pour ce faire, je me suis basé sur l'études de deux thèses :

- S'approprier le service pour co-créeer de la valeur : une étude dans le secteur de la santé (98).

Ce document a permis de mettre en lumière l'intérêt d'intégrer le patient dans la mise en place d'un service afin que ce dernier se l'approprie. Cette stratégie permet de créer de la valeur dans différents aspects : au niveau du management d'équipe ou encore l'adhésion des traitements par les patients, etc.

- Capter la valeur en améliorant l'expérience du consommateur : le cas Apple (99).

Cette seconde thèse fait l'historique, sous un point de vue marketing et économique, de la croissance d'un géant de l'informatique, Apple. Plusieurs idées fondamentales ressortent de ce document et sont paradoxalement parfaitement transposables à l'officine. Si nous faisons un parallèle entre cette entreprise californienne et la pharmacie d'officine. Cette entreprise est innovante sur le plan organisationnel et sur le plan technologique.

Organisationnel, car elle crée de la valeur expérientielle pour le consommateur par des efforts d'innovation, d'ergonomie et de design d'une part, et la relation client d'autre part, faisant ainsi

du service client et de l'expérience d'achat un des leitmotivs de cette multinationale. Ron Johnson, Vice-Président de la distribution chez Apple définit ainsi cette stratégie : « *nous ne cherchons pas à vendre [...] il s'agit de créer un endroit auquel le client se sent appartenir* ». Lorsque nous accompagnons nos patients, nous suivons ces mêmes codes. Nous ne leur vendons pas un produit, un complément, un médicament, nous adaptons notre conseil à leur personne faisant de cette relation patient/professionnel de santé, un moment unique.

Si l'on tente un parallèle entre la démarche marketing et celle de nos officines, on voit que le marketing est passé d'une **vision de marché** où il s'agissait de développer les ventes d'un produit, puis a évolué au **niveau organisationnel** (100), jusqu'à de nouveaux concepts tels que le **marketing relationnel** et le **marketing expérientiel** (101). Dans un cas, c'est la relation avec le client qui est au centre des préoccupations, dans l'autre, on se focalise sur les attributs du produit et les bénéfices qu'en tire le consommateur.

Ainsi, nous pourrions envisager que la parapharmacie ne soit plus présentée par le biais du produit ou d'une gamme, la présentation technique et publicitaire du produit n'est plus le but recherché. Le lieu doit plutôt présenter une ambiance correspondant à l'image à laquelle on veut associer le produit (102). Le produit de parapharmacie devient alors simplement la réponse à une problématique exprimée par un patient mis en confiance dans une relation de soin.

Aussi en continuant le parallèle avec le marketing expérientiel, il s'agit de théâtraliser le lieu, d'impliquer le « consommateur » en mobilisant son expérience et de lui permettre de s'approprier la solution (103). Ici c'est l'interaction entre le pharmacien et le patient qui est central, d'où l'importance de créer les conditions d'une communication permettant d'aboutir sur un soin porté au patient : *adaptation du langage, aménagement du lieu, création des conditions favorisant l'échange, etc.*

De ce fait, toutes les compétences pharmaceutiques acquises durant les études de pharmacie : *l'expertise du médicament, la dermopharmacie, l'aromathérapie, la phytothérapie, l'orthopédie, etc.* sont ainsi mises en valeur dans une réponse adaptée à la demande du patient.

Sur cette base-là, l'entreprise Nespresso® apporte une atmosphère, une expérience consommateur et une relation client privilégiée montrant qu'on peut transformer de simples objets du quotidien en produits d'exception.

A. Réaménagement des locaux

1. Un lieu épuré et accueillant

Pour illustrer notre propos, intéressons-nous aux deux enseignes que nous venons présenter : Nespresso® et Apple®. En quoi peuvent-elles nous inspirer sur la question de l'agencement des officines ? Leurs magasins ont la capacité, de par leur fonctionnement, leur agencement et leur élégance, de donner à chacun de leurs clients le sentiment d'être **unique**. En tant qu'espace de santé, les pharmacies doivent conforter les patients dans ce sentiment car nous sommes là pour leur bien le plus précieux : leur santé. La qualité de l'expérience consommateur est par conséquent primordiale dans un environnement où la confidentialité est garantie.

La première impression est souvent révélatrice de l'atmosphère d'un lieu. Nous devons sécuriser nos patients de façon à contribuer à leur détente et leur bien-être en calmant, s'il y a lieu, leur appréhension car n'oublions pas que tout espace de santé peut être anxiogène.

2. Un robot ou un automate pour tous

De nombreux articles (104) (105) nous invitent à revenir sur la question de la robotisation brièvement évoqué en première partie de cette thèse. En effet, l'automatisation est un des nouveaux leviers de performance de l'officine. En effet, ces « nouveaux mobiliers » deviennent incontournables grâce aux multiples avantages qu'ils apportent :

- **Gain de place** : ces dispositifs intégralement informatisés permettent d'optimiser l'espace disponible en ayant un rapport capacité/encombrement assez intéressant ;
- **Sécurisation du médicament** : ces structures étant reliées aux LGO, les codes ainsi scannés garantissent d'obtenir la bonne boîte et de respecter, sans manipulation supplémentaire, la **sérialisation** qui se déploie actuellement ;
- **Gain de temps** :
 - Au comptoir : un moment avec le patient plus important permettant d'accroître l'échange et le conseil ;
 - A la délivrance qui sera plus optimisée ;
 - Durant le rangement, car des solutions de dispositifs de placements automatiques existent et sont de plus en plus performantes ;

- **Confort de travail** : un back office plus net, moins d'aller-venues entre les comptoirs et les fameux tiroirs, etc. ;
- **Gain d'argent** : les stocks étant informatisés et géographiquement centralisés, les erreurs sont ainsi considérablement réduites. De plus, les codes DataMatrix sur les boîtes de médicaments permettent la gestion des produits périmés et une meilleure anticipation de ces derniers. La productivité générée grâce au gain de temps autorise une meilleure gestion de l'équipe.

Malgré l'investissement initial important, avec les années et la démocratisation de ces dispositifs, les prix sont devenus plus abordables et chaque officine peut aujourd'hui prétendre à un équipement adapté à ses besoins. A ce propos, Dr Sandra BASSET-POUX, dans sa thèse qui s'intitule « *Automatisation, robotisation : des réponses aux nouvelles contraintes pharmaceutiques et économiques* » met en avant que les « *Automates, robots ou combinés s'adaptent à toutes les tailles et configurations de pharmacie, ainsi qu'aux capacités d'investissement des pharmaciens. Le seuil de Chiffre d'Affaires n'est presque plus un critère de sélection (à partir d'un CA de 500 000€, il est possible de rentabiliser l'investissement). Le montant du projet dépendra avant tout du type de pharmacie à équiper, des critères retenus tels que la performance de la machine, sa fiabilité, les nouvelles fonctionnalités et du gain de productivité recherché* » (106). Néanmoins, certains titulaires renoncent encore à cette automatisation pour des raisons financières mais aussi d'encombrement ou par crainte de travaux trop conséquents.

Dans notre hypothèse, la majorité des officines vont devoir se réinventer structurellement avec des locaux plus épurés, des espaces de confidentialité dédiés au nouvel exercice officinal, et pourquoi pas des robots pour répondre aux besoins logistiques de ces structures de santé.

Malgré le choix pléthorique existant de machines, les évolutions technologiques vont simplifier le marché pour répondre simplement aux quatre critères de sélection : *capacité de stockage, vitesse de délivrance, aide au rangement et bonne maintenance*. Nous allons citer ci-dessous des points relatifs aux forces et faiblesses de la robotisation qui nous sont apparus importants.

- **La capacité de stockage**

La taille de l'officine et la configuration des lieux influencent la taille des machines. Néanmoins, le sur-mesure est privilégié et chaque pharmacie existante peut trouver un équipement adapté. Le transfert d'officine ou le regroupement d'officine dans un nouveau local permet justement de redessiner des plans de structures les plus optimisées possibles. En moyenne, le pharmacien doit prévoir un stock de 15 à 20 jours pour éviter une immobilisation financière trop importante, plus une majoration de 20% de sécurité en fonction de l'évolution du marché et de l'augmentation de performance.

- **La vitesse de délivrance**

Nous devons partir de la règle de base : « *la délivrance est et restera toujours plus rapide avec un automate* » selon Olivier Resano, directeur commercial de Mekapharm, en comparaison à un robot. Cependant, l'automate a également ses travers avec un rangement plus long, souvent manuel, et une impossibilité théorique pour la sérialisation qui devra être gérée en supplément.

Toutefois, deux solutions existent pour accélérer les robots : les **solutions mixtes** couplant un robot et un automate qui gèrera les produits à forte rotation ; les **robots de dernière génération** avec un bras « multi picking » ou multi commandes.

- **L'aide au rangement**

Les chargeurs ne sont plus des options. Ils ne remplacent pas forcément un membre du personnel, mais ils aident considérablement au gain de productivité. Là encore, de multiples solutions existent comme les chargeurs internes qui, contrairement aux chargeurs externes, ne prennent pas de place supplémentaire dans le back office mais, du fait de leur intégration dans la machine, réduit la capacité de stockage du robot.

- **Une bonne maintenance**

Comme tout outil informatisé, l'automatisation a besoin d'une maintenance informatique mais également mécanique dans ce cas présent. Le pharmacien devra opter pour une solution sécuritaire où l'expérience et la notoriété de la société n'est plus à démontrer. Les différentes

garanties de matériel et d'assistance devront bien évidemment être scrupuleusement étudiées à la signature de ces contrats qui montent généralement à plusieurs dizaines de milliers d'euros, voire centaines dans les très grandes officines.

Pour conclure, que ce soit un robot ou un automate, en ville ou à la campagne, dans un exercice de pharmacie mégastore ou d'une pharmacie voisine/hybride, l'automatisation a toute sa place dans l'officine et dépend de sa configuration. Ces équipements concourent, selon moi, à la transition de notre modèle d'exercice et ouvrent la voie à de nombreuses perspectives comme la digitalisation des officines, ou encore le réaménagement du front et back office. Toutefois, ces investissements lourds doivent être scrupuleusement étudiés dans un environnement pharmaceutique instable (*sérialisation, préparation des doses à administrées, etc.*).

3. Digitalisation des officines

La digitalisation du métier devient incontournable mais n'en est qu'à ses prémices (107). L'exercice officinal passe obligatoirement par l'utilisation de LGO qui permet une gestion des stocks, la délivrance des ordonnances et la télétransmission aux services de l'Assurance Maladie.

Les nouveaux services de l'officine passent également par le numérique avec les cartes de fidélité, le « click and collect », les préparations de renouvellement d'ordonnance, la messagerie sécurisée entre professionnels de santé, l'utilisation des robots, etc.

Les pharmaciens ne peuvent pas faire l'impasse sur ces nouvelles technologies qui guident notre exercice futur et le rendent plus efficient. Les officines elles-mêmes peuvent franchir la voie du digital avec l'apparition notamment d'écrans tactiles et de robots d'approvisionnement. Ces outils peuvent sembler « gadget » mais sont une source inépuisable de nouveaux débouchés.

Imaginons un écran tactile affilié à une gamme dermatologique. Cet écran de taille moyenne permet l'affichage de l'intégralité d'une gamme avec un encombrement limité. La maintenance liée au facing, la mise à jour des étiquettes de prix, le remplissage des rayons, les risques de vols sont considérablement réduits, jusqu'à devenir inexistantes. Ce dispositif permet pour chaque produit de présenter son indication, sa composition, ses contre-indications, les conseils associés permettant une meilleure productivité, etc.

Dans la pharmacie de demain, la carte de fidélité sous la forme d'un petit badge RFID permettra d'identifier directement le patient à l'entrée de l'officine réduisant les risques de conseils inadaptés pour sa santé. En sélectionnant les différents produits sur la tablette tactile du pharmacien, le back-office pourra aisément préparer la commande, le temps d'effectuer le règlement et les conseils pour un service optimal.

Cette partie est nouvelle et potentiellement déstabilisante pour beaucoup de confrères. Nous évoquons de nombreux changements structurels qui peuvent considérablement affecter l'aménagement actuel des officines comme nous allons justement le voir.

Le digital est aussi un allié de l'observance du patient. Le logiciel Posonet[®] est directement relié au LGO et permet lors de la délivrance d'apposer des étiquettes sur les médicaments reprenant clairement la posologie et les différents conseils de prises de ces derniers. Cet outil est simple mais très efficace, car avec un faible investissement le pharmacien peut grandement améliorer l'observance, la sécurité de prise des médicaments et ainsi proposer un nouveau service pour le bien-être de ses patients (108).

4. Un nouvel équilibre entre le front et le back office

Pour mettre en lumière mon propos, je vais poursuivre mon analyse en décryptant la façon dont s'effectue un achat dans un Apple Store. Vous arrivez dans un magasin très lumineux et épuré où tout est à sa place. Les locaux ont été soigneusement étudiés pour rassurer les clients. Vous pouvez absolument tout retrouver, tout découvrir mais à aucun moment vous ne constaterez un amoncellement anarchique de produits. Une personne se présente à vous pour identifier votre besoin. Elle vous indique directement le membre de l'équipe le plus compétent pour y répondre. Ces personnes vous guident, vous accompagnent, vous conseillent et terminent en vous vendant le produit qui est le plus adapté à vous, à vos besoins. La vente est simple au détour d'un comptoir et d'un petit tabouret, une petite tablette tactile ou un smartphone font office d'ordinateur et de caisse enregistreuse. Sans que vous ne vous en rendiez compte, une autre personne œuvrant en coulisse vous apporte votre produit, et le simple comptoir où vous vous trouvez libère un ticket de caisse par une petite fente dérobée.

En résumé, on vous a accompagnés de A à Z avec un service et des conseils millimétrés dans une atmosphère agréable sans ressentir la moindre pression, la moindre nuisance liée à une quelconque logistique.

Cet exemple, peu conventionnel, est parlant et applicable à de nombreuses multinationales aux capitaux sans limite. Cependant, l'officine peut totalement observer ce type de modèle à son économie pour apporter le service, le conseil, l'accompagnement nécessaire à notre acte de santé. La logistique de l'officine, qui à l'heure actuelle est extrêmement visible, contribue à faire de la pharmacie un commerce à part entière et non un centre de santé.

Pour optimiser au mieux cette logistique et répondre à l'ensemble des évolutions du métier de pharmacien, un réaménagement de l'officine doit s'opérer. À l'heure actuelle le front office occupe de 60 à 70% l'espace. Dans les prochaines années, une égalité de répartition voire un dépassement de la part du back-office pourra être observé afin d'accomplir toutes les missions de l'ombre comme la PDA et les préparations de commandes.

D'autre part, les entretiens doivent être effectués dans des espaces de confidentialité ne donnant pas accès aux médicaments créant ainsi de nouveaux espaces partagés entre le front et le back office. En fonction de l'activité de l'officine, on pourra retrouver plusieurs espaces de ce type alors qu'actuellement la majorité des officines n'en possède qu'un seul, ce dernier étant souvent encombré servant de lieu de stockage ou encore de bureau pour le titulaire.

B. Un nouveau management d'équipe

Le rôle déterminant du titulaire

Pour réussir cette mutation, l'officine doit se réorganiser, tant sur son aménagement physique que sur son activité. Et cette dernière passe obligatoirement par une « équipe ». Cette équipe qui doit être dûment formée, doit surtout être soutenue et accompagnée dans ses démarches. Un certain nombre de titulaires (40% ont plus de 55 ans) attendent patiemment la retraite et ne souhaitent pas s'engager dans cette voie à court terme. Ces derniers vont progressivement passer la main à de « jeunes officinaux » conscients de ce changement prochain. Pour les autres titulaires qui seront encore actifs une bonne vingtaine d'année, ils devront forcément passer ce pas. Pour les jeunes et nouveaux titulaires, il n'y a plus de questions à se poser : *Allez-y !*

Pour ce faire, les titulaires doivent en premier lieu être conscients de l'intérêt de cette mutation et définir les objectifs adaptés à leur structure. Il est nécessaire d'envisager toutes les possibilités, même les plus extrêmes : *pourquoi ne pas effectuer un regroupement de structures sur tel secteur et ainsi geler une des licences ?*

Comment adopter un mode de management participatif ?

Les titulaires doivent impérativement inclure les différents membres de l'équipe dans ces démarches : adjoints, préparateurs, rayonnistes, etc. Cette situation est difficile, le titulaire doit apprendre à adopter un mode de management par projet en motivant ses équipes.

Les adjoints sont des atouts

Un certain nombre d'adjoints, du moins ceux diplômés depuis 2016, sont au fait de ce nouvel exercice. Les nouvelles missions ont fait partie intégrante de leur cursus et constituent l'ensemble des évolutions réglementaires de notre profession depuis une décennie.

Un temps de travail dédié doit être alloué loin du comptoir pour construire ces nouvelles pratiques par l'intermédiaire de protocoles, d'outils, etc. La communication avec les autres professionnels de santé du secteur est indispensable pour les faire adhérer à ces démarches. N'oublions pas que ces missions s'inscrivent en majorité dans le cadre d'un exercice partagé.

Des préparateurs spécialisés

Il n'est pas rare de voir déjà dans certaines officines, des préparateurs avec des responsabilités assez importantes. La mutation de l'officine intégrera certainement les préparateurs qui vont pouvoir se spécialiser : soit dans un aspect administratif ou de gestion, soit d'accompagnements et de conseils aux patients. C'est une opportunité pour cette profession de montrer leur connaissance et compétence en se spécialisant. Quid de l'universarisation de la formation des préparateurs et de la manière où ils participeront à ses nouvelles missions ?

Dans les années où la pharmacie était fleurissante, une multitude de métiers spécialisés existait. Lorsque la situation économique est devenue plus compliquée, les titulaires ont réduit les coûts de personnel en recherchant la polyvalence des différents effectifs. Dans le futur, de nouveaux acteurs pourront-ils à nouveau apparaître ? Les métiers plus spécifiques, comme les secrétaires, les gestionnaires de commandes, les magasiniers, etc. se démocratiseront-ils ? Ces postes seront-ils propres à chaque officine ou mutualisés via des groupements ou des secteurs de

pharmacies ? En effet, ces personnels de l'ombre qui ne sont pas au contact direct des patients peuvent aisément trouver leur place au sein d'officine.

Selon un confrère, Dr Lydwin HOUNKANLIN, pharmacien adjoint et maître de conférence à la Faculté de Pharmacie de Poitiers : « *La qualité est la base de ces nouvelles missions, mais cela impose de se donner les moyens ; les adjoints doivent disposer d'un outil informatique, d'un bureau attitré, et surtout d'un dialogue constant entre l'adjoint, le titulaire et chaque membre de l'équipe* » (109).

C. Un système de qualité

« L'objectif est d'engager 100% des officines dans cette démarche à 5 ans »

a indiqué Carine WOLF-THAL, présidente du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens dans une feuille de route remise à la Ministre de la Santé en décembre 2018 (110).

Cet objectif est aussi clair qu'il est ambitieux. L'officine d'aujourd'hui et celle de demain sont amenées à offrir des services. La qualité permet de garantir l'excellence de ces prestations.

Tout comme les laboratoires d'analyses médicales entre 2011 et 2013, les professionnels de santé vont tous progressivement devoir se lancer dans des procédures de certification. En effet, un amendement voté le 20 mars 2019, issu du projet de la Loi Santé, encourage les différents professionnels sur la base du volontariat. Toutefois, les nouveaux diplômés devront quant à eux obligatoirement se lancer dans ce processus (111). La santé passe par la qualité.

L'officine ne déroge pas à cette mouvance sociétale et doit franchir ce pas qui est nécessaire. Selon une enquête menée auprès de 340 pharmacies certifiées, 92,6% des titulaires se déclarent très satisfaits (48,5%) ou satisfaits (44,1%) de son impact (112). Un **système qualité en officine** est une avancée majeure et indispensable, mais complexe à mettre en place. C'est pourquoi des solutions existent comme la double certification qualité ISO 9001-QMS Pharma.

Pharma Système Qualité®

Cette association (loi 1901) a pour but de diffuser le plus largement possible des **bonnes pratiques d'organisation et de services aux patients** auprès de pharmacies d'officines engagées (113).

Depuis 2009, Pharma Système Qualité[®] ou PHSQ s'est engagé auprès des officinaux avec un parcours simple et efficace pour les guider de façon opérationnelle vers une double **certification qualité** :

- Le référentiel ISO 9001 dédié au management de la qualité et à la gestion des risques ;
- Le QMS Pharma[®] tourné vers les bonnes pratiques métier.

Cette association a été créée par des pharmaciens, pour des pharmaciens. Ainsi, sa démarche se veut être accessible à toutes les officines, quelles que soient leur taille et leur statut, les coûts étant ainsi mutualisés. Le processus initial d'accompagnement dure environ un an et l'intégralité de la pratique officinale est passée en revue durant cette période.

« L'engagement des officines dans une démarche qualité simple et efficace est un enjeu majeur pour la sécurisation du parcours de santé du patient-client et pour l'évolution de la pharmacie d'officine, dans le respect des attentes des pouvoirs publics. » (113)

III. Une vision perspective

Avant de conclure cet écrit je souhaite présenter un modèle de ce à quoi pourra ressembler l'officine de demain structurellement mais également dans les actes. Il faut bien être conscient que chaque officine est différente et cette illustration n'est qu'une source d'inspiration pour envisager la pharmacie de demain. Ce n'est en aucun cas une vérité unique.

Nous sommes dans le cadre d'une officine moyenne, ayant un Chiffre d'Affaire compris entre 1 800 000€ et 2 400 000€ dont la superficie totale est d'environ 160m². Les inspecteurs de santé publique lors des transferts s'assurent que les nouveaux locaux soient adaptés à la mise en pratique des nouvelles missions. En analysant le plan de cette officine, nous constatons la répartition peu conventionnelle entre le back et le front office.

Cette disposition permet d'obtenir un front office très épuré où l'immersion dans un **espace de santé** est complète. Dans cette simulation, nous avons 5 postes conventionnels dont certains pouvant être dédiés uniquement à la dispensation de commandes préparées en amont via un service d'échange de données informatisé et sécurisé. On peut ainsi offrir un service complet et efficace en fonction de la demande. De ce fait, le patient gagne du temps car il n'est pas présent lors de la préparation mais reçoit au moment de la dispensation l'intégralité des conseils

pharmaceutiques et des informations de bons usages conformément à la première partie du modèle de pharmacie clinique déjà cité (Annexe).



Illustration 3 : Plan d'aménagement supposé de l'Officine de Demain



Illustration 4 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Front Office 1

D'autres types de commandes ?

- Les commandes classiques de parapharmacies ou encore les « promis ou dus » peuvent évidemment être citées.
- Les renouvellements de traitements chroniques font partie des services que nous pouvons proposer à tous nos patients chroniques. Dans ce cas, nous contactons quelques jours avant le renouvellement de leur ordonnance les patients, pour confirmer le renouvellement s'ils le désirent, garantissant ainsi une bonne observance, évitant les oublis de prises et fidélisant la patientèle. Ce service peut d'ailleurs être automatisé par l'intermédiaire des cartes de fidélité comme l'illustrent bien ces images.



Illustration 5 : Interface de réception d'ordonnances digitalisées

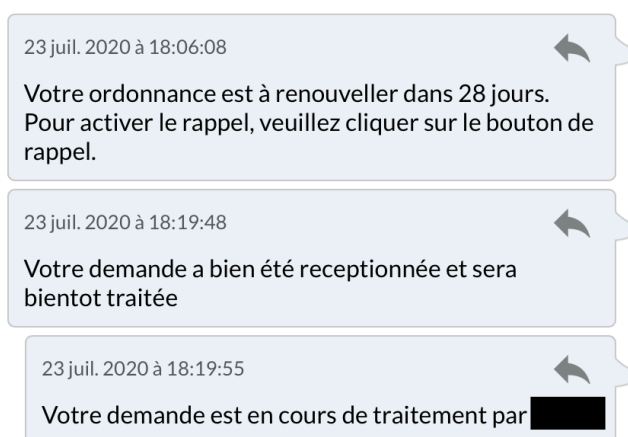


Illustration 6 : Échange patient/pharmacien via messagerie sécurisée

Les illustrations 5 et 6 sont issues des services proposés par le groupement PUC Pharma dont je me suis servi pendant mon stage de 6^{ème} année.

Le patient ou le médecin peuvent nous transmettre l'ordonnance par messagerie sécurisée, d'où l'intérêt de l'e-prescription et de l'interprofessionnalité. Nous pouvons ainsi programmer les délivrances à l'avance pour améliorer la gestion officinale, pour faire gagner du temps au patient et échanger de façon plus constructive avec lui sur son traitement.



Illustration 7 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Zone de Confidentialité

Dans cette vision du front office, nous retrouvons 3 salles de confidentialité dont le bureau du titulaire qui servira de renfort lors de pics de consultations, *comme par exemple le lancement de la campagne de vaccination* qui imposera une certaine réactivité. Cette officine prend le parti du pharmacien correspondant tourné vers l'accompagnement du patient, et apte à réaliser ce suivi bien spécifique en coordination avec les autres professionnels de santé.



Illustration 8 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Comptoir

La signalétique dans les officines va certainement évoluer en remplaçant la promotion de telles ou telles marques ou tels ou tels produits par des problématiques spécifiques de santé : *questions sur l'allaitement ? un problème de peau ? troubles du sommeil ?* Ainsi, les marques représentées sur les illustrations 8 et 9 laisseront progressivement la place à ces nouveaux « univers » répondant à une demande de santé des patients.

Le front office au style épuré est tourné vers un avenir digital où un nombre limité de produits seront en exposition directe. Cette répartition surprenante a de multiples avantages stratégiques :

- L'image d'espace de santé : cette pharmacie garde les codes de l'officine actuelle mais en accentuant l'espace de santé ;
- La manutention des produits sera plus simple, la majorité de la parapharmacie pourra être gérée dans le back office, favorisant le gain de place, réduisant le risque de vol, et influençant également les coûts de personnels. En effet, le temps dédié à la mise en rayon ou au rangement des étagères pourra être attribué à d'autres tâches comme les services. De nouveaux métiers, comme les magasiniers, pourront trouver leur place dans les officines.
- Les écrans permettront de conseiller au mieux en offrant une visibilité complète sur l'intégralité des stocks avec un encombrement réduit. Les paniers moyens seront supérieurs car des conseils complémentaires justes pourront être associés.



Illustration 9 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Front Office 2

Le cœur de cette officine se trouve dans le **back office** où l'espace sera complètement repensé et optimisé afin de garantir une fluidité de services. Nous pouvons remarquer des étagères mobiles sur rails afin de gagner de la place et un robot offrant une capacité de stockage très importante. L'association de ces deux dispositifs peut assurer le stockage complet des produits de l'officine, tout en garantissant un encombrement réduit et une vitesse d'activité très performante. La gestion des stocks pourra de ce fait être mieux maîtrisée en association avec des logiciels de gestion officinale de qualité.




Illustration 10 : Plan en 3D supposé de l'Officine de Demain – Back Office

De plus, le back office pourra permettre la réalisation de tous les services simplement et efficacement en définissant des **zones de missions** comme la réception de livraisons, la préparation de commandes, de PDA, de « click and collect » ou encore la préparation des renouvellements de traitements chroniques et pour finir sur la préparation des commandes en direct du front office. Ces zones pourront au fil de la journée ou des périodes d'activités se compléter offrant une certaine modularité de l'espace.

La pharmacie de demain sera une pharmacie de service, c'est pourquoi un site internet ou une application de l'officine seraient judicieux. En effet, tous les services seraient consultables facilement et l'interaction de manière sécurisée avec les patients serait garantie. Cette pharmacie parisienne a d'ailleurs mis en place cette pratique offrant une expérience complète et un service de qualité à ses patients.


Je réserve ma consultation santé

Choisissez la consultation santé adaptée à vos besoins puis réservez un créneau horaire (pour les consultations sur rendez-vous).




Ma glycémie
Sans rendez-vous – Durée : 20 minutes – Tarif : 5 €

[En savoir plus](#)
[Je vais à la pharmacie](#)




Mon hypertension
Sans rendez-vous – Durée : 10 minutes – Tarif : 3 €

[En savoir plus](#)
[Je vais à la pharmacie](#)




Mon suivi d'hypertension
Sur rendez-vous – Durée : 10 minutes matin et soir sur 3 jours – Tarif : 12 €

[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)




Mon suivi cancer
Sur rendez-vous – Durée : 35 minutes – Tarif : 29 €

[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)




Mon allaitement
Sur rendez-vous – Durée : 30 minutes – Tarif : 19 €

[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)




Ma santé par l'alimentation
Sur rendez-vous – Durée : 35 minutes – Tarif : 29 €

[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)




Finis les carences et les excès
Avec ou sans rendez-vous – Durée : 15 minutes – Tarif : 14 €

[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)



Mes repas de sportif
Sur rendez-vous – Durée : 35 minutes – Tarif : 29 €


[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)



Atelles sur-mesure
Sur rendez-vous – Durée : 30 minutes – Tarif : sur devis*

* Selon l'orthèse, base de remboursement sécurité sociale et le reste à charge sera à valider par le patient avant la réalisation de celle-ci.


[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)



Mes semelles orthopédiques
Sur rendez-vous – Durée : 30 minutes – Tarif : 89 €**


** Après prise en charge de la sécurité sociale et de la mutuelle selon le tarif de remboursement LPP en vigueur.

[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)



Finis, j'arrête la cigarette
Sur rendez-vous – Durée : 20 minutes – Tarif : 17 €

[En savoir plus](#)
[Je réserve](#)



Vaccination antigrippale
Sans rendez-vous – Durée : 10 minutes – Tarif : remboursé***

*** Selon les critères d'éligibilité de prise en charge en vigueur pendant la campagne vaccinale.

[En savoir plus](#)
[Je vais à la pharmacie](#)

Illustration 11 : Interface de réservation pour des Consultation de Santé d'après le site internet de la Pharmacie de la Confiance à Paris

CONCLUSION

La pharmacie de demain devra continuer à relever de nombreux défis liés autant au contexte économique et social qu'aux nouveaux besoins des patients.

Ce travail est aussi passionnant que frustrant. Du fait de son objectif tourné sur l'avenir, on peut considérer qu'il ne sera jamais terminé. J'ai souhaité retranscrire dans cet écrit ma vision de l'officine de demain en partant des certitudes et des prémices d'aujourd'hui : une pharmacie éthique mais réaliste, tournée vers le patient en collaboration avec les autres professionnels de santé.

La profession doit dans sa globalité se lancer dans cette transition provisoire et passer le cap de l'officine de demain. Les différents syndicats et les instances de la profession veillent à la défense de la profession et au maintien du cap vers de nouveaux jours heureux de l'officine.

Certains propos de cette thèse peuvent choquer, surprendre ou tout simplement questionner mais j'espère qu'elle ne vous aura pas laissé indifférent. Le but de cet écrit est multiple, j'ai souhaité mobiliser mes nouveaux confrères, donner un autre point de vue, et répondre à certaines interrogations. Ce document est au final accessible à tous car pour changer notre exercice, il doit être compris de tous.

Les nouvelles technologies sont une chance extraordinaire dans notre profession pour améliorer notre pratique. Nous faisons partie des professions de santé avec le plus d'opportunités accessibles immédiatement. Évidemment, les coûts financiers ne sont pas négligeables pour le moment mais en démocratisant ces outils, le temps jouera en notre faveur et la plus-value sera notable.

Cette thèse s'est focalisée sur le monde officinal mais invite à une réflexion similaire sur les autres professions médicales et la Santé en général.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Découvrir nos activités et notre méthodologie [Internet]. La Pharmacie Digitale. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://lapharmacie digitale.com/activites/>
2. SANOFI. Le Pharmacien. (Les Cahiers du 39BIS).
3. pharmacies.fr LM des. « Le temps de la pleine reconnaissance de la profession est venu » - Le Moniteur des Pharmacies n° 3325 du 06/06/2020 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 31 août 2020]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3325/le-temps-de-la-pleine-reconnaissance-de-la-profession-est-venu.html>
4. Morvillers L. le maillage territorial des officines. :51.
5. Wolf-Thal C. Des professionnels de santé accessibles sans rendez-vous et harmonieusement répartis sur le territoire. :2.
6. Chiffre d'affaire, rémunération, fréquentation de votre pharmacie... Où vous situez-vous ? [Internet]. Revue Pharma. 2019 [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.revuepharma.fr/2019/04/ca-remuneration-frequentation-ou-vous-situez-vous/>
7. Fiducial - Cahier du Pharmacien 2019 [Internet]. www.fiducial.fr. [cité 14 août 2020]. Disponible sur: <https://www.fiducial.fr/Pharmacie/Comptabilite-et-gestion-de-votre-pharmacie/Cahier-FIDUCIAL-du-Pharmacien>
8. fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2019/09/fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf>
9. QU'EST CE QUE LE MERCHANDISING | Evolumerch [Internet]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.evolumerch.com/qu-est-ce-que-le-merchandising>
10. EIXARCH Michaël. Thèse d'exercice 2019.pdf.
11. Wozny J. Groupements, SRA et Centrales d'Achats: quels choix pour l'officine? 2016;95.
12. Code de la santé publique - Article R5124-59. Code de la santé publique.
13. Décret n° 2009-1144 du 22 septembre 2009 portant dérogation aux dispositions relatives aux délais de paiement dans le secteur des médicaments de prescription médicale facultative non remboursables. 2009-1144 sept 22, 2009.
14. Décret n° 2009-741 du 19 juin 2009 relatif aux centrales d'achat pharmaceutiques. 2009-741 juin 19, 2009.
15. convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf

16. Officines de pharmacie | Agence régionale de santé PACA [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/officines-de-pharmacie>
17. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique.
18. Le projet – Site de l’URPS Pharmaciens PACA [Internet]. [cité 14 août 2020]. Disponible sur: http://www.urps-pharmaciens-paca.fr/?page_id=5728
19. L’ANSM, agence d’évaluation, d’expertise et de décision - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 31 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/(offset)/0)
20. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. HAS (Haute autorité de santé) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 31 juill 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/has-haute-autorite-de-sante>
21. Qui sommes-nous ? [Internet]. FSPF. 2014 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <http://www.fspf.fr/la-federation/qui-sommes-nous>
22. Resopharma - Organisme Concentrateur Technique au service des professionnels de sante [Internet]. [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.resopharma.fr/>
23. Une marge dégressive et lissée | Le Quotidien du Pharmacien.fr [Internet]. [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/services/evenements/une-marge-degressive-et-lissee>
24. [avenants-3-4-5-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5303/document/avenants-3-4-5-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf) [Internet]. [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5303/document/avenants-3-4-5-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf
25. Valorisation des honoraires de dispensation au 1er janvier 2020 [Internet]. USPO. 2019 [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://uspo.fr/valorisation-des-honoraires-de-dispensation-au-1er-janvier-2020/>
26. [convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf) [Internet]. [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf
27. Deniau N. La rémunération des pharmaciens d’Officine. 2019;11.

28. Focus sur les montants de la Rosp 2018 [Internet]. [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/focus-sur-les-montants-de-la-rosp-2018>
29. Signature d'un nouvel avenant sur l'accompagnement pharmaceutique et l'exercice coordonné [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/signature-dun-nouvel-avenant-sur-laccompagnement-pharmaceutique-et-lexercice-coordonne>
30. Complémentaire santé et couverture maladie universelle complémentaire | service-public.fr [Internet]. [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N20286>
31. Avantages commerciaux dans le secteur pharmaceutique [Internet]. [cité 1 août 2020]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/avantages-commerciaux-dans-secteur-pharmaceutique>
32. EBE et Marge Brute : 2 indicateurs clés du pharmaciens [Internet]. [cité 3 août 2020]. Disponible sur: <http://www.phar-excel.fr/eclairage-le-b-e-et-la-marge-brute-2-indicateurs-cles-lors-de-lachat-dune-pharmacie/>
33. Olaizola M. La rémunération du pharmacien d'officine: historique, comparatif, à l'horizon 2020. :134.
34. Les Français et leurs attentes vis-à-vis des pharmaciens [Internet]. France. [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-et-leurs-attentes-vis-a-vis-des-pharmaciens/
35. La loi HPST, c'est le moment d'en parler ! - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiqués-de-presse/La-loi-HPST-c-est-le-moment-d-en-parler>
36. Cahier+thématique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf>
37. Arrêté du 18 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.
38. sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf

39. sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf
40. Accompagnement des patients chroniques [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/services-patients/accompagnement-patients-chroniques>
41. Grippe : plus d'un quart des Français vaccinés l'ont été par leur pharmacien [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/grippe-plus-dun-quart-des-francais-vaccines-lont-ete-par-leur-pharmacien>
42. Tests rapides de dépistage des angines à streptocoque (TROD) : informations pratiques à destination des pharmaciens - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Tests-rapides-de-depistage-des-angines-a-streptocoque-TROD-informations-pratiques-a-destination-des-pharmaciens-Point-d-Information>
43. Avenants [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>
44. Angine : état des lieux de l'ANSM sur les TROD disponibles en pharmacie [Internet]. VIDAL. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/23998/angine_etat_des_lieux_de_l_anism_sur_les_trod_disponibles_en_pharmacie/
45. ETAT DES LIEUX DES TESTS ORO-PHARYNGES RAPIDES DES ANGINES A STREPTOCOQUE BETA-HEMOLYTIQUE DU GROUPE A. :10.
46. Arrêté du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques.
47. Amendement – En Séance | Sénat [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: http://www.senat.fr/enseance/2019-2020/151/Amdt_2.html
48. Maladies cardiovasculaires : L'ARS et l'URPS pharmaciens organisent le dépistage précoce en pharmacie. [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/maladies-cardiovasculaires-lars-et-lurps-pharmaciens-organisent-le-depistage-precoce-en-pharmacie>
49. dépistage cancer colon [Internet]. Vers l'espace public. [cité 6 sept 2020]. Disponible

sur: <https://www.pharmasuisse.org/fr/1158/D%C3%A9pistage-du-cancer-du-c%C3%B4lon.htm>

50. Des pharmaciens « préventologues » chez Giropharm | Le Quotidien du Pharmacien.fr [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur:

<https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/des-pharmaciens-preventologues-chez-giropharm>

51. Pénurie de médecins - Les pharmaciens ont un rôle à jouer | Pharmacie Principale [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://m.pharmacie-principale.ch/themes-sante/divers/penurie-de-medecins-les-pharmaciens-ont-un-role-a-jouer>

52. Code de la santé publique - Article R4235-48. Code de la santé publique.

53. Guide-Ehpad-V7.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur:

<https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Guide-Ehpad-V7.pdf>

54. PP127-ES09-01-08.pdf [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur:

<https://www.profession-pharmacien.fr/files/PP127-ES09-01-08.pdf>

55. Se lancer dans la PDA - Porphyre n° 553 du 23/05/2019 - Revues [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur:

<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/porphyre/article/n-553/se-lancer-dans-la-pda.html>

56. Dispensation à l'unité : le non des génériqueurs [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur:

<https://www.lequotidiendupharmacien.fr/medicament-parapharmacie/medicament/dispensation-lunite-le-non-des-generiqueurs>

57. Assemblée nationale ~ SYSTÈME DE SANTÉ (no 1681) - Amendement no 1487 [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS1487?fbclid=IwAR34dOE4-y7WxxxZY0UAL-c-HzwJPV9sUjshSJuGCy9LYtxDSur3LINmE6A>

58. rapport_snp_vf.pdf [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

59. 1-s2.0-S2211104218302005-mmcl.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/1-s2.0-S2211104218302005-mmcl.pdf>

60. Fiche-Intervention-pharmaceutique-1.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2020/01/Fiche-Intervention-pharmaceutique-1.pdf>

61. Vo TH. Evaluation of the potential impact of pharmacist interventions: development and validation of the CLEO multidimensional tool. :254.

62. avenant-20-convention-nationale-pharmacien.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2020].
Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/694090/document/avenant-20-convention-nationale-pharmacien.pdf>
63. Dispensation adaptée : c'est parti ! | Le Quotidien du Pharmacien.fr [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/nouvelles-missions/dispensation-adaptee-cest-parti?xtor=EPR-1-%5BNL_infodujour%5D-%5B20200702%5D&utm_content=20200702&utm_campaign=NL_infodujour&utm_medium=newsletter&utm_source=qph
64. Les plateformes territoriales d'appui [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur:
<https://www.paca.ars.sante.fr/pta>
65. DGOS. Plateformes territoriales d'appui - PTA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/pta>
66. Retraite C. MAIA : un dispositif face à la maladie d'Alzheimer [Internet]. Cap Retraite. 2016 [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.capretraite.fr/obtenir-aides-seniors/structures-d-information/maia/>
67. Equipe de soins primaires, maison de santé, CPTS : définition et législation [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/definition/>
68. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
69. Profession pharmacien, le magazine d'information du pharmacien d'officine - profession-pharmacien.fr [Internet]. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur:
https://www.profession-pharmacien.fr/actualites/2780-les-cpts-structureront-elles-le-systeme-de-soins?utm_source=newsletter-17-September-2019&utm_medium=newsletter&utm_content=article-0&utm_campaign=pharma
70. CPTS : définition, missions et mode de financement... [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Exercice-liberal/Exercer-en-groupe/cpts-definition#>
71. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Article 66. 2019-774 juill 24, 2019.
72. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé

[Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6855.html>

73. 2018_CAPELLE_Stephanie.pdf.

74. Accès aux soins : plus d'un Français sur trois en difficulté pour consulter un généraliste ou un spécialiste | Le Quotidien du médecin [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/acces-aux-soins-plus-dun-francais-sur-trois-en-difficulte-pour-consulter-un-generaliste-ou-un>

75. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.

76. Pharmacien correspondant : le retour [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/pharmacien-correspondant-le-retour>

77. Loi Santé : les mesures pour les pharmaciens [Internet]. 2019 [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/loi-sante-les-mesures-pour-les-pharmaciens>

78. Profession pharmacien, le magazine d information du pharmacien d officine - profession-pharmacien.fr [Internet]. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: https://www.profession-pharmacien.fr/actualites/3079-qu-est-ce-qu-un-pharmacien-correspondant?utm_source=newsletter-11-February-2020&utm_medium=newsletter&utm_content=article-&utm_campaign=pharma

79. Santé connectée, télémédecine et télésoin ~ Ne confondons pas les services de l'e-santé avec les pratiques professionnelles de télésanté. [Internet]. Santé connectée, télémédecine et télésoin. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.telemedaction.org/442995819>

80. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=237B7FB1A95A39BE9EE07C9AAFE9C6D8.tplgfr27s_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20220301

81. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=237B7FB1A95A39BE9EE07C9AAFE9C6D8.tplgfr27s_1?idSectionTA=LEGISCTA000038841872&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20220301

82. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=237B7FB1A95A39BE9EE07C9AAFE9C6D8.tplgfr27s_1?idSectionTA=LEGISCTA000038841870&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20220301

83. avenant15_convention_nationale_pharmacien.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2020].
Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/633103/document/avenant15_convention_nationale_pharmacien.pdf
84. E-ORDONNANCE [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur:
<https://www.celtipharm.com/Pages/Conseil-comptoir/2020/01/E-ORDONNANCE.aspx>
85. Sérialisation : la mise en œuvre se précise - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur:
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Serialisation-la-mise-en-aeuvre-se-precise>
86. France MVO : Le site officiel du CIP pour la sérialisation des médicaments [Internet]. France MVO - Sérialisation. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.france-mvo.fr/>
87. Chator P-E. Evaluation de la prescription conditionnelle en Lorraine: de la réalité hospitalière à la pratique officinale. :135.
88. Prédice: l'ARS pilote un ambitieux programme régional en e-santé [Internet]. [cité 9 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/predice-lars-pilote-un-ambitieux-programme-regional-en-e-sante>
89. Définition - Services | Insee [Internet]. [cité 10 juill 2020]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1161>
90. Pharmacie 3.0 : le concept canadien se heurte au problème du financement [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur:
<https://www.lequotidiendupharmacien.fr/pharmacie-30-le-concept-canadien-se-heurte-au-probleme-du-financement>
91. BD-CGP-PLAQUETTE-STATS-24.02.2020.pdf [Internet]. [cité 14 juin 2020].
Disponible sur: <https://www.conseil-gestion-pharmacie.com/wp-content/uploads/2020/03/BD-CGP-PLAQUETTE-STATS-24.02.2020.pdf>
92. pharmacies.fr LM des. Les débats du Moniteur des pharmacies - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 24 août 2020]. Disponible sur:
<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/lesdebats.html>
93. Economie de la prévention en santé : bibliographie. 2016;173.
94. Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf [Internet]. [cité 5 août 2020].
Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf
95. fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf.

96. Consultations santé - Prise de rendez-vous - Pharmacie La Confiance [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <https://pharmaciedelaconfiance.com/consultation-sante/>
97. À propos – ABCPQ [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur: <https://abcpq.ca/a-propos/>
98. Mifsud M. S'approprier le service pour co-créeer de la valeur: une étude empirique dans le secteur de la santé. :492.
99. Colla E, Besson M. Capter la valeur en améliorant l'expérience du consommateur : le cas Apple. In: XIIIe Colloque Etienne THIL [Internet]. La Rochelle, France; 2010 [cité 21 août 2020]. p. . Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02446872>
100. Kotler P, Keller KL, Manceau D. Marketing management [Internet]. 14e édition. Paris: Pearson France; 2012. Disponible sur: http://univ-amu.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwdV1NawIxEB2kC156aGulX4p_YCXOppvkKKLuRUqph94kuAktrRak9vf3Zb-UUiGXMBBmQnZnXnhvQpTwUMR__gleaqrt6vL1CA1BGYvCWWkrVaKc4zTohl8yZrL0-ZWnB7X04QpJv33_ie1mP_S7BjZ-fL3ZAlrGJd2y0qx9IqDyNQ0NkC6B5yNmIYHMovl4snyqjxsSJ9C8EsBqRZs8FO5smgnKgrRs0NMY-XgOe-gTFfyCW0c5aXZBZ0GncEktv7uidk1g71BnUQuZB5uG23JNvd10OcniaqVVFfOqdJ67dG4D1337XWji8hsaiCQRTrDHF-OIEY8AeVpy7k1uDa8N31L3_8XuThnuEbUoOBoYDxR5HH3Xo3a96_1q634BwaV-1A
101. MARION G. LE MARKETING « EXPÉRIENTIEL »: Une nouvelle étape? Non de nouvelles lunettes: Références bibliographiques. *Décisions Mark.* 2003;(30):87.
102. Mencarelli R. L'interaction lieu - objet comme conceptualisation de l'expérience vécue: test d'un modèle intégrateur. *Rech Appl En Mark.* 2008;23(3):51-69.
103. Barbier J-Y. La théâtralisation de l'acte de vente. *Lang Économie Entrep Trav Mots.* 2018;201.
104. Mojica PC. Le niveau de performance des robots et automates, la technicité du matériel répondant notamment aux nouveaux enjeux de la sérialisation, leur fiabilité, les nouvelles fonctionnalités qui renforcent l'autonomie de ces machines font que les choix d'automatisation sont devenus beaucoup plus simples qu'auparavant. 2019;4.
105. Chavarria P. Etat des lieux de l'automatisation de la délivrance en pharmacie d'officine : quelles attentes ? quels résultats ? :100.
106. Boulouard - LISTE DES ENSEIGNANTS – CHERCHEURS.pdf [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02438563/document>

107. Profession pharmacien, le magazine d information du pharmacien d officine - profession-pharmacien.fr [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: https://www.profession-pharmacien.fr/equipement/80-le-point-sur/3087-trois-virages-numeriques?utm_source=newsletter-11-February-2020&utm_medium=newsletter&utm_content=article-4&utm_campaign=pharma
108. POSO'NET - Présentation [Internet]. [cité 31 août 2020]. Disponible sur: <http://www.posonet.net/index.php/intro-presentation/presentation>
109. Nouvelles missions : la volonté et la réalité | Le Quotidien du Pharmacien.fr [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/nouvelles-missions-la-volonte-et-la-realite>
110. Feuille+de+route+Ministre_d%C3%A9cembre+2018+vF2+%281%29.pdf [Internet]. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/462675/2130232/version/1/file/Feuille%2Bde%2Broute%2BMinistre_d%25C3%25A9cembre%2B2018%2BvF2%2B%25281%2529.pdf
111. Les pharmaciens, comme les médecins, bientôt soumis à une certification régulière [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/politique-de-sante/les-pharmaciens-comme-les-medecins-bientot-soumis-une-certification-reguliere>
112. Les pharmaciens convaincus par la certification qualité [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/les-pharmaciens-convaincus-par-la-certification-qualite>
113. PHARMA SYSTÈME QUALITÉ – Certification ISO 9001 – QMS Pharma [Internet]. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.pharmasystemequalite.com/>

ANNEXE : De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique.



ELSEVIER

Reçu le :
10 novembre 2018
Accepté le :
12 décembre 2018



Recommandations SFPC

De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique

From dispensing to personal pharmaceutical plan: Towards an integrated model of clinical pharmacy

B. Allenet^{a,*}, M. Juste^b, C. Mouchoux^c, R. Collomp^d, X. Pourrat^e, R. Varin^f, S. Honoré^g, avec la contribution du Conseil d'administration¹ et du Conseil scientifique de la société française de pharmacie clinique (SFPC)²

^a CHU de Grenoble, 38043 Grenoble, France

^b Centre hospitalier Epernay, 51200 Epernay, France

^c Hospices civils de Lyon, 69004 Lyon, France

^d CHU de Nice, 06100 Nice, France

^e CHU de Tours, 37044 Tours, France

^f CHU de Rouen, 76000 Rouen, France

^g Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, 13005 Marseille, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Summary

Despite the dissemination of the concept, methods and, then, the inclusion in the texts on which our professional practice is based, the development of clinical pharmacy in the various healthcare structures in France has not been synchronous, following to the same deployment, the same prioritisation of activities, the same resources and the same pace. One reason is, undoubtedly, the incompressible time it takes for mentalities to evolve, practices to take root in the field and experiments to take shape. At some point, in this process, the role of a scientific society is to propose a reflection on a model of practice that will homogenize the clinical services offered by the pharmaceutical team throughout the territory. This article has this ambition. It is the result of a collective work of the French Society of Clinical Pharmacy. The proposed model includes 3 types of services, within an imposed organizational context (static model) and/or a notion of path (dynamic model): 1. dispensing; 2. medication review; 3. personalized pharmaceutical plan. This version of the model will

Résumé

Malgré la diffusion du concept, des méthodes, puis, l'inscription dans les textes qui fondent notre exercice professionnel, le développement de la pharmacie clinique dans les différentes structures de soins en France ne s'est pas fait de manière synchrone, selon le même déploiement, la même priorisation des activités, les mêmes moyens et la même vitesse. Une raison est, sans doute, le temps incompressible qu'il faut pour que les mentalités évoluent, les pratiques s'installent sur le terrain et les expérimentations prennent corps. À un moment donné de ce processus, le rôle d'une société savante est de proposer une réflexion sur un modèle de pratique permettant d'homogénéiser sur le territoire, l'offre de services cliniques de l'équipe pharmaceutique. Cet article a cette ambition. C'est le fruit d'un travail collectif de la Société française de pharmacie clinique. Le modèle proposé comporte 3 types de prestations, s'inscrivant dans un contexte organisationnel imposé (modèle statique) et/ou une notion de parcours (modèle dynamique): 1. dispensation; 2. bilan de médication; 3. plan

* Auteur correspondant.

e-mail : ballenet@chu-grenoble.fr (B. Allenet), michel.juste@wanadoo.fr (M. Juste).

¹ C. Leyrissoix ; A. Dupuis ; B. Gourieux ; J. Gravoulet ; D. Cabelguenne ; D. Breilh ; M. Dahan ; M. Le Duff ; S. Prot-Labarthe ; T. Berod ; B. Decaudin ; X. Bohand ; D. Piney ; A.L. Debruyne ; E. Ruspini ; A. Develay ; P. Cestac ; C. Chenailler ; F. Ferrera ; J.M Canonge ; D. Antier ; M.J Augé-Caumont ; V. Chedru-Legros ; P. Denry ; B. Demoré ; M. Le Verger ; F Loyer.

² Autres que membres du CA : S. Masseron ; M. Daouphar ; J. Coutet ; P. Bedouch ; L. Bernard ; D. Leveque ; B. Giraudeau ; A. Spinewine ; J. Beney ; C. Fonzo-Christe ; L. Mallet.

evolve according to the level of competence of pharmacists, the experience of pharmaceutical teams and the level of integration of the activity within the care pathways, all this under organizational, regulatory and financial constraints.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Medication review, Dispensing, Model, Clinical pharmacy, Personalized pharmaceutical care plan

pharmaceutique personnalisé. Cette version de modèle est amenée à évoluer au gré du niveau de compétences des pharmaciens, des expériences des équipes pharmaceutiques et du niveau d'intégration de l'activité au sein des parcours de soins, tout ceci sous contraintes organisationnelles, réglementaires et financières.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Bilan médication, Dispensation, Modèle, Pharmacie clinique, Plan pharmaceutique personnalisé

Introduction

La pharmacie clinique, selon la définition de Walton en 1961, représente « l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients ». Selon la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) [1], « la pharmacie clinique doit être pensée comme un outil de dialogue et de gestion en interne. Elle recouvre des activités réalisées exclusivement ou non par le pharmacien, notamment l'analyse pharmaceutique des thérapeutiques, la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique du patient, le conseil aux patients et aux soignants, la surveillance du traitement, le suivi pharmaceutique des patients et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ces activités concourent, dans les champs sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires à :

- la maîtrise de l'iatrogénie médicamenteuse et du bon usage des produits de santé dans l'esprit de l'arrêt du 6 avril 2011 ;
- l'évaluation et l'optimisation de la pertinence et l'efficacité des traitements ;
- la sécurisation du parcours du patient aux différents points de transition (intra-/extra-structures, ville-hôpital-ville). »

En septembre 2016, la Société française de pharmacie clinique (SFPC) a rénové la définition de la pharmacie clinique, permettant de répondre aux enjeux sociétaux de santé publique et de son déploiement dans le cadre des nouvelles missions obligatoires des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé : « La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce, en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. » L'Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 – article 1 [2] a ainsi introduit dans la loi les actions de pharmacie clinique comme nouvelles missions des pharmacies à usage intérieur.

L'article L5126-1 alinéa 2 conforte la définition de la SFPC et donne ainsi une mission « clinique » à l'équipe pharmaceutique : « mener toute action de pharmacie clinique, à savoir contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1 et concourir à la qualité des soins en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient. »

En termes d'activités, l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance reste l'activité centrale de la pratique française. Cependant, depuis les 15 dernières années, l'exercice se développe de plus en plus, à l'instar des « soins pharmaceutiques » nord-américains, vers un modèle global. Bond et al. [3] décrivent un modèle Étasunien comprenant des activités centralisées de pharmacie clinique, essentiellement axées sur la gestion de l'information, sur les produits de santé et des services décentralisés, en relation directe avec le patient au sein d'une unité de soins. La synthèse des études produites par ces auteurs révèle que les activités qui impactent le plus, à la fois en termes de coûts [4], de diminution des effets indésirables [5], et de réduction de la mortalité hospitalière [6] sont des services décentralisés (à savoir l'historique médicamenteux à l'admission, la participation aux visites des médecins, le management des protocoles thérapeutiques et la gestion des effets indésirables) (tableau I).

De fait, un corpus conséquent d'études met en évidence l'impact positif du pharmacien clinicien [7,8]. L'intégration des pharmaciens cliniciens dans les équipes soignantes est en marche au cœur du parcours de soins, en secteur hospitalier ou en soins primaires, assurant une meilleure qualité de soins, tout en diminuant les coûts.

Afin d'améliorer la pertinence, la robustesse, la reproductibilité et l'impact médico-économique des activités de pharmacie clinique dans le contexte français, il nous faut un socle minimal de bonnes pratiques, et, ainsi des indicateurs de production et de résultats pour l'ensemble de ces activités et, par la même, une préfiguration de référentiel de compétences.

L'objectif de cet article est de décrire un modèle de pharmacie clinique adapté au contexte français, d'en extraire des étapes clés et d'en identifier des activités précises à chacune d'elles.

Tableau I
Les services de pharmacie clinique.
Clinical pharmacy services.

Type d'activités de pharmacie clinique	Description	Bond 2000	Bond 2006	Bond 2007
		Ratio coût-bénéfice positif ^a	Impact significatif sur la réduction des effets indésirables	Impact significatif sur la mortalité
<i>Services centralisés (au niveau de l'hôpital)</i>				
Évaluation de l'utilisation des médicaments	Évaluation par le pharmacien des pratiques de prescription de certains médicaments avec un rendu des résultats au niveau de l'hôpital (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles, commission médicale d'établissement)	\$32		(<i>p</i> = 0,016)
Information sur le médicament	Le pharmacien assure, de façon formalisée, un service d'information sur le médicament pour les autres professionnels de santé	\$602	(<i>p</i> = 0,005)	
Formation des personnels de santé	Le pharmacien assure des séances de formation continue régulières auprès des autres professionnels de santé (médecins, infirmières, etc.)		(<i>p</i> = 0,018)	(<i>p</i> = 0,037)
Recherche clinique	Le pharmacien participe à la recherche clinique en tant qu'investigateur principal ou co-investigateur et participe à la rédaction d'articles scientifiques			
Pharmacovigilance/centre antipoison	Le pharmacien est capable de répondre à des questions relatives à la toxicité et au surdosage des médicaments en routine			
Sécurité du médicament	Le pharmacien dispose d'un temps hebdomadaire spécifique pour travailler sur l'optimisation de la sécurité du médicament de l'hôpital			
<i>Services décentralisés (en relation directe avec le patient—au sein d'une unité de soins)</i>				
Historique médicamenteux à l'admission	Le pharmacien réalise un historique des traitements médicamenteux courants du patient à l'admission	\$777	(<i>p</i> = 0,008)	(<i>p</i> = 0,001)
Participation aux visites des médecins	Le pharmacien participe aux visites de service des médecins	\$252	(<i>p</i> = 0,037)	(<i>p</i> = 0,021)
Management des protocoles thérapeutiques	Le pharmacien, sur demande du médecin, fait les demandes de biologie, si nécessaire, et initie les traitements médicamenteux ou ajuste les dosages afin d'obtenir l'effet clinique recherché	\$1048	(<i>p</i> = 0,002)	(<i>p</i> = 0,017)
Consultation pharmacocinétique	Le pharmacien assure le suivi pharmacocinétique des médicaments à marge thérapeutique étroite			
Suivi thérapeutique	Le pharmacien assure le suivi thérapeutique des médicaments à surveillance particulière (exclut le suivi pharmacocinétique)			
Gestion des effets indésirables médicamenteux	Le pharmacien évalue les EI potentiels au cours de l'hospitalisation du patient et en assure le suivi avec le médecin	\$2989	(<i>p</i> = 0,021)	(<i>p</i> = 0,012)
Conseil au patient (éducation)	Le pharmacien assure un conseil aux patients pendant l'hospitalisation ou au moment de la sortie			
Participation à l'équipe de nutrition parentérale	Le pharmacien participe au suivi des patients sous nutrition parentérale		(<i>p</i> = 0,040)	
Participation à l'équipe de réanimation	Le pharmacien est un membre actif de l'équipe de réanimation		(<i>p</i> = 0,008)	(<i>p</i> = 0,009)

Bond et al., 2000 [4] ; 2006 [5] ; 2007 [6].

^aPour 1\$ investi, combien en retour ?

Matériel et méthodes

Nous nous sommes appuyés sur une approche de type « Delphi »³ [9] à 2 tours et avons finalisé le rendu lors de 2 réunions plénières successives. Les experts sollicités étaient les membres du Conseil d'administration (25 membres) et les membres du Conseil scientifique (18 membres dont 12 extérieurs au CA : 6 français et 6 étrangers francophones).

Résultats

En avant-propos, il semble nécessaire d'indiquer que tout modèle fige, à un instant, une version « simplifiée » de la réalité, à des fins didactiques. Cette version du modèle proposée est amenée à évoluer au gré du niveau de compétences des pharmaciens, des expériences des équipes des pharmacies d'établissements de santé, des officines et du secteur médico-social et du niveau d'intégration de l'activité au sein des parcours de soins ; tout ceci sous contraintes externes, organisationnelles, réglementaires et financières. Chaque élément du modèle est décrit, sur base de figures explicatives, et les termes consacrés soulignés dans le texte renvoient au lexique de la pharmacie clinique proposé en annexe (Annexe A).

Le modèle

Quel que soit le type de prestation, la démarche générale de pharmacie clinique reste la même, en officine, comme en établissement de santé : recueil d'information/analyse des problèmes liés à la thérapeutique (PLT)/gestion des PLT/préparation des doses à administrer/conseil de bon usage/éducation du patient le cas échéant/suivi thérapeutique du patient.

Le type de prestations sera affiné en fonction du contexte physiopathologique du patient (stable/en évolution), les indices de gravité connus (médicaments à risque/situations à risque) ; ces éléments sont intimement liés à l'intégration de l'équipe pharmaceutique au secteur de soins concerné et de l'accessibilité aux informations nécessaires pour prendre en charge la part pharmaceutique de cette situation.

De fait, le modèle propose 3 types de prestations selon le schéma ci-dessous, s'inscrivant dans un contexte organisationnel imposé (modèle statique) et/ou une notion de parcours (modèle dynamique) :

- dispensation ;
- bilan de médication ;
- plan pharmaceutique personnalisé (Fig. 1).

Prestation type 1 : dispensation

Ce type de prestation concerne tous les patients et doit être réalisé quel que soit le type de structure.

Processus

La dispensation inclut, de manière chronologique :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale et/ou de la demande du patient (qui peut concerner des produits de santé non-prescrits) ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du produit de santé.

Dans cette prestation de type 1, la dispensation peut amener à la formulation d'Interventions Pharmaceutiques (IP) [10–12] concernant les produits de santé (par exemple, redondance pharmacothérapeutique, non-respect des consensus et interaction médicamenteuse)⁴.

Méthodologie

L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance [13] cible les choix pharmaco-thérapeutiques, y compris la détection de potentielles redondances médicamenteuses, la disponibilité des produits de santé (le cas échéant, les propositions d'équivalence ou de substitution), les points critiques de la prescription (contre-indications physiopathologiques, posologies-doses, durées, modalités et rythmes d'administration et interactions médicamenteuses).

Informations requises

Les éléments requis pour cette prestation sont l'ensemble des données de la prescription (celles apportées par le patient, ou disponibles dans le système d'information y compris le dossier pharmaceutique) ainsi que les renseignements liés au patient (âge, sexe, poids, taille, données biologiques principales et données administratives) [14].

Prestation type 2 : bilan de médication (BM)

Cette prestation vise à opérer en systématique (lors de l'entrée du patient en établissement de santé) ou de manière ciblée (selon les objectifs ciblés dans le cadre de la prise en

³ La méthode vise à obtenir un avis aussi consensuel que possible sur des événements, des processus, des pratiques grâce à un processus structuré de communication organisant la production, l'agrégation et la modification des opinions d'un groupe indépendant d'experts. Chaque participant qui donne son avis, est informé des avis exprimés par les autres ainsi que des réactions par rapport à son propre avis pour lui permettre de réagir en tentant de se rapprocher de la réponse consensuelle. Le processus se termine par une étape plénière où les participants sont réunis en face-à-face pour discuter les résultats.

⁴ Le lecteur se référera au site Act'IP pour accéder aux différents outils mis à disposition par la SFPC (www.actip.sfpc.eu).

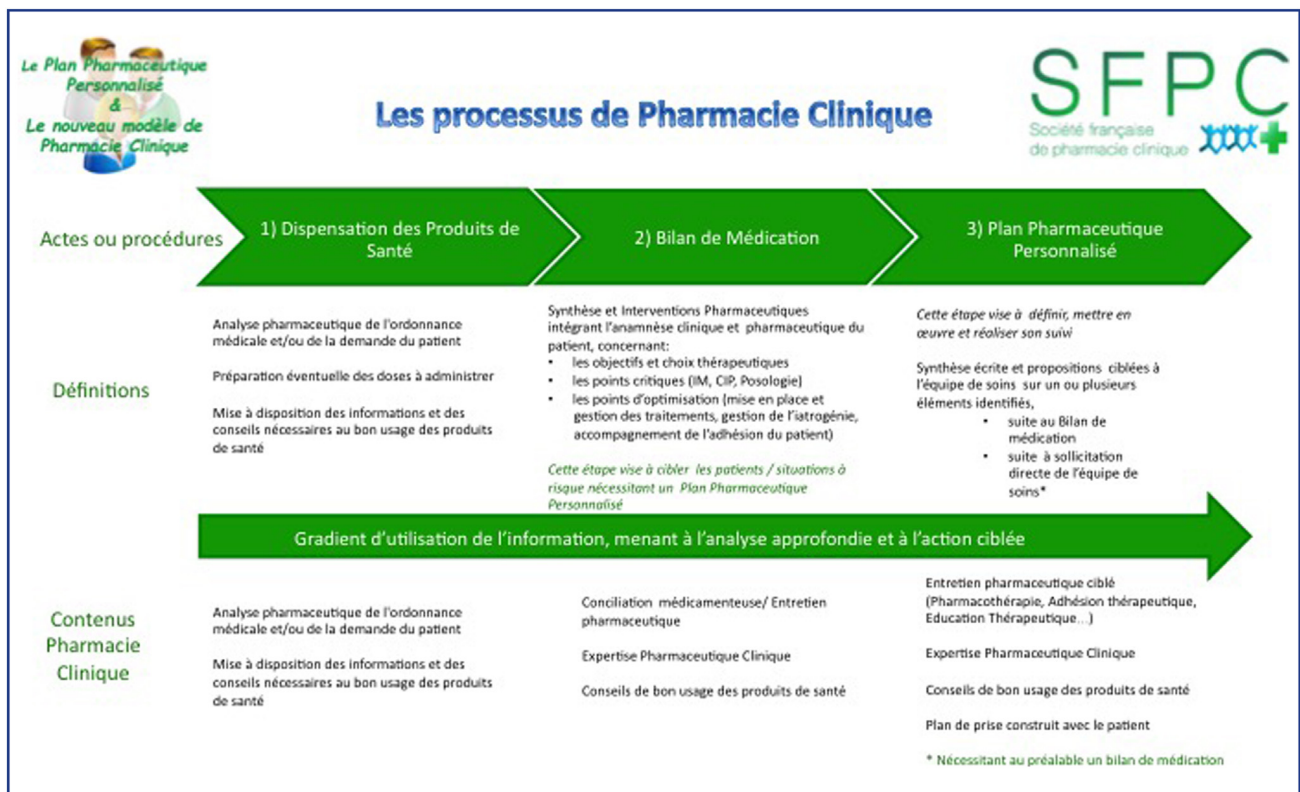


Figure 1. Les processus de pharmacie clinique.
Clinical pharmacy processes.

charge du patient), une analyse approfondie de la situation médico-pharmaceutique du patient, afin d'identifier d'éventuels PLT, qui n'auraient pas été identifiés lors d'un acte de dispensation de routine. De fait, cette prestation s'avère approfondie, par rapport à la précédente, par le temps qui lui est consacré, par le niveau d'expertise et les informations mobilisées.

Processus

En amont de la dispensation, une synthèse pharmaceutique écrite est opérée, intégrant de manière chronologique :

- l'anamnèse clinique et pharmaceutique du patient ;
- l'identification d'éventuels PLT ;
- le cas échéant, la formalisation d'interventions pharmaceutiques (IP) destinées à être formulées auprès du médecin prescripteur, à d'autres professionnels de santé ou au patient/son aidant en vue d'une optimisation de la prise en charge médicamenteuse.

Cette étape vise à cibler les patients et situations à risque nécessitant un suivi pharmaceutique individualisé.

Méthodologie

Dans cette prestation de type 2, l'analyse pharmaceutique sera de type Expertise pharmaceutique clinique. Elle conduira à la formulation d'Interventions Pharmaceutiques (IP) [10-12] qui s'inscrivent tant au plan physiopathologique du patient que médicamenteux. Par exemple, les IP type adaptation posologique peuvent être générées suite à la détection d'interactions médicamenteuses ou le recueil d'effets indésirables, en lien avec les résultats cliniques, paracliniques et biologiques. Les IP peuvent aboutir, grâce au dialogue avec le prescripteur, à l'arrêt de certains médicaments après analyse de leur pertinence, la mise en place et la gestion de nouveaux traitements, l'instauration de médicaments correcteurs, la gestion de l'iatrogénie médicamenteuse.

Informations requises

Les éléments requis pour cette prestation sont les données issues de la conciliation médicamenteuse, des prescriptions (celles apportées par le patient, ou disponibles dans le système d'information y compris le dossier pharmaceutique), le dossier médical du patient (incluant sa prise en charge thé-

rapeutique, les données cliniques, paracliniques et biologiques nécessaires à l'analyse approfondie du traitement médicamenteux), les données issues de l'entretien avec le patient et/ou ses aidants naturels, le contact, le cas échéant, avec d'autres professionnels de la santé en charge du dossier. L'avis pharmaceutique opéré est tracé et s'inscrit dans une logique collaborative, nécessitant un contact récurrent avec les autres membres de l'équipe de soins, afin d'en garantir la validité et la pertinence.

Prestation type 3 : plan pharmaceutique personnalisé

La prestation de type 2, le BM, a permis d'identifier des patients et situations à risque sur lesquelles un suivi pharmaceutique spécifique doit être opéré (choix opéré de manière collaborative, en équipe de soins). Parfois, c'est l'équipe de soins, en dehors d'un BM, qui identifie la situation à risque et qui sollicite directement le pharmacien. Dans ce cas, ce dernier opérera à minima une prestation de type 2 afin de cibler les actions à proposer. De fait, cette prestation de type 3 concerne quelques patients ciblés dont la situation évolue et dont les issues possibles ne sont pas établies.

Processus

Le processus comprend :

- l'expertise pharmaceutique clinique des données du dossier patient ;
- le développement d'un entretien pharmaceutique approfondi avec le patient et/ou ses aidants naturels ;
- un avis pharmaceutique faisant émerger une analyse et des préconisations d'optimisation hiérarchisées et assorties des modalités et indicateurs de suivi.

Ces préconisations sont, si possible, validées en concertation pluri-professionnelle, visant soit les professionnels, soit le patient lui-même ou sa représentation. Dans ce dernier cas, les préconisations incluent aussi la diffusion orale et écrite de recommandations, conseils et informations.

Méthodologie

Dans cette prestation de type 3, la dispensation et le BM seront complétés par la formulation d'IP qui s'inscrivent dans un suivi au long cours du patient, tant sur le plan physiopathologique que sur la thérapeutique médicamenteuse. L'expertise pharmaceutique clinique avec « suivi pharmaceutique », concerne la gestion de PLT, par exemple, les IP type propositions d'arrêt, de substitution, de suivi thérapeutique ou d'adaptation posologique pouvant être générés suite à la détection d'interactions médicamenteuses voire l'observation d'effets indésirables. Les points d'optimisation pourront également être associés à la gestion de

l'iatrogénie médicamenteuse, en collaboration avec le médecin prescripteur (par exemple, modifier un plan de prise, proposer une médication correctrice, proposer au patient un entretien pharmaceutique ciblé ou l'accès à une séance d'éducation thérapeutique dans le cadre d'un dispositif validé⁵). Cette analyse reste en lien avec les données cliniques, paracliniques et biologiques ainsi que les problèmes liés au contexte environnemental et psychosocial (organisation des soins et suivi d'adhésion médicamenteuse). Cette activité nécessite une expertise solide du pharmacien sur le plan clinique et pharmacothérapeutique et du temps. Elle impose également une collaboration étroite avec les autres professionnels de santé.

Éléments requis

Les éléments requis pour cette prestation sont les données issues de la conciliation des traitements médicamenteux, des prescriptions (celles apportées par le patient, ou disponibles dans le système d'information y compris le dossier pharmaceutique), le dossier médical du patient (incluant toute sa prise en charge thérapeutique, les données cliniques, paracliniques et biologiques nécessaires à l'analyse approfondie du traitement médicamenteux), les données issues de l'entretien avec le patient et/ou ses aidants naturels, le contact, le cas échéant, avec d'autres professionnels de santé.

Selon le type de problème à gérer, l'entretien pharmaceutique se structure autour d'un canevas de recueil de données selon un format SOC SPV [16] :

- SOC (photographie à un instant du patient) :
 - données subjectives (santé perçue),
 - données objectives (santé objective),
 - comportements de santé (actions mises en œuvre par le patient concernant les produits de santé prescrits et non-prescrits, dont les médecines alternatives et complémentaires, l'activité physique, l'alimentation, le sevrage tabagique) ;
- SPV (bras de leviers possibles pour accompagner ces comportements) : Savoir (connaissances/représentations/expériences vis-à-vis des produits de santé)/Pouvoir (organisation des soins)/Vouloir (motivation à se soigner).

D'une manière générale, l'entretien sera conduit entre ces 3 bras de leviers, en fonction des questions que pose l'équipe de soins, et des attentes et besoins du patient.

Au final, le modèle que nous proposons s'applique aux activités de pharmacie clinique en soins primaires comme hospitaliers. Il se déploie, selon la complexité du cas à traiter et, de manière connexe, selon le temps consacré à l'accès à l'infor-

⁵ Nous faisons le choix de ne pas développer, dans ce modèle, l'action du pharmacien dans le cadre institutionnel de l'Éducation Thérapeutique (ETP) : l'ETP est un modèle collaboratif structuré qui « n'appartient pas » aux pharmaciens et surtout ne se pratique pas seul. La pratique de l'ETP renvoie à un processus spécifique et à des compétences supplémentaires à celles de pharmacien clinicien (voir [15]).

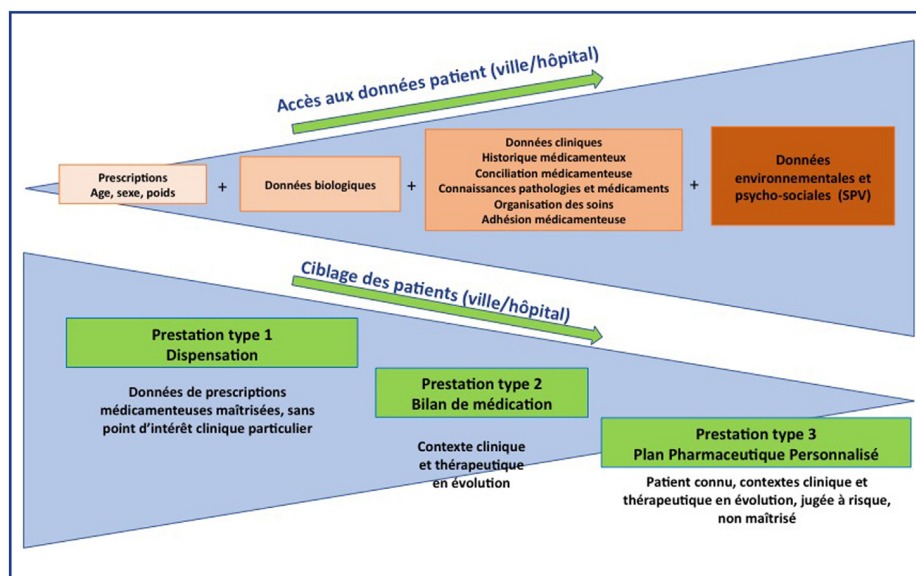


Figure 2. Modèle intégratif de pharmacie clinique.
Integrated model of clinical pharmacy.

mation pour gérer le cas ainsi que selon le niveau de collaboration avec les autres professionnels de santé (Fig. 2).

Conclusion

Le modèle de pharmacie clinique proposé avec ses 3 types de prestations, s'inscrit dans un modèle évolutif d'exercice du pharmacien clinicien et de son équipe. La pratique pharmaceutique peut évoluer d'une pratique généraliste à une pratique experte, en soins primaires et en établissements de santé. Elle nécessite une étroite collaboration avec les autres professionnels de santé et une proximité vis-à-vis du patient voire des aidants. Notre modèle intégratif de pharmacie clinique est à intégrer à la prise en charge globale des patients et doit être valorisé du fait des objectifs partagés avec les autres professionnels de santé : recherche de la pertinence, de l'efficacité et de la sécurité des produits de santé.

Déclaration de liens d'intérêts

Michel Juste est co-rédacteur en chef de la revue *Le pharmacien hospitalier et clinicien*.

La revue *Le pharmacien hospitalier et clinicien* est l'organe de diffusion officiel de la Société française de pharmacie clinique.

Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Annexe) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2018.12.003>.

www.sciencedirect.com et <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2018.12.003>.

Références

- [1] Instruction n° DGOS/PF2/2016-49 du 19 février 2016 relative à l'appel à projet de mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé.
- [2] Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033616692&fastPos=1&fastReqId=1203593857&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>.
- [3] Bond CA, Raehl CL. 2006 National clinical pharmacy services survey: clinical pharmacy services, collaborative drug management, medication errors, and pharmacy technology. *Pharmacotherapy* 2008;28:1-13.
- [4] Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2000;20:609-21.
- [5] Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2006;26:735-47.
- [6] Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007;27:481-93.
- [7] Bedouch P, Bardet JD, Chanoine S, Allenet B. L'iatrogenèse médicamenteuse : quels enjeux pour la pharmacie clinique ? In: *Pharmacie clinique et thérapeutique*. Elsevier Masson; 2018.
- [8] Le pharmacien est incontournable <http://www.impactpharmacie.org/index.php> [accès le 06-11-2018]
- [9] Ducos G. 1983. Delphi et l'analyse de l'interaction, futuribles, n° 109, pp. 43-60.
- [10] Allenet B, Bedouch P, Rose F-X, et al. Validation of an instrument for the documentation of clinical pharmacists' interventions. *Pharm World Sci* 2006;28:181-8.

- [11] Vo TH, Bardet JD, Charpiat B, et al. Validation of a tool for reporting pharmacists' interventions in everyday community pharmacy. *J Clin Pharm Ther* 2018;43:240–8.
- [12] SFPC. Groupe de travail standardisation et valorisation des activités pharmaceutiques. <http://www.actip.sfpc.eu/actip> [accès le 06-11-2018]
- [13] Juste M, Allenet B, Bedouch P, et al. Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. *Pharm Hosp Clin* 2012;47:293–5.
- [14] Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L.5121-5 du code de la santé publique. NORAFSP1633476A. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033507633&fastPos=1&fastReqId=1294416616&categorieLien=id&oldAction=rechText>.
- [15] Lehman A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B, Groupe Education Thérapeutique du Patient de la Société Française de Pharmacie Clinique. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? *Pharm Hosp Clin* 2016;51:9–16.
- [16] Allenet B, Bedouch P, Baudrant M, et al. De l'historique médicamenteux à l'observation pharmaceutique : recueil standardisé pour le développement de la pharmacie clinique en unité de soins. *J Pharm Belg* 2010;2:39–46.

Serment De Galien

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

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.
- 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.