



HAL
open science

L'avènement de la pharmacie, évolution et perspective d'avenir

Hérald Houbre

► **To cite this version:**

Hérald Houbre. L'avènement de la pharmacie, évolution et perspective d'avenir. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03191683

HAL Id: dumas-03191683

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03191683>

Submitted on 7 Apr 2021

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

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

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

U.F.R. de Pharmacie

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement
le : 5 juin 2020

Par : **Hérald HOUBRE**
Né le 14 juin 1994 à Quessy (02)

L'avènement de la pharmacie, évolution et perspective d'avenir

membres du Jury :

Président : M. Jean-Marc CHILLON , Enseignant chercheur et directeur de la faculté de pharmacie d'Amiens.

Membres : M. Eric HOUSIEAUX, Pharmacien d'officine.

M. Arthur LAUDREN Pharmacien d'officine.

Thèse n°16

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances.

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 déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession.

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens.

De coopérer avec les autres professionnels de santé.

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

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

"LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS
DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES
A LEUR AUTEUR."

Remerciements

A mon président et directeur de thèse,

Monsieur Jean-Marc CHILLON,
Enseignant chercheur et directeur de la faculté de pharmacie d'Amiens.

De me faire l'honneur de la présidence du jury de thèse.
Je vous remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse, de m'avoir corrigé
et conseillé à la rédaction de ce travail.

A mes juges

Monsieur Eric HOUSIEAUX,
Pharmacien d'officine.

De me faire l'honneur de juger ce travail.
Je vous remercie de cette présence qui marque la fin de mes études, dont vous
avez pris une part importante dans ma formation.

Monsieur Arthur LAUDREN
Pharmacien d'officine.

De me faire l'honneur d'être présent pour juger mon travail.
Collègue du DU d'orthopédie, je te remercie d'être présent en ce jour important.

A mon père

Merci d'avoir relu et corrigé ma thèse, de m'avoir orienté tout au long de ce
travail important.

A mes parents

Merci de m'avoir motivé et soutenu pendant mes études et lors de la rédaction
de cette thèse.

A ma maître de stage

Madame Isabelle DUSAUSSOY,
Pharmacien d'officine.

Merci de m'avoir formé et accepté pour ce stage de 6^{ème} année. Je vous remercie de m'avoir prêté les archives, tel que le codex dont un extrait figure dans cette thèse.

Sommaire

Table des illustrations	13
Figures :	13
Tableaux :	13
Liste des abréviations.....	15
I Introduction	17
II De l'apothicairerie à la pharmacie.....	18
II.1 L'avènement de la pharmacie	18
II.1.1 L'avant révolution de 1789.....	18
II.1.1.1 Les apothicaires.....	18
II.1.1.2 L'inspection	18
II.1.2 La révolution et ses conséquences	19
II.1.2.1 La suppression des apothicaires	19
II.1.2.2 Les écoles de santé.....	19
II.1.2.3 La loi du 21 germinal	19
II.1.3 La pharmacie et le clergé	20
II.1.4 Décret suite à la loi germinal	21
II.1.5 Le renforcement de la profession de pharmacie loi du 11 septembre 1941.....	21
II.1.5.1 La limitation des officines	22
II.1.5.2 Les distances minimales entre officines	22
II.1.5.3 Le monopole pharmaceutique.....	22
II.1.5.4 Le pharmacien titulaire.....	22
II.1.6 La création de l'ordre des pharmaciens ordonnance du 5 mai 1945	23
II.2 La réglementation.....	24
II.2.1 L'évolution du médicament.....	24
II.2.1.1 La réglementation du médicament	24
II.2.1.2 L'origine végétale	25
II.2.1.3 L'origine animale	26
II.2.1.4 L'origine minérale.....	26
II.2.2 Les préparations et spécialités	27
II.2.2.1 les préparations magistrales	27
II.2.2.2 Les préparations officinales	27

II.2.2.3 Les produits officinaux divisés	27
II.2.2.4 Le codex et la pharmacopée	28
II.2.2.5 Les remèdes secrets	29
II.2.2.6 Les spécialités pharmaceutiques.....	30
II.2.2.7 Le contrôle des spécialités	31
II.2.2.8 Les génériques.....	31
II.2.3 L'industrie pharmaceutique	32
II.2.3.1 La création et la direction d'une entreprise	32
II.2.3.2 L'évolution de l'industrie	32
II.2.4 Les grossistes	33
II.2.4.1 Les débuts d'une coopérative	33
II.2.4.2 La guerre une période difficile	33
II.2.4.3 S'adapter à la croissance	33
II.2.4.4 Les bonnes pratiques de distribution	34
II.2.4.5 Actuellement.....	35
II.2.5 La sécurité sociale	36
II.2.5.1 Les débuts de l'assistance publique	36
II.2.5.2 La création de la sécurité sociale	36
II.2.6 Les catastrophes sanitaires	37
II.2.6.1 Le sang contaminé.....	37
II.2.6.2 Le Distilbène.....	37
II.2.6.3 Les hormones de croissance	37
II.2.7 Les études précliniques, cliniques et l'autorisation de mise sur le marché	38
II.2.7.1 Les études précliniques	38
II.2.7.2 Les études cliniques.....	39
II.2.7.3 L'AMM.....	39
II.2.8 L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.....	40
II.2.8.1 La création de l'AFSSAPS.....	40
II.2.8.2 Ses missions	41
II.2.9 La HAS.....	41

III La pharmacie actuelle 43

III.1 La modernisation des officines 43

III.1.1 La technologie.....	43
III.1.1.1 Le développement de l'informatique.....	43
III.1.1.2 Le logiciel de gestion officinale (LGO)	43
III.1.1.3 Les automates	44
III.1.1.4 La télétransmission.....	44

III.1.1.5 Le dossier pharmaceutique	45
III.1.1.6 Le dossier médical partagé	46
III.1.1.7 La télémédecine	47
III.1.2 La digitalisation	48
III.1.2.1 La vente sur internet	48
III.1.2.2 Les drives.....	49
III.1.2.3 Le click and collect	49
III.1.2.4 Les applications de suivi de traitement	50
III.1.2.5 Les piluliers connectés	50
III.1.2.6 Le merchandising digital	50
III.1.3 La mutation des officines	52
III.1.3.1 L'évolution des locaux	52
III.1.3.2 Le merchandising.....	54
III.1.3.3 Du médicament à la parapharmacie	55
III.1.3.4 De la parapharmacie à la grande surface	56
III.1.3.5 Les autres métiers de la pharmacie	56
III.2 Les nouvelles réglementations	57
III.2.1 La loi hôpital patient santé territoire (HPST).....	57
III.2.1.1 L'instauration	57
III.2.1.2 LE TITRE II	58
III.2.1.3 Le TITRE III	60
III.2.1.4 Le TITRE IV	63
III.2.2 La qualité en officine	64
III.2.2.1 L'instauration	64
III.2.2.2 La démarche qualité	64
III.2.3 Les génériques	66
III.2.4 La sérialisation	67
III.2.5 La dispensation protocolisée	67
IV Les perspectives d'avenir.....	69
IV.1 Le renforcement des mesures déjà existantes	69
IV.1.1 L'extension du champ d'application	69
IV.1.1.1 La substitution.....	69
IV.1.1.2 La vaccination.....	70
IV.1.1.3 Les bilans partagés de médication	70
IV.1.2 L'extension de la rémunération.....	71
IV.1.2.1 Le refus d'exécuter une ordonnance	71
IV.1.2.2 L'opinion pharmaceutique.....	72

IV.1.2.3 Le dépistage	73
IV.1.2.4 La PDA.....	73
IV.2 L'évolution avec la pharmacie mondiale.....	74
IV.2.1 D'autres métiers en officine	74
IV.2.1.1 Les infirmiers.....	74
IV.2.1.2 Les cosméticiens.....	74
IV.2.1.3 Les caissiers.....	75
IV.2.2 Les ordonnances informatisées.....	75
IV.2.3 La loi 41	76
IV.2.3.1 Les activités sans formation	77
IV.2.3.2 Les activités nécessitant une formation théorique	79
IV.2.3.3 L'activité nécessitant une formation théorique et pratique	82
IV.2.4 L'application à la pharmacie Française	84
IV.3 La mutation des officines	84
IV.3.1 L'ouverture du monopole pharmaceutique	84
IV.3.2 Le capital des officines	85
IV.3.3 Une évolution du calcul du nombre de pharmacien	86
V conclusion	88
VI Bibliographie.....	89

Table des illustrations

Figures :

Figure n°1 dos, première de couverture, page de titre et exemple de formule du CODEX [12]

Figure n°2 page qui prouve la conformité du CODEX [12]

Figure n°3 carte de la répartition des agences CERP [22]

Figure n°4 pourcentage de chaque grossiste [23]

Figure n°5 pharmacie totalement digitalisée [50]

Figure n°6 mur et vitrine digitalisé [51] [52]

Figure n°7 diagramme d'Ishikawa d'une clientèle mécontente [80]

Figure n°8 : taux de pathologie chronique en fonction de l'âge [91]

Figure n°9 : nombre de spécialité en tension d'approvisionnement [102]

Figure n°10 : durée maximale de dernière prescription en fonction des pathologies [101]

Figure n°11 : outils d'aide à la décision [101]

Tableaux :

Tableau n°1 chiffre d'affaires moyen des officines de 2016 à 2019 [55] [56] [57] [58]

Tableau n°2 répartition de la localisation des officines de 2016 à 2019 [55] [56] [57] [58]

Tableau n°3 analyse de l'évolution du chiffre d'affaires moyen des officines de 2014 à 2018 [55] [56] [57] [58]

Tableau n°4 analyse de l'évolution du chiffre d'affaires en fonction de la TVA de 2014 à 2018 [55] [56] [57] [58]

Tableau n°5 : analyse du nombre d'activités réalisées depuis deux ans après la loi 41 [103]

Liste des abréviations

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

ARS agence régionale de santé

ASAP accélération et de simplification de l'action publique

ASMR amélioration du service médical rendu

AVK anti-vitamines K

CERP coopérative d'exploitation et de répartition pharmaceutique

CESPHARM comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

CNIL commission nationale de l'informatique et des libertés

CPAM caisse primaire d'assurance maladie

CPTS communauté professionnelle territoriale de santé

CRDS contribution au remboursement de la dette sociale

CSG cotisation sociale généralisée

CTS comité technique des spécialités

DMP dossier médical partagé

DP dossier pharmaceutique

EFS établissement français du sang

EHPAD établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EQO évaluation qualité officine

ETP L'éducation thérapeutique du patient

HAS haute autorité de santé

LGO logiciel de gestion officinale

LSO logiciel de suivi d'observance

MCPR mutuelle coopérative pharmaceutique rouennaise

OCP office commercial pharmaceutique

PDA préparation des doses à administrer

PUI pharmacie à usage intérieur

SIDA syndrome immunodéficience acquise

SMR service médical rendu

SNCF société nationale des chemins de fer Français

TEP scan tomographie par émission de positions

TROD test rapide d'orientation diagnostique

USPO union de syndicats de pharmaciens d'officine

I Introduction

Depuis quelques années, avec l'arrivée des nouvelles technologies, comme les ordinateurs, internet et tous les autres moyens de communication, le monde évolue rapidement. Tous les domaines sont concernés et tout notre environnement se modernise. Ainsi, en peu de temps, internet, les Smartphones et tous les moyens de communications rapides sont devenus incontournables. Ces changements modifient les relations interhumaines. Les professions doivent suivre cette évolution sous peine de voir leurs activités diminuées ou même disparaître.

La pharmacie a beaucoup changé depuis la révolution en mutant de la confrérie des apothicaires au collège de pharmacie puis à la pharmacie actuelle. Ainsi, le métier de pharmacien, qui consistait à délivrer des remèdes de préparation magistrale avec notamment des pommades ou des ovules, est maintenant nettement plus centré sur le patient grâce au pharmacien clinicien.

Dans un premier temps, nous allons examiner comment la pharmacie s'est développée depuis la révolution, comment les médicaments étaient délivrés, puis l'avènement de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques.

Ensuite, nous verrons les missions actuelles de la pharmacie avec l'évolution de la législation qui essaye de donner de plus en plus d'importance au pharmacien. Ainsi, la loi "hôpital patient santé territoire" (HPST) instaure la création des entretiens pharmaceutiques et des nouvelles règles de rémunération du pharmacien. Cette loi vise à donner plus de rôle au pharmacien, bien que ce rôle soit encore restreint.

Pour finir, nous passerons en revue les perspectives futures de la pharmacie, en prenant exemple sur d'autres pays où les pharmaciens ont davantage de missions, les pharmaciens pouvant par exemple prescrire certains médicaments ou bilans.

En somme, la pharmacie a beaucoup évolué. De nombreux changements sont encore nécessaires pour améliorer de plus en plus la prise en charge du patient et favoriser une bonne thérapeutique en augmentant l'observance, la qualité de vie et l'espérance de vie tout en limitant la iatrogénie.

II De l'apothicairerie à la pharmacie

II.1 L'avènement de la pharmacie

II.1.1 L'avant révolution de 1789

II.1.1.1 Les apothicaires

Il n'est pas possible de parler de la pharmacie actuelle sans connaître les circonstances de son développement. Avant la révolution, les pharmaciens étaient des apothicaires. Pour accéder à ce métier, il était nécessaire de rentrer dans la corporation des apothicaires, de trouver un maître pour apprendre le métier et de passer un examen. L'apprentissage durait généralement quatre années. Pour devenir maître, il fallait passer un examen devant un jury. Cet examen consistait en une réalisation de plusieurs préparations galéniques et chimiques. Une fois le jury satisfait, le candidat recevait ses lettres de maîtrise. Il pouvait alors s'installer comme maître apothicaire. Certains apprentis subissaient des épreuves simplifiées sous prétexte qu'ils étaient fils de maître. Ce privilège fût aboli en 1777. [1]

II.1.1.2 L'inspection

L'inspection des boutiques a été instaurée au cours du XIV^e siècle, avec, dans un premier temps, l'inspection des balances. Cette inspection s'est par la suite étendue aux médicaments suite à l'ampleur prise par les ventes de toxiques et de drogues venimeuses.

Au XVI^e siècle, les drogues venimeuses sont très contrôlées. En effet, elles nécessitent l'inscription sur un registre paraphé par le maire ou le commissaire de police et portant le nom du médecin, du patient ainsi que le produit délivré : c'est l'ancêtre de l'ordonnancier actuel. De plus, ces produits devaient être stockés à part dans un endroit fermé avec une clé à la seule disposition de l'apothicaire. Aucune autre personne ne devait y avoir accès.

Les inspecteurs étaient principalement des apothicaires. Au cours des années, les visites s'intensifièrent, au début principalement sur Paris, pour s'étendre par la suite au reste de la France. [2]

II.1.2 La révolution et ses conséquences

II.1.2.1 La suppression des apothicaires

La révolution de 1789 instaure la possibilité pour chaque individu de choisir la profession qu'il désire exercer en fonction de ses envies. Le décret du 2-17 mars 1791 aboutit à la suppression des corporations et à l'exercice de "telle profession, art ou métier " que chacun "trouvera bon ". Ceci inclut la corporation des apothicaires. Cependant ce décret expose à des dérives comme le développement des charlatans, des incompetents ou de n'importe quelle personne qui souhaite exercer la profession sans la moindre connaissance. Ces abus ont été rapportés par de nombreuses personnes comme Bouvet Gignard ou Goubert. A cette époque l'assemblée nationale prend rapidement conscience des risques grâce à une pétition et une plainte de plusieurs personnes. A la suite d'une enquête, le comité de salubrité réinstaure la réglementation antérieure jusqu'à ce que l'Assemblée Nationale propose une nouvelle loi complète. [4]

II.1.2.2 Les écoles de santé

Suite à la révolution qui abroge la corporation des apothicaires, il faut palier au manque de formation des pharmaciens. Les collèges de pharmacie déjà existants, qui cohabitaient avec la corporation pour la formation des pharmaciens, peinent à recevoir des pharmaciens. En effet, parmi ces trois collèges à Paris, Montpellier et Strasbourg, seul celui de Paris persiste en essayant tant bien que mal de réglementer cette profession et en évitant que les personnes qui se sont installées après la révolution sans compétences ni qualifications continuent d'exercer.

En 1794 les institutions créent les écoles de santé pour former les médecins, chirurgiens et pharmaciens pour le recrutement du service de santé des armées. Mais en 1797 ces écoles de santé prennent le nom d'école de médecine. Elles forment toujours les pharmaciens mais ne servent plus à recruter les officiers militaires.

II.1.2.3 La loi du 21 germinal

En 1803, la loi du 21 germinal an XI permet de réinstaurer le monopole pharmaceutique qui réserve la préparation et la dispensation des médicaments uniquement par les pharmaciens.

Cette loi précise que le pharmacien ne peut "exercer aucun autre commerce ou débit que celui des drogues ou des préparations médicales". Les remèdes secrets sont également abolis, l'état doit rédiger un "codex" (cf. II.2.2.4) pour répertorier toutes les préparations officinales. Le premier codex paraît en 1818. [2]

Le pharmacien devait acquérir les connaissances suffisantes pour éviter toutes les dérives observées durant la révolution. Pour avoir le titre de pharmacien, il y avait deux cursus. Soit le futur pharmacien exerçait 8 années dans une pharmacie, soit il étudiait pendant trois ans dans les écoles de pharmacie avec ensuite trois années de stage. [3]

La loi "germinal" est donc la première loi qui réglemente le monde de la pharmacie. Cependant cette loi prometteuse prend appui sur celle des apothicaires avec comme seul changement l'instauration des cours à la place de l'apprentissage. [3]

II.1.3 La pharmacie et le clergé

L'église a longtemps fait l'exercice de la pharmacie et de la médecine. Cet exercice de la profession médicale était principalement dû à la charité chrétienne, les prêtres et les religieuses se voulant bienfaiteurs pour les pauvres.

La loi du 21 germinal était censée clarifier la situation et justement d'éviter l'exercice illégal de la pharmacie. Malgré cela, le clergé ne respectait pas cette règle.

En effet, de nombreux ecclésiastiques ou abbés ont été condamnés pour exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie. Ainsi en 1833, le président de la société de prévoyance des pharmaciens du Rhône dénonçait la tolérance des pouvoirs publics vis à vis de l'exercice illégal de la pharmacie par le clergé.

Courant 1850-1860, Dorvault ou Abel Poirier dénoncent même une concurrence déloyale après avoir répertorié le nombre de pharmacies et constater que la majorité d'entre elles sont tenues par des établissements religieux plutôt que par des pharmaciens diplômés.

Il est possible de comprendre que par charité les institutions nationales puissent autoriser la communauté religieuse à dispenser des soins ou des thérapeutiques. Cependant, cet argument ne tient pas et Tardieu dénonce au milieu du XIX^e siècle que la charité ne peut servir à déculpabiliser la religion car celle-ci exerçait des prix bien plus élevés que ceux pratiqués par les pharmaciens. [5]

La loi de 1941 invalide totalement tout exercice illégal de la pharmacie.

II.1.4 Décret suite à la loi germinal

La loi du 21 germinal an XI marque donc le début de la réglementation et de l'évolution de la pharmacie jusqu'à nos jours. Subséquemment plusieurs décrets remédient à quelques carences.

Ainsi, le décret du 14 juin 1805 interdit la vente de nouveaux remèdes secrets non approuvés avant la loi ou qui ne seront pas approuvés après celle-ci. Les anciennes formules qui avaient été approuvées et pouvaient être commercialisées avant la parution du décret le reste même si leur composition reste inconnue. Ce décret précise aussi que les inventeurs qui avaient le droit de vendre leurs remèdes sont toujours autorisés et ce même s'ils ne sont pas pharmaciens.

Puis le décret du 18 août 1810 supprime l'accord de vente pour les inventeurs de remèdes secrets. Ils devront, s'ils le désirent, soumettre leur invention à une commission qui analysera la composition, l'utilité et le prix de vente du produit. Si le remède s'avère utile l'état versera un dividende à l'inventeur.

Ensuite le décret du 3 mai 1850 précise que tous les nouveaux remèdes jugés utiles par l'académie de médecine ne seront plus des remèdes secrets. Ils pourront ainsi être délivrés dans la pharmacie avant la parution de sa recette dans le codex.

Enfin, le décret du 13 juillet 1926 marque la fin des remèdes secrets. Il précise que tous les remèdes ne sont plus secrets s'ils contiennent sur leurs emballages le nom et la composition de chaque substance active ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien ayant réalisé le médicament. [6]

II.1.5 Le renforcement de la profession de pharmacie loi du 11 septembre 1941

Depuis la loi du 21 germinal, le pharmacien était le seul habilité à délivrer les thérapeutiques. C'est finalement le 11 septembre 1941, en interdisant les dérives et l'exercice illégal de la pharmacie, que la profession sera enfin réellement affirmée. De plus cette loi ajoute de nouvelles directives pour limiter la concurrence et favoriser un meilleur maillage des officines. [3]

II.1.5.1 La limitation des officines

Tous d'abord, cette loi du 11 septembre met en place la limitation à une officine pour 2 000 à 3 000 habitants dans le but de créer une bonne répartition sur le territoire. Cette réglementation limite la concentration dans les villes au préjudice des campagnes. [2]

II.1.5.2 Les distances minimales entre officines

Ensuite, la loi prévoit une distance minimale entre les officines pour permettre une meilleure implantation. Cette mesure limite la concurrence entre les officines et évite qu'une population géographique soit défavorisée par le manque de pharmacies. [2]

II.1.5.3 Le monopole pharmaceutique

De plus, la loi renforce le monopole du pharmacien et encadre la dispensation en la réservant au pharmacien. Seuls les pharmaciens ont les connaissances nécessaires comme la dispensation, la botanique et la pharmacognosie. De fait, le métier d'herboristerie disparaît. Cependant, aucune réglementation n'a précisé que seul le pharmacien doit exécuter lui-même la dispensation. De fait, cela signifie que le pharmacien doit être présent dans l'officine mais qu'il peut très bien déléguer la tâche de dispensation. Néanmoins, il reste responsable et doit surveiller l'exécution de ses employés. De nos jours, l'article L4241-1 du code de la santé publique spécifie que seuls les préparateurs sont autorisés à délivrer des médicaments au public sous la responsabilité effective d'un pharmacien titulaire ou adjoint. [2]

II.1.5.4 Le pharmacien titulaire

Cette nouvelle réglementation instaure que pour détenir une pharmacie il faut être pharmacien diplômé. Le pharmacien titulaire doit obligatoirement exercer dans cette pharmacie.

C'est la première loi qui encadre vraiment la profession de pharmacien et qui renforce de nombreux domaines encore présents. Et actuellement, la limitation des officines est de 2 500 habitants (3 500 pour la Guyane et l'Alsace et la Moselle) pour une première officine, puis 4 500 habitants supplémentaires pour pouvoir installer une deuxième pharmacie. La distance minimale est toujours d'actualité. De fait, l'Agence Régionale de Santé (ARS) peut refuser une demande de création ou de transfert si une autre officine est trop proche. [7]

Le monopole pharmaceutique est encore en vigueur, bien qu'avec l'Europe il soit de plus en plus menacé. Aujourd'hui, la présence du titulaire ou d'un pharmacien adjoint est toujours obligatoire. Si le pharmacien titulaire s'absente plus d'une année, la pharmacie doit être vendue. [7]

II.1.6 La création de l'ordre des pharmaciens ordonnance du 5 mai 1945

L'ordonnance n° 45-919 du 5 mai 1945 promulgue la création de l'ordre des pharmaciens. Suite aux dérives et avec leur formation, les pharmaciens désiraient la création d'un ordre des pharmaciens pour préserver l'éthique professionnelle, le respect des règles établies et favoriser une bonne déontologie. Cette ordonnance a été reprise et modifiée de nombreuses fois pour figurer au code de la santé publique actuel. Depuis sa création, tous les pharmaciens doivent s'inscrire à l'ordre. Les missions de l'ordre sont :

- "- d'assurer le respect des devoirs professionnels ;
- d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;
- de veiller à la compétence des pharmaciens ;
- de contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels".

Ces missions fixent l'interdiction d'exercice de la profession pour tous ceux qui n'ont pas les diplômes et compétences requises dans le but de prévenir et réprimer les abus. Plusieurs sections ont été créées pour représenter les différents aspects de la profession de pharmacien.

Ces sections sont encore d'actualité :

- section A pour les pharmaciens titulaires ;
- section B pour les pharmaciens en industrie ;
- section C pour les pharmaciens grossistes ;
- section D pour les pharmaciens adjoints ;
- section E pour les pharmaciens d'outre-mer.

Par la suite seront rajoutées la section G pour les pharmaciens biologistes et la section H pour les pharmaciens exerçant en hôpital. [2]

Ainsi, le monde pharmaceutique actuel s'est mis en place à la suite des apothicaires en reprenant de nombreuses similitudes telles que l'inspection, la réglementation de la profession, le monopole pharmaceutique et en ajoutant de nouvelles règles comme la limitation des officines et la création de l'ordre des pharmaciens. Le métier de pharmacien a grandement évolué ainsi que les réglementations le composant.

II.2 La réglementation

II.2.1 L'évolution du médicament

II.2.1.1 La réglementation du médicament

La pharmacie et le monopole pharmaceutique se sont affirmés petit à petit grâce à la loi du 21 germinal an XI puis à la loi du 11 septembre 1941. Cependant pour pouvoir définir le monopole pharmaceutique et condamner l'exercice illégal de la pharmacie, il faut donner une définition claire et précise du médicament. Cette définition complexe et précise a posé de nombreuses interrogations et a mis du temps pour s'instaurer pleinement.

Ainsi, plusieurs lois et ordonnances se sont succédées pour établir cette définition. Elle se construit dans un premier temps avec la loi du 11 septembre 1941 aménagée par l'ordonnance de 1959, pour se préciser avec celle du 10 juillet 1975 qui donne l'actuelle définition du médicament : "On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

Sont notamment considérés comme des médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve.

Les produits utilisés pour la désinfection des locaux et pour les prothèses dentaires ne sont pas considérés comme des médicaments.

Lorsque, eu égard à l'ensemble de ses caractéristiques, un produit est susceptible de répondre à la fois à la définition du médicament prévue au premier alinéa et à celle d'autres catégories de produits régies par le droit communautaire ou national, il est, en cas de doute, considéré comme un médicament."

La définition a évolué avec le médicament lui-même. En effet, en 1941 les médicaments étaient exclusivement vendus en officine, il n'y avait pas de grands commerces qui voulaient se les approprier. Donc les seules entorses au monopole étaient celle de charlatans qui feignaient de vendre des médicaments ayant des propriétés pharmaceutiques alors qu'ils n'en avaient aucune. Ils étaient communément appelés médicaments par "présentation".

Par la suite, sont apparues d'autres complications avec les produits diététiques qui n'étaient pas considérés comme des aliments mais comme des médicaments puisque contenant des substances actives. [2] [8]

II.2.1.2 L'origine végétale

A leur genèse, les médicaments étaient issus de plantes. Les apothicaires disposaient d'un jardin proche de leur apothicairerie pour élaborer leurs remèdes. Ils stockaient ensuite les plantes pour les dispenser aux patients sous forme de tisanes ou de décoctions, parfois encore utilisées de nos jours.

Au vu de la grande quantité de plantes à infuser pour obtenir un médicament, les apothicaires ont commencé à préparer des extraits simplifiant ainsi, le stockage et la conservation. Ensuite ces extraits ont été préparés de façon plus industrielle. Ainsi, les jardins et les préparations confectionnées par les apothicaires ont peu à peu disparu. Cette évolution a marqué un pas en avant vers l'industrie pharmaceutique.

C'est au cours du 19^e siècle que la chimie et l'extraction des principes actifs ont pris leur essor. Les pharmaciens et les chimistes ont commencé à découvrir les composés chimiques responsables des activités thérapeutiques des plantes.

Parmi les découvertes principales il est possible de citer la morphine et la codéine, la quinine par Pelletier et Caventou en 1820, la digitaline ou l'ergot de seigle, substances ayant marqué l'histoire de la pharmacie et qui sont à l'origine d'importants médicaments parfois encore utilisés actuellement.

Cependant, bien qu'ils puissent être extraits, les principes actifs purs sont rarement utilisés. En effet les apothicaires continuent encore à utiliser les extraits de plantes qui sont beaucoup moins coûteux à cette époque. [2]

II.2.1.3 L'origine animale

Depuis l'antiquité les hommes utilisent aussi les animaux pour se soigner, soit directement avec les animaux entiers ou seulement des organes, ou les humeurs. L'ensemble de ces pratiques a peu à peu disparu faute de preuve réelle. Il faut attendre la fin du 19^e siècle pour que soient découvertes des substances actives provenant des animaux comme les hormones avec l'insuline ou la thyroxine par exemple. Tous comme les plantes, ces substances actives seront ensuite isolées grâce à l'amélioration des techniques, afin de diminuer le coût et faciliter l'administration. [2]

II.2.1.4 L'origine minérale

Les substances d'origine minérale comme la soude, la potasse, le nitrate d'argent ou l'alcool éthylique restent très peu utilisées jusqu'au 19^e siècle malgré leur efficacité. L'essor de la chimie aboutissant à la synthèse de principes actifs a favorisé la production et le conditionnement. Par exemple, le bicarbonate de sodium utilisé dans le Gaviscon pour traiter l'acidité gastrique est conditionné en sachet. A l'époque synthétiser de nouveaux produits était souvent dû à la sérendipité (découverte due à la chance). Pour exemple, le docteur Fleming découvre la pénicilline par hasard après avoir laissé ses boîtes de Pétri remplies de staphylocoque pendant ses vacances. Suite à cela, il isole la pénicilline dans les moisissures. Par la suite la principale tâche a consisté à reproduire les substances naturelles ou à les améliorer par hémi-synthèse. Cette forme de chimie a permis la découverte du fluor par Henri Moissan. Le fluor est un minéral qui est principalement utilisé pour l'hygiène dentaire. Le fluor est aussi usité en médecine pour ses propriétés anticancéreuses ou pour le diagnostic avec l'utilisation du fluor marqué dans la tomographie par émission de positons (TEP scan). [2] [9]

II.2.2 Les préparations et spécialités

II.2.2.1 les préparations magistrales

Une préparation magistrale nécessite une ordonnance rédigée par un médecin avec une formule à respecter. Avant 1353, les médecins prescrivaient oralement leurs thérapeutiques. A partir de cette date les ordonnances sont devenues obligatoires pour les préparations magistrales. L'apothicaire était tenu de respecter scrupuleusement la formulation écrite par le médecin. [2]

Les préparations magistrales sont définies dans l'article L5121-1 du code de la santé publique comme : "Tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), de l'une des autorisations mentionnées aux articles L.5121-9-1 et L.5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L.5125-1 ou à l'article L.126-2." [10]

II.2.2.2 Les préparations officinales

Une préparation officinale se définit comme : "Tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie" ce qui a donc amené à la création de la pharmacopée et du codex. [10]

L'apothicaire disposait de préparations inscrites à la pharmacopée et au codex, ces préparations étaient confectionnées par lui-même et respectaient les formules établies. [2]

II.2.2.3 Les produits officinaux divisés

Un produit officinal divisé est défini comme suit : "Les drogues simples, les produits chimiques et les préparations stables décrites par la pharmacopée ou par le formulaire national, peuvent être préparés et divisés à l'avance par un fabricant et mis en vente par le pharmacien d'officine." [11]

II.2.2.4 Le codex et la pharmacopée

Le premier véritable codex fût instauré grâce à la loi du 21 germinal 1803, bien que quelques ouvrages aient été rédigés auparavant comme l'antidotaire parût en 1638. Cette première rédaction du codex a été réalisée par plusieurs professeurs des facultés de médecine et de pharmacie. Quinze années ont été nécessaires afin de réaliser cet ouvrage dont le but était de répertorier les formules des médicaments et ainsi de limiter les fraudes et les abus. Avant la finalisation du codex en 1818, le roi LOUIS XVIII a promulgué l'ordonnance du 8 aout 1816 contraignant les pharmaciens à se procurer le codex après publication (Figure 1).

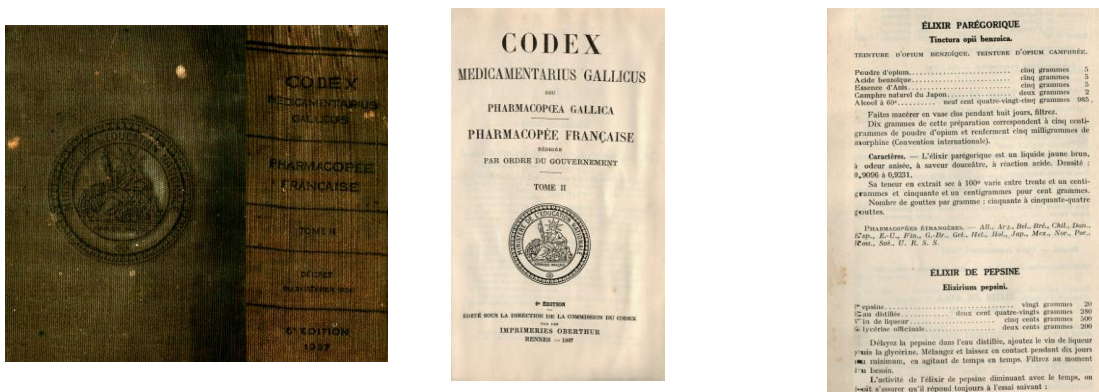


Figure n°1 : dos et première de couverture du CODEX (gauche), page de titre CODEX (milieu) et exemple de formule du CODEX (droite), archive de la pharmacie de la vallée à FLIXECOURT [12]

Rédigé en latin, le codex devait comporter le timbre et la signature du doyen de la faculté ainsi que le chiffre de l'éditeur pour ne pas être considéré comme contrefait (Figure 2).

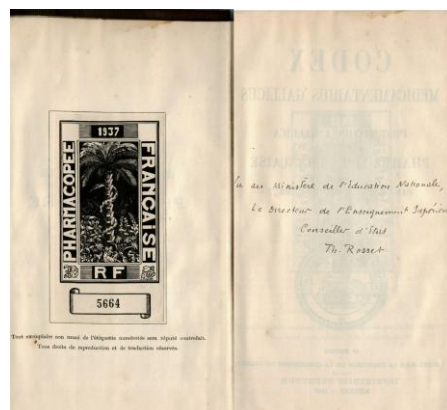


Figure n°2 : page qui prouve la conformité du CODEX, archive de la pharmacie de la vallée à FLIXECOURT [12]

Cependant, ce document connu de nombreux détracteurs et malgré une amende en cas de non détention, les pharmaciens ne se sont pas empressés pour se le procurer. En effet, certains critiquaient tout d'abord le prix élevé d'achat et l'amende en cas de non possession. De plus, la rédaction en latin ne favorisait pas son utilisation. Par ailleurs, le contenu n'était pas toujours adapté avec par exemple, des formules incomplètes voire mal rédigées ou des médicaments absents, ou mal intitulés. [13]

Actuellement le codex s'appelle la pharmacopée. Depuis l'abrogation par le décret n°2017-20 du 9 janvier 2017 - art.2, tout pharmacien titulaire d'une officine n'est plus tenu de détenir la pharmacopée française et européenne. [14]

II.2.2.5 Les remèdes secrets

Les remèdes secrets sont considérés comme toutes préparations qui ne contiennent pas les mentions ci-dessous :

- le nom et l'adresse du pharmacien ayant réalisé la préparation ;
- le nom et la quantité des substances actives contenues dans la préparation.

Les remèdes secrets n'ont pas cessé de proliférer. Les risques pour le malade sont une inefficacité du traitement ou, pire, une toxicité du remède lui-même. Plusieurs décisions, comme interdire les remèdes secrets, ont été prises par le roi pour palier à ce problème. Par la suite, le roi, l'académie royale de police ou le lieutenant de police pouvaient délivrer des licences autorisant la vente de ces remèdes. Cette disposition ne permettait cependant pas de palier au problème de charlatanisme car les licences étaient données à de nombreuses personnes. Par la suite, le roi a créé une commission constituée d'apothicaires pour délivrer des brevets autorisant la vente après une analyse du remède secret.

Les remèdes secrets étaient nombreux. En effet, garder la formule secrète était le seul moyen de garder la main mise sur sa propre création, car il n'existait pas de brevet pour protéger la découverte.

La loi du 21 germinal 1803 marque donc une évolution dans les remèdes secrets. Nous avons vu qu'elle précise que seuls les pharmaciens ont droit de distribuer des remèdes et qu'ils doivent se conformer strictement à l'ordonnance établie. Cependant nous avons pu voir que les déviances et les ventes interdites continuaient surtout avec le clergé.

Avant 1926, tout médicament était considéré comme secret si une des conditions comme la prescription par le médecin, l'inscription au codex, la publication par le gouvernement et par l'académie de médecine n'était pas respectée. C'est le décret du 13 juillet 1926 qui instaure que tout remède est secret dès lors qu'il ne dispose pas sur son étiquette le nom et la quantité des substances actives ainsi que l'identification du pharmacien qui a préparé le médicament. [15]

II.2.2.6 Les spécialités pharmaceutiques

Les médicaments préparés à l'avance et conditionnés ont commencé à se développer dans les années 1900 alors qu'il n'existait pas de réglementation précise. A cette époque les laboratoires faisaient enregistrer leurs substances par un laboratoire de contrôle. Cet enregistrement ne préjugait en rien de l'activité thérapeutique, ni de l'efficacité mais jugeait seulement de la composition et du respect de la quantité. Cet enregistrement peut donc être considéré comme le début des contrôles pharmaceutiques. Par la suite, la loi du 11 septembre 1941 a défini les médicaments préparés et conditionnés à l'avance comme suit : "On entend par spécialité pharmaceutique tout médicament préparé à l'avance et dosé au poids médicinal, présenté sous un conditionnement particulier, portant sa composition, le nom et l'adresse du fabricant et vendu dans plusieurs officines." Cette loi a rendu l'ordonnance obligatoire pour "toute substance vénéneuse", également appelée liste I ou II.

En 1941 la loi instaure la nécessité d'obtenir une autorisation pour pouvoir commercialiser ces spécialités. Il faut avoir l'accord d'un "comité technique des spécialités" (CTS) qui constate les effets et indications du médicament et les contrôles effectués par le laboratoire sur le produit fini et les matières premières. A partir de cette date, le médicament doit répondre à deux principes importants : le médicament ne doit pas nuire à la santé et ses propriétés nécessitent de se démarquer de celles des spécialités antérieures. Ces principes sont encore d'actualité avec la notion de service médical rendu (SMR) qui correspond à l'innocuité et à l'efficacité thérapeutique et la notion d'amélioration du service médical rendu (ASMR) qui compare les nouveaux médicaments aux anciens déjà sur le marché. [2]

II.2.2.7 Le contrôle des spécialités

Le stalinon, médicament utilisé contre la furonculose ayant obtenu un avis favorable du CTS, a été responsable d'une catastrophe sanitaire en 1954. En effet, de nombreux cas d'encéphalite sans fièvre qui causèrent la mort de 100 personnes et l'intoxication avec des séquelles paralytiques de 117 personnes furent rapportées après sa commercialisation. Le problème résidait dans l'insuffisance de recherche sur la toxicité de l'étain, mais aussi avec une précipitation du principe actif qui n'avait pas été contrôlé pour autant. Cette affaire prouve qu'il y avait nécessité à renforcer les contrôles. [16]

L'ordonnance du 4 février 1959 a permis de palier à ce manquement en imposant non seulement un contrôle qualitatif et quantitatif du produit fini par les fabricants, mais également un contrôle des matières premières. De plus, cette ordonnance institue la notion de brevet pour protéger les médicaments. Cependant dans le cas où un fabricant commercialiserait un médicament trop onéreux ou en trop faible quantité, un autre fabricant pourrait obtenir l'accréditation pour le commercialiser. [2]

II.2.2.8 Les génériques

Le décret du 6 mai 1988 transcrit la directive européenne du 22 décembre 1986 qui définit un médicament générique sans préjudice des articles L. 611-2 et suivant du code de la propriété intellectuelle, on entend par : "Spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilités appropriées." [17]

La loi du 29 décembre 2011 précise que le pharmacien doit se conformer strictement à la prescription médicale. Cependant le pharmacien peut substituer la spécialité initiale par un générique lorsque le médecin n'a pas expressément notifié "non substituable". Cette pratique a été modifiée par la nouvelle réglementation de janvier 2020 (cf. III.2.3). Le pharmacien est tenu de noter sur la boîte de générique le nom du médicament princeps pour éviter la confusion chez les patients. [18]

II.2.3 L'industrie pharmaceutique

II.2.3.1 La création et la direction d'une entreprise

La création d'une industrie pharmaceutique fait le lien avec la loi germinal de 1803 qui précise que seuls les pharmaciens peuvent vendre et fabriquer des préparations. Ainsi les industries pharmaceutiques ont dû recruter des pharmaciens pour pouvoir exercer librement. [2]

La création d'une entreprise pharmaceutique peut paraître couteuse. Certains pharmaciens utilisent alors le stratagème de lever des fonds en créant une industrie chimique, ne nécessitant donc pas de pharmacien. Ils produisent les matières premières ne nécessitant pas de pharmacien dirigeant. En parallèle ils créent une autre industrie, dans laquelle exercent des pharmaciens, qui sert à préparer et conditionner les spécialités. Certains pharmaciens quant à eux se spécialisent dans l'industrie chimique pour pouvoir produire suffisamment de principes actifs et les distribuer aux industries pharmaceutiques ou alors pour pouvoir les vendre dans les officines. Un troisième axe s'est développé avec la fabrication industrielle de produits inscrits au codex. Ces médicaments reconnus et utilisés couramment sont fabriqués pour être directement distribués aux officines. C'est ainsi que la fabrication à grande échelle marque la fin des préparations par le pharmacien. [19]

II.2.3.2 L'évolution de l'industrie

Les industries pharmaceutiques ont commencé à se développer au cours du XIXe siècle dans les grandes villes et principalement à Paris. Parmi les industries les plus connues, citons celle des frères Poulenc ou la société de la pharmacie centrale de France. Le modèle utilisé est celui des pavillons où chaque spécialité est répartie dans un pavillon spécifique pour simplifier la fabrication. La mécanisation est encore peu développée et se limite à l'évaporation, la distillation ou même un pilon mécanique.

L'essor de l'industrie a permis la diversification et l'amélioration des techniques d'automatisation avec la mise en place de nouvelles techniques et la mise au point de nouvelles innovations. Les industries ont ainsi permis de produire en plus grande quantité avec une qualité et des contrôles supérieurs à ceux appliqués aux préparations en officines. [19]

En somme, l'industrialisation a révolutionné le monde de la pharmacie et a principalement tourné le pharmacien vers un rôle de dispensation. De plus, suite à ce changement, il a fallu mettre en place un circuit de distribution des médicaments qui n'existait pas ou quasiment pas jusqu'alors.

II.2.4 Les grossistes

II.2.4.1 Les débuts d'une coopérative

La coopérative d'exploitation et de répartition pharmaceutique (CERP) prend naissance en 1919 sous le nom de mutuelle coopérative pharmaceutique rouennaise (MCPR). Un de ses buts était de lutter contre l'industrie en distribuant des médicaments fabriqués par les pharmacies elles-mêmes. Elle n'avait cependant aucun local et aucun personnel. Son autre but en tant que coopérative mutualiste était la mise en place d'une couverture décès et de favoriser le départ en retraite. Elle s'est très vite adaptée avec une croissance importante. La coopérative est devenue petit à petit un grossiste en achetant les médicaments aux industries pour les redistribuer. Elle n'a pas cessé de croître grâce aux progrès technologiques comme le téléphone et l'automobile qui ont notamment permis de faciliter l'approvisionnement.

L'office commercial pharmaceutique (OCP) s'est aussi installé dans les années 1920. La MCPR et l'OCP sont les deux principaux grossistes qui ont marqué l'histoire et sont devenues des entreprises pérennes. [20]

II.2.4.2 La guerre une période difficile

Durant la seconde guerre mondiale, les sociétés de grossistes connaissent quelques difficultés, autant au niveau des locaux qui sont détruits ou incendiés qu'au niveau de l'approvisionnement qui peine faute de stock ou de transport. [20]

II.2.4.3 S'adapter à la croissance

Après la guerre, la situation s'est rétablie doucement. La reconstruction des locaux a pris du temps, mais avec la création de la sécurité sociale et le développement économique, les grossistes n'ont pas cessé de s'épanouir. Leur considérable développement est issu de l'aménagement dans de nouveaux locaux ou en s'agrandissant, en augmentant le nombre d'employés et en se déployant dans d'autres régions de France et même en Europe. [20]

II.2.4.4 Les bonnes pratiques de distribution

Les ordonnances de 1945 ont été complétées par un arrêté du 3 octobre 1962 dans lequel les pouvoirs publics codifient l'exercice de la répartition pharmaceutique, notamment ses obligations de service public sont :

- détenir au moins 90% des références de médicaments ;
- disposer d'un stock suffisant pour deux semaines de consommation ;
- livrer un médicament disponible dans les 24 heures qui suivent la commande ;
- obligation d'astreintes les week-ends et jours fériés pour les médicaments urgents depuis le 24 août 2008.

Partout en Europe, le métier de grossiste répartiteur se développe, d'où la publication de dispositions communautaires en 1992 et 1994. Ces dernières ont été transcrites en droit français par les décrets du 11 février 1998 et de juillet 2000 à travers les Bonnes pratiques de Distribution. Le but est de garantir la qualité du produit jusqu'au patient. L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a donc mis en place un guide de bonne pratique qui regroupe certains points comme :

- la protection contre le vol de médicaments ;
- l'hygiène des locaux ;
- la conformité du produit tant sur la date de péremption, les contrefaçons ou les produits détériorés que du circuit de distribution ;
- la délivrance de produit à une officine dans un délai de 24 heures. [21]

II.2.4.5 Actuellement

En 1965 la MCPR devient l'actuelle CERP Rouen et en 1966 les entreprises installent le premier ordinateur. Actuellement la CERP est principalement présente dans le nord, avec quelques agences au sud et à l'ouest (Figure n°3). [19]

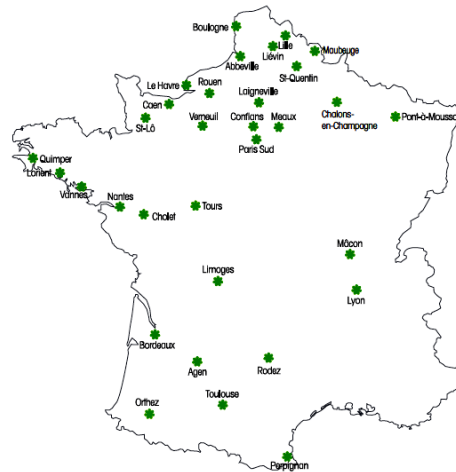


Figure n°3 : carte de la répartition des agences CERP, astéra [en ligne]
<https://astera.coop/PUB/PUB101.aspx> (consulté le 4 mai 2018) [22]

A l'heure actuelle, les principaux grossistes sont la CERP, L'OCP, alliance HEALTHCARE et PHOENIX qui se répartissent la quasi totalité des ventes (Figure n°4).

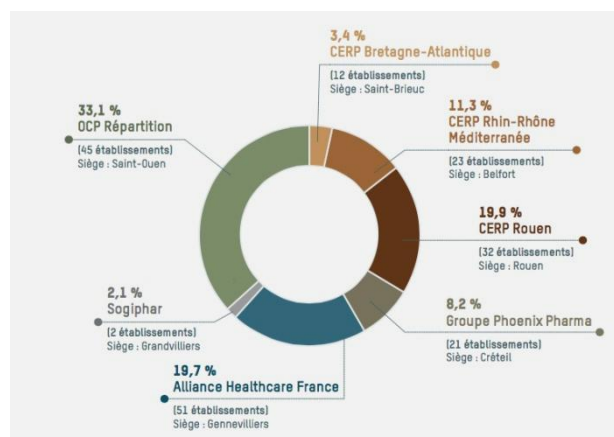


Figure n°4 : pourcentage de chaque grossiste, chambre syndicale de la répartition [en ligne]
<http://www.csrp.fr/le-marche> (consulté le 4 mai 2018) [23]

Leur but est d'acheter en grande quantité et de stocker des médicaments afin de les redistribuer aux officines qui en font la demande. Depuis la charte de 1962 ils doivent respecter certains points comme la livraison effectuée dans les 24 heures, la détention de 90% des médicaments et un stock de deux semaines de vente. Dans chacune de ces institutions la présence d'un pharmacien est obligatoire. [24]

II.2.5 La sécurité sociale

II.2.5.1 Les débuts de l'assistance publique

Après la révolution de 1789, de nombreuses formes de sécurité sociale mises en place par plusieurs lois se sont succédé. Tout d'abord l'aide sociale s'instaure courant XIXe siècle avec une aide sous condition de ressource. Par la suite, des assurances sont mises en place pour les accidents du travail et la vieillesse. Ensuite, pour les salariés, l'assurance maladie et l'assurance maternité sont instaurées. Avant la seconde guerre mondiale, les bases de la sécurité sociale sont établies mais restent fragiles. [25]

II.2.5.2 La création de la sécurité sociale

L'ordonnance du 19 octobre 1945 prévoit la création de plusieurs caisses de la sécurité sociale avec la branche maternité, la branche maladie, la branche invalidité, la branche vieillesse et la branche décès. Mais cette ordonnance peine à s'installer et c'est la loi du 22 août 1946 qui prévoit la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population. Cependant des caisses qui avaient été mises en place avant-guerre pour certaines professions spécifiques ont persisté comme celles des agents de la Société Nationale des Chemin de Fer Français (SNCF), des agriculteurs ou des professions libérales.

Le financement de la sécurité sociale était principalement assuré par les cotisations des salariées. Cependant avec le chômage grandissant depuis quelques années, l'état a mis en place d'autres modes de subvention comme les taxes, la cotisation sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). [25]

II.2.6 Les catastrophes sanitaires

II.2.6.1 Le sang contaminé

Le scandale du sang contaminé est certainement celui qui a le plus marqué les esprits, encore aujourd'hui, et qui a permis de nombreuses améliorations en termes de sécurité sanitaire. Dans les années 1980 le syndrome immunodéficience acquise (SIDA) se développe considérablement sans que son mode de transmission soit connu. C'est en 1984 que le virus du SIDA est mis en lumière. La France met alors en place les dépistages sur les dons de sang, Cependant pour des raisons économiques, les stocks de sang d'une valeur de trente quatre millions de francs ne seront pas dépistés. Cette affaire qui montre l'insuffisance des institutions permet ainsi de créer des instances de contrôle comme l'AFSSAPS ou l'établissement français du sang (EFS), pour contrôler le risque et mettre en place des protocoles de sécurité. [26]

II.2.6.2 Le Distilbène

Le distilbène était un médicament utilisé chez les femmes pour prévenir les fausses couches. Or il a été constaté d'une part que ce médicament était inefficace, et d'autre part, qu'il était responsable de malformations génitales chez les filles exposées *in utero*. Ces malformations entraînent des risques de cancer et de fausses couches lorsque les jeunes filles exposées durant l'enfance parviennent à l'âge adulte. [27]

Ce scandale a montré la nécessité de la conduite d'études avant la mise sur le marché des médicaments ainsi que la nécessité de mettre en place un système de pharmacovigilance.

II.2.6.3 Les hormones de croissance

Certains enfants en déficit d'hormone de croissance ont été traités par des injections de cette hormone extraite des hypophyses prélevées sur des morts.

C'est en 1989 que les premières contaminations par le prion muté, responsable de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, apparaissent. Le scandale réside dans l'extraction de l'hormone de croissance qui provient d'hypophyse de cadavre. Bien que les cadavres ne devaient pas avoir de signes de démence avant la mort, certains d'entre eux étaient quand même contaminés et avaient ensuite transmis le prion.

Le prion découvert dans les années 80 est en fait une protéine qui a muté et est devenue infectieuse. A l'époque le problème réside donc principalement dans l'utilisation de cadavres non sains, ainsi que dans le manque de contrôle des matières premières.

Actuellement le mode de production de l'hormone a changé. En France, l'hormone est purifiée à l'urée alors que, dans d'autres pays, c'est une hormone recombinante produite par des bactéries qui est utilisée. [28]

A la suite de ces scandales sanitaires dont la liste est loin d'être exhaustive, la France a réagi et a mis en place AFSSAPS et la haute autorité de santé (HAS) (*cf. II.8, II.9*) pour sécuriser au maximum les activités de soins.

II.2.7 Les études précliniques, cliniques et l'autorisation de mise sur le marché

Pour juger de l'efficacité et de l'innocuité d'un médicament sur l'homme avant sa commercialisation, des études sur son efficacité et sa sécurité d'utilisation doivent être menées. A la suite de ces études, l'AMM est obtenue.

II.2.7.1 Les études précliniques

Lorsqu'une nouvelle molécule potentiellement bénéfique pour l'homme est découverte, les premières études réalisées sont des études précliniques. Ces études consistent à étudier les effets de la molécule dans un premier temps *in vitro* et dans un second temps chez l'animal dans le but de déterminer son efficacité et son mode d'action. Ces études permettent également d'avoir une première information sur les éventuels effets indésirables et la toxicité qui pourraient survenir chez l'homme. Il faut cependant rester prudent car les effets observés chez l'animal ne sont pas nécessairement extrapolables à l'homme et l'absence d'effet toxique chez l'animal ne préjuge pas d'une possible toxicité chez l'homme

Une fois les études précliniques validées, il est possible de passer aux études cliniques, études conduites sur l'homme. [29]

II.2.7.2 Les études cliniques

Les études cliniques sont sectorisées en quatre phases, les trois premières sont effectuées sur des volontaires, parfois sains, parfois malades et la quatrième est réalisée sur la population générale.

La phase "une" consiste en une administration chez des volontaires sains essentiellement pour vérifier l'absence de toxicité, les éventuels effets indésirables et les caractéristiques pharmacocinétiques de la molécule.

La phase "deux" réalisée sur un petit groupe de patients atteint de la pathologie traitée par le nouveau médicament permet de vérifier l'efficacité et la toxicité du médicament en condition réelle.

La phase "trois" réalisée à grande échelle avec un nombre conséquent de patients permet de comparer deux traitements, celui en essai et le traitement de référence ou alors un placebo, pour vérifier l'ASMR. Les études de phase 3 permettent de déduire l'efficacité et la toxicité c'est à dire le rapport bénéfice risque du traitement.

La phase "quatre" représente l'utilisation du médicament en condition réelle, c'est à dire la surveillance du médicament après sa commercialisation. Cette phase permet de toujours rester attentif aux effets indésirables ou aux risques d'évènements non prévisibles et non mis en évidence au cours des études. Cette phase permet d'identifier les effets indésirables très rares non visualisés au cours des phases précédentes car réalisées sur un nombre trop restreint de patients ou les risques à long terme non visualisés au cours des phases précédentes qui ont une durée limitée. Elle permet également de surveiller l'utilisation du médicament dans des populations particulières, comme par exemple, chez les enfants ou les personnes âgées, populations fragiles et souvent absentes des études cliniques. [29]

II.2.7.3 L'AMM

Comme nous l'avons vu, c'est suite aux incidents survenus avec les produits pharmaceutiques que les pouvoirs publics ont jugé bon de réglementer encore plus strictement la commercialisation des médicaments.

Avant les années 1975, les brevets étaient acceptés par le CTS pour la commercialisation sans véritable observation approfondie. C'est en 1975 que l'Europe a décidé de mettre en place l'AMM basée sur des critères tels que la qualité, l'efficacité et la sécurité. Le dossier d'AMM monté par le laboratoire regroupe les données correspondant aux matières premières, à la fabrication, à la stabilité, mais aussi les données obtenues au cours des études précliniques et cliniques.

Pour évaluer les demandes d'AMM, le ministère de la santé a constitué un comité d'abord "éphémère", mais qui perdure toujours. Ce comité a déménagé dans les locaux de l'AFSSAPS en complément des évaluateurs interne de l'agence. Ce comité est composé de spécialistes du médicament, de toxicologues, de médecins et de toutes autres disciplines nécessaires pour juger la qualité, l'efficacité et la toxicité du médicament. L'AMM permet ainsi de définir le rapport bénéfice risque du médicament. Les travaux du comité ont débuté par l'examen des dossiers des nouveaux médicaments pour s'étendre ensuite à l'examen des médicaments disponibles avant 1975.

La commission a été jugée très compétente et bénéfique. L'AFSSAPS fût créée le 1er juillet 1998 avec de nombreuses autres missions développées dans le paragraphe *II.2.8.2 Ses missions* [30]

II.2.8 L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

II.2.8.1 La création de l'AFSSAPS

L'AFSSAPS a été créée par la loi du 1 juillet 1998 pour assurer le respect des lois comme les bonnes pratiques de distribution, de préparation, de fabrication et tout ce qui touche aux médicaments comme la publicité. Elle assure aussi la sécurité du médicament, des produits cosmétiques, des produits sanguins, des dispositifs médicaux ou de tout autre produit à usage pharmaceutique ou considéré comme tel. [31]

L'AFSSAPS fait suite à l'agence du médicament qui a exercé de 1993 à 1999. Elle a été mise en place pour assurer la sécurité des transfusions sanguines et des médicaments. Ses missions sont d'évaluer les médicaments, de contrôler les produits, leurs publicités et d'inspecter les établissements (laboratoires, grossistes). [32]

II.2.8.2 Ses missions

L'AFSSAPS a de nombreuses missions. Notamment, elle met en place différentes vigilances comme la pharmacovigilance, l'hémovigilance, la matériovigilance, la réactovigilance, la cosmétovigilance. Elle procède à l'évaluation du bénéfice risque des médicaments et autorise leur mise sur le marché. Elle dispose aussi des pouvoirs de police pour inspecter, contrôler et suspendre la fabrication, la commercialisation ou toute autre mission de la chaîne du médicament (vente distribution, conservation).

C'est en 2011 que l'AFSSAPS devient l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Ce changement s'est accompagné d'un renforcement de ses missions. [31]

II.2.9 La HAS

La HAS a été instaurée le 1 janvier 2005 suite à la loi du 13 août 2004. Son but est d'assurer la qualité et l'équité de la santé. Elle est principalement chargée de trois missions :

- évaluation des médicaments, des dispositifs médicaux, des actes des professionnels, le tout d'un point de vue médical et économique ;
- recommandation des pratiques auprès des professionnels dans le but d'une harmonisation, (avec des recommandations de bonnes pratiques, de santé publique, vaccinales) mais aussi dans le but d'une amélioration du parcours et de la pertinence des soins, des outils et programmes pour la sécurité du patient et d'une certification des logiciels d'aide à la prescription ;
- mesure et amélioration de la qualité et de la sécurité des soins avec une certification des hôpitaux et des cliniques, une évaluation des établissements, la mise en place d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins, la mise en place d'accréditations pour les spécialités à risque et l'information des usagers sur la qualité des prises en charges. [33]

Ainsi, après de nombreuses transformations, la pharmacie a abouti à la pharmacie actuelle. L'évolution s'est généralement faite afin de s'adapter face aux problèmes rencontrés. L'officine s'est mise en place au cours de plusieurs siècles. C'est pendant le XIXe et le XXe siècle que les transformations se sont accélérées. L'exercice de la profession et les préceptes établis sont profondément transformés par l'avènement de l'industrialisation, la création de la sécurité sociale ou d'institutions pour assurer la sécurité des soins. Ces changements dans l'exercice de la profession sont loin d'être terminés et nous allons analyser dans la prochaine partie les nouvelles missions du pharmacien de plus en plus centrées sur le patient et la sécurité.

III La pharmacie actuelle

III.1 La modernisation des officines

III.1.1 La technologie

III.1.1.1 Le développement de l'informatique

Vers la fin du XX^e siècle, les premiers ordinateurs commencent à se démocratiser. L'officine comme toutes les autres professions se modernisent rapidement pour passer d'un système de gestion des stocks, de commande, de facturation complètement manuscrite à un système entièrement informatisé comme nous le connaissons à ce jour.

Actuellement, l'informatique permet d'effectuer de multiples tâches comme par exemple la gestion des stocks, repérer les périmés, accélérer la dispensation ou même de stocker tous les registres utiles en officine.

III.1.1.2 Le logiciel de gestion officinale (LGO)

Il existe plusieurs logiciels de gestion officinale comme Smart Rx, winpharma, LGPI pour les principaux. Ces logiciels assistent le pharmacien pour la gestion des commandes en facilitant la vérification du stock, en permettant de voir la disponibilité du produit chez le grossiste et de transmettre la commande directement par informatique. De plus, ces programmes permettent la dispensation en vérifiant l'historique du patient ainsi que les interactions médicamenteuses et de télétransmettre les feuilles de soins de façon sécurisée (cf. III.1.1.4). Le logiciel permet aussi d'enregistrer sur supports informatiques les éléments à conserver, ce qui réduit la place nécessaire par rapport aux dossiers papiers.

De fait, l'officine devient tributaire de l'informatique. Aussi, s'il survient une panne informatique ou un défaut d'alimentation électrique, l'officine est alors dans l'incapacité de répondre aux attentes du patient.

III.1.1.3 Les automates

La technologie évolue continuellement et l'Homme améliore toujours les machines pour simplifier et accélérer les missions qu'il effectue. La pharmacie profite de cette pratique en utilisant des automates principalement pour deux missions, l'une qui consiste à amener les médicaments directement du backoffice au pharmacien, l'autre qui permet la réalisation de pilulier. L'acquisition d'un robot en backoffice contribue à un gain de temps, à augmenter le chiffre d'affaires, à accroître la surface de vente et également à améliorer la qualité de la délivrance. Ces automates se développent principalement dans les grosses et moyennes officines. [34]

D'autres modèles d'automates permettent la réalisation de pilulier. Ainsi, les officines peuvent avoir l'occasion de s'occuper de résidences ou de maisons de retraites. Elles ont alors la possibilité en cas de petite structure, de réaliser les piluliers à la main dans des boites en carton ou en semainier. Actuellement, il existe aussi des automates capables de réaliser des piluliers avec une mise en sachet. A l'heure actuelle, il n'existe pas de rémunération ni de loi qui régleme la préparation des doses à administrer (PDA). Cependant, l'ARS régule et contrôle cette mission pour s'assurer du respect des bonnes pratiques et des recommandations. Bien qu'il n'existe pas de réglementation précise, cela ne dispense pas le pharmacien d'effectuer un travail de qualité et de contrôle. Il doit en effet vérifier la prescription, les chevauchements, observer le plan de posologie avant production, puis inspecter que l'automate a bien mis les bons traitements au bon moment de prise. Le contrôle et la sécurité restent les principaux objectifs de cette mission. L'intérêt est donc d'effectuer un double contrôle à chaque phase critique avant de passer à la suivante. [35]

III.1.1.4 La télétransmission

La télétransmission remplace la feuille de soin toujours d'actualité si l'allocataire ne dispose pas de sa carte vitale. La télétransmission est une procédure informatique sécurisée pour transmettre à la caisse d'assurance maladie les remboursements de l'assuré. Cela permet ainsi d'éviter l'avance des frais par l'allocataire grâce au tiers-payant en officine.

Il faut noter qu'en 1974 a été instaurée la délégation de paiement. Cette pratique était réservée aux gens nécessiteux et leur évitait l'avance des frais. Cependant, la pratique s'est généralisée principalement en officine pour tous les patients. Ce fonctionnement a été facilité grâce à

l'informatique et aussi à la carte vitale. En effet la carte vitale a été créée en 1998 avec une mise à jour en 2007, permettant aux professionnels de santé d'identifier le porteur avec son numéro de sécurité sociale et donc de faire une feuille de soin électronique.

Les avantages de cette pratique sont la rapidité et l'absence de papier qui contribue à réduire les coûts. Les inconvénients peuvent être comme en informatique, les "bugs" ou les pannes. Cependant, le système a beaucoup simplifié la démarche que ce soit pour les patients, les professionnels ou l'administration. [36] [37]

III.1.1.5 Le dossier pharmaceutique

Le dossier pharmaceutique (DP) a été instauré par la loi du 30 janvier 2007 qui a confié son déploiement au conseil national de l'ordre des pharmaciens. Après autorisation par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 2 décembre 2008, il a été autorisé par décret le 15 décembre de cette même année. Le DP a été créé à l'initiative des pharmaciens qui le subventionnent grâce aux cotisations ordinaires.

Le but du DP est de favoriser le bon usage du médicament pour éviter les interactions ou les traitements redondants. Il permet la coordination entre les professionnels de santé et favorise le relais ville/hôpital par l'accès au DP par les pharmacies à usage intérieur (PUI). Lors des retraits des médicaments, le DP aide à cibler les personnes chez qui les traitements ont été délivrés.

Mais en quoi consiste réellement le DP et comment peut-il assurer son rôle ? Il est proposé aux allocataires qui présentent leurs cartes vitales. S'ils acceptent, le DP recense alors tous leurs médicaments délivrés pendant 4 mois, prescrits par le médecin ou délivrés par le pharmacien sans ordonnance. Il recense aussi les vaccins délivrés pendant 21 ans. Il permet donc de vérifier les interactions entre des médicaments prescrits par un médecin avec des médicaments délivrés sans ordonnance en pharmacie. Grâce à cela, le bénéfice réside dans le cas où le patient irait dans plusieurs officines, le pharmacien ayant accès à des interactions non connues sans le DP. Les informations sur la délivrance de médicaments biologiques sont quant à elles conservées pendant 3 ans car leurs innovations et leurs fabrications nécessitent une surveillance particulière.

Actuellement, 38 millions de personnes ont activé leur DP, 99,9% des officines sont connectées. Le seul frein réside dans le fait que seulement 17,5% des PUI ont accès au DP. La mission de relais ville/hôpital est donc limitée.

Le DP permet aussi d'assurer la sécurité de la chaîne du médicament avec la création du DP rupture, DP alerte, DP rappel et DP suivi sanitaire. Le DP rupture expérimenté depuis 2013 et en voie de généralisation permet de signaler les ruptures et de proposer des solutions de substitution pour faciliter le maintien du traitement.

Le DP alerte concerne tous les rappels et retraits de lots. Il permet d'envoyer à toutes les pharmacies en France ou dans une zone géographique précise une alerte qui apparaît sur les postes. Pour passer à la suite le pharmacien est obligé de valider qu'il a bien pris en compte l'alerte.

Le DP suivi sanitaire permet à l'inverse non plus d'envoyer, mais de recevoir anonymement des informations pour assurer le suivi sanitaire de la population. [38]

III.1.1.6 Le dossier médical partagé

Le dossier médical partagé (DMP) est récent. Depuis le 6 novembre 2018 les professionnels de santé peuvent créer des DMP pour leurs patients. Ce dossier informatisé permet de regrouper plusieurs informations telles que les résultats biologiques ou radiologiques, les traitements prescrits, les antécédents médicaux et les comptes rendus d'hospitalisation. Ces documents peuvent être accessibles par différents médecins, spécialistes hospitaliers, pharmaciens ou d'autres professionnels de santé comme les kinésithérapeutes ou les infirmiers.

Le DMP peut être créé avec le consentement du patient soit par un pharmacien, un professionnel de santé, les conseillers de caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou alors par le patient lui-même via le site internet dmp.fr.

Le DMP est sécurisé, le patient dispose d'un identifiant, d'un mot de passe et lorsqu'il se connecte il reçoit un identifiant unique. Le patient peut décider à tout moment de modifier ou de supprimer ses informations ou l'accès au DMP par différentes professions.

Le but du DMP est de centraliser les informations relatives au patient s'il se présente à l'hôpital, chez un nouveau médecin ou même chez le pharmacien. Ces professionnels peuvent

alors consulter son dossier et disposer des informations importantes pour prendre en charge le patient. [39]

III.1.1.7 La télémédecine

La télémédecine utilise l'informatique et la communication pour faciliter les échanges. Elle aide à la communication entre les professionnels de santé et les patients. Le but principal est d'améliorer l'accès aux soins dans les zones touchées par la désertification médicale. La télémédecine prend naissance avec la loi HPST (cf. III.2.1) du 21 juillet 2009, ses termes sont précisés par le décret du 19 octobre 2010.

Il existe 5 télémédecines différentes :

- la téléconsultation permet à un patient seul ou accompagné d'avoir une consultation à distance avec un professionnel de santé. Cette pratique se développe de plus en plus dans les officines avec la mise en place de la téléconsultation grâce à l'avenant 15 de la convention nationale pharmaceutique signé le 6 décembre 2018. Cet avenant fixe les rémunérations pour la participation du pharmacien, mais aussi les obligations de local, d'équipement de vidéotransmission et "d'examen clinique (tensiomètre, oxymètre, stéthoscope et otoscope connectés)" ; [40]
- la télé expertise permet à un professionnel médical de contacter un spécialiste pour approfondir son examen et demander conseil sur la conduite à tenir. Cela évite d'envoyer le patient consulter le spécialiste et réduit le temps d'attente parfois long pour avoir une consultation ;
- la télésurveillance permet à un professionnel de santé de surveiller et d'interpréter les données du patient recueillies à distance. Cette technique évite de mobiliser les patients pour contrôler leur état de santé ;
- la téléassistance ressemble à la télé expertise, elle permet à un professionnel de santé de se faire assister à distance dans la réalisation d'un acte médical ;
- la régulation est une réponse médicale apportée à un patient ou un professionnel lors de l'appel du SAMU, *tel* : 15. [41]

III.1.2 La digitalisation

L'officine se réinvente chaque jour pour faire face à la concurrence. Elle ne déroge pas à la règle de la digitalisation et se convertit dans tous ces domaines. Que ce soit en termes de marketing ou de merchandising, de la vente au patient, la vente d'objet connecté ou la gestion de l'équipe, les officines se tournent vers la digitalisation. [42]

La digitalisation de l'officine consiste à utiliser des outils ou des objets informatiques pour fidéliser la clientèle, automatiser les missions, rendre l'officine plus attractive. "Le digital doit permettre une automatisation des tâches, en supprimant les actions sans valeurs ajoutées, pour redonner du temps pour l'accompagnement et le conseil du pharmacien." Pour mettre en place la digitalisation le pharmacien peut créer un site web ou un site de vente en ligne, proposer la télémédecine à ses patients. Il peut aussi utiliser le merchandising et le marketing digital dans ses locaux avec par exemple la mise à disposition de supports digitaux. [43]

III.1.2.1 La vente sur internet

Tous les pharmaciens titulaires ou gérants d'une officine peuvent depuis le 2 janvier 2013 entreprendre l'exploitation d'un site internet relié à la pharmacie. Les médicaments autorisés sur le site internet sont les médicaments non soumis à prescription obligatoire ainsi que les produits de parapharmacie.

Pour obtenir l'autorisation de vendre des médicaments sur internet, le pharmacien doit disposer d'une autorisation de l'ARS. Après obtention de l'autorisation, il doit informer le conseil national de l'ordre des pharmaciens. Pour éviter toutes fraudes ou vente de médicaments falsifiés, l'ordre national des pharmaciens tient à la disposition des consommateurs une liste des sites internet autorisés en France. Depuis le 1er juillet 2015, pour augmenter la sécurité, les sites internet européens doivent disposer sur chaque page d'un logo qui permet, en cliquant dessus, de vérifier que le site figure sur la liste des sites autorisés. [44]

La vente de médicaments sur internet reste malgré tout assez faible. Seules 2,3% des officines possèdent un site de vente en ligne. Pour faciliter les démarches et ainsi augmenter le nombre de ventes en ligne, le gouvernement souhaite remplacer l'autorisation de l'ARS par une simple déclaration. L'ARS pourrait ensuite contrôler la conformité du site internet. Le stockage des produits dans un autre lieu que l'officine est autorisé depuis le décret du 26 mars 2018. Cette mesure permet aux petites officines de débiter. Mais les pharmaciens et syndicats

sont contre cette mesure qui laisse la porte ouverte à d'autres formes de concurrences tels que "Amazon" ou d'autres concurrents qui demandent également l'autorisation de vendre des médicaments. Le projet est de créer des sites mutualisés, sans afficher les prix, afin que chaque officine se partage le coût du site internet.

Cependant, comme le rappelle Gilles Bonnefond président de l'union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO): " Internet sécurise moins la dispensation du médicament, car il n'y a ni dialogue avec le pharmacien, ni possibilité d'ouvrir le dossier du patient faute de carte Vitale." Les pharmaciens restent principalement hostiles à cette pratique. En effet, le maillage officinal est assez conséquent pour que chacun puisse s'approvisionner sans soucis. [45]

III.1.2.2 Les drives

Le drive est un moyen qui permet au patient de récupérer ses produits en restant dans sa voiture. Cette pratique, qui s'est beaucoup démocratisée dans la restauration ou les supermarchés, commence à faire son apparition dans les officines. Cette pratique ne permet pas forcément de gagner du temps mais elle peut être utile pour les personnes handicapées, les parents avec leurs enfants ou encore ceux toujours plus pressés et adeptes des nouvelles innovations de ce genre. Le drive peut également être associé à un service d'envoi d'ordonnance et le patient vient la récupérer une fois prête. Ce service reste malgré tout très marginal. [46]

III.1.2.3 Le click and collect

Certaines officines proposent à leurs patients d'envoyer leurs ordonnances via une application et de les préparer pour leur éviter l'attente. Il suffit simplement de prendre son ordonnance en photo et de choisir l'officine, ensuite une notification est envoyée quand l'ordonnance est prête à être récupérée. Le patient doit présenter son ordonnance originale pour la faire vérifier et scanner par le pharmacien. Le conseil et le contact avec les utilisateurs de ces services ne doit pas être négligé. Cette pratique permet aux patients d'éviter les attentes et de venir lorsque tous les médicaments sont disponibles. [47]

III.1.2.4 Les applications de suivi de traitement

Les applications et la digitalisation à l'officine permettent aussi au pharmacien de mieux prendre en charge le patient. En effet, il peut faire un rappel de renouvellement pour ses patients chroniques et donner des conseils.

Certaines applications peuvent même être connectées avec le LGO, permettant au pharmacien d'avoir un contact privilégié avec le patient. Par exemple avec LGPI, il y a un logiciel de suivi d'observance (LSO) qui permet au pharmacien de créer un compte sécurisé grâce à la carte vitale. Toutes les informations sont alors accessibles soit par le patient sur l'application, soit par le pharmacien sur le LGO.

L'application permet au patient de centraliser toutes ses données. Il peut y notifier ses allergies, gérer l'agenda avec les rendez-vous prévus avec le pharmacien pour les entretiens. Le patient a également la possibilité de mettre à la disposition du pharmacien ses constantes, ce qui permet une prise en charge personnalisée. De plus avec la digitalisation et les appareils connectés, le dispositif peut directement envoyer les résultats sur l'application. [48]

III.1.2.5 Les piluliers connectés

Pour assurer le suivi et la bonne observance des patients, il existe un pilulier connecté qui permet de prévenir le patient par une alarme sonore et visuelle du moment de prise du médicament en indiquant la case pour plus de facilité. De plus, le pilulier peut envoyer un mail ou un SMS. Ainsi, le pharmacien a la possibilité de vérifier l'observance de ses patients grâce à un site internet. Cela permet une facilité de prise pour les patients car le pharmacien prépare le pilulier. De plus cette pratique assure un suivi d'observance personnalisé. [49]

III.1.2.6 Le merchandising digital

Les pharmaciens ont les moyens d'utiliser la digitalisation avec de nombreuses méthodes dans un but marketing pour rendre leurs officines plus attractives (Figure n°5).

Parmi les techniques utilisées, citons les murs digitalisés (Figure n°6) qui contiennent des écrans qui remplacent les boîtes de médicaments dans les linéaires. Le digital propose aussi d'utiliser les vitrines digitalisées (Figure n°6) avec toujours des écrans pour afficher les promotions, les offres ou les pratiques de la pharmacie comme la vaccination ou les bilans de

médication. Les pharmaciens agencent aussi des tablettes numériques qui permettent aux clients de sélectionner les produits et de lire des informations concernant ce produit. Pour rendre son officine encore plus attractive, le pharmacien peut disposer d'un rayon présentant des produits connectés en lien avec la santé, qui, comme nous l'avons vu précédemment, permet aussi de mieux prendre en charge le patient. [43]

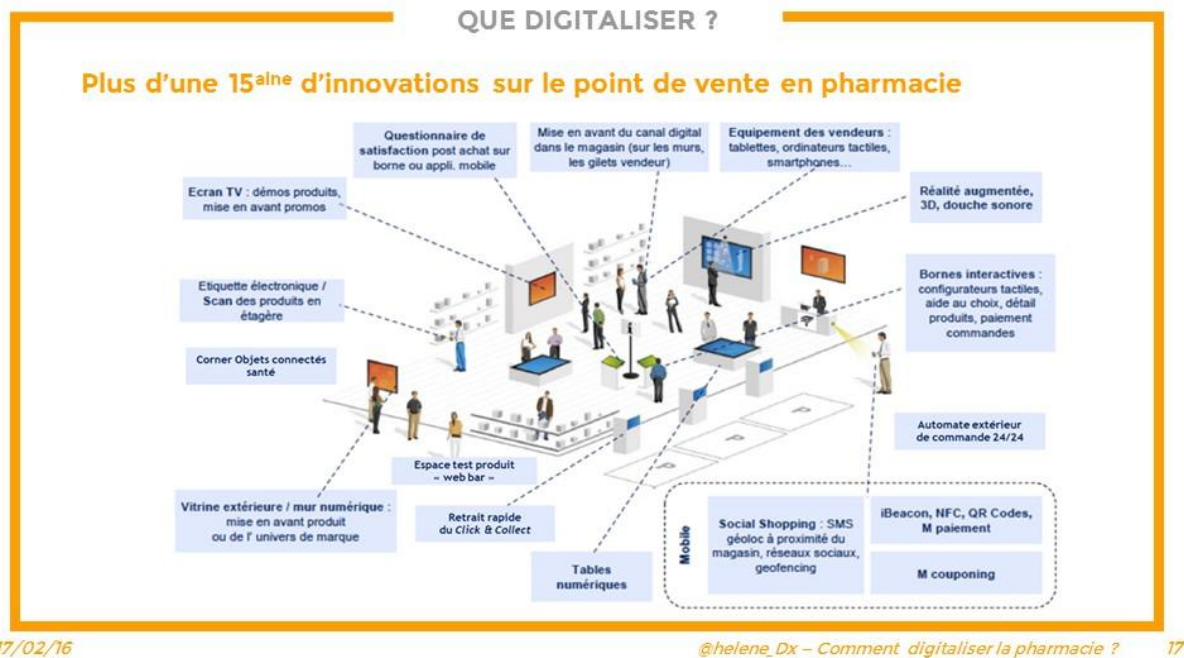


Figure n°5 pharmacie totalement digitalisée, la pharmacie digitale [en ligne]

<https://lapharmaciedigitale.com/enjeux-digital-officine/> (consulté le 27 septembre 2019) [50]



Figure n°6 : mur digitalisé, le quotidien du pharmacien [en ligne] (gauche) et vitrine digitalisée, crown [en ligne] (droite) https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2016/09/07/pharmacie-digitale-une-nouvelle-relation-construire-avec-le-client_249276 (consulté le 27 septembre 2019) [51] ; <https://www.crown.fr/blog/10-raisons-dutiliser-laffichage-dynamique-en-pharmacie-ou-en-parapharmacie/> (consulté le 27 septembre 2019) [52]

III.1.3 La mutation des officines

III.1.3.1 L'évolution des locaux

A la fin du XX^{ème} siècle, les officines ont également évolué en termes de structure en laissant de plus en plus d'espace à la zone clientèle. Apparaissent aussi des pharmacies de plus en plus analogues aux supermarchés voire même aux hypermarchés. Pour exemple, dans la ville du Havre, la plus grande pharmacie de France a ouvert ses portes en avril 2019. Elle couvre une surface totale de 2500m² et possède une surface de vente de 1600m². [53]

Cette pharmacie du Havre ne restera la plus grande de France que peu de temps car, dans la course au gigantisme, une autre pharmacie prévoyant une superficie de presque le double (4200m²) se développe à Roissy-en-Brie. [54]

L'augmentation de la surface de vente permet ainsi d'attirer les clients, en disposant d'un stock et d'un panel de produits beaucoup plus important et de surcroit cela pourvoit l'augmentation du chiffre d'affaires de la pharmacie. En effet, lors de l'analyse des chiffres d'affaires de 2016 à 2019 (cf. tableau n°1, n°2 et n°3) il en ressort trois points remarquables :

- les officines avec un chiffre d'affaires inférieur à 1,1 million d'euros et les officines rurales sont les plus touchées par la diminution des ventes et peinent à résister face aux concurrences des plus grosses officines ;
- l'augmentation du chiffre d'affaires est lié à l'importance de ce chiffre et plus le chiffre d'affaires est important, plus l'augmentation est marquée ;
- les officines implantées dans les centres commerciaux voient leurs chiffres d'affaires s'envoler par rapport aux autres officines, ce qui est certainement dépendant de l'attractivité, des locaux plus spacieux, de la digitalisation et à l'accès facilité par rapport aux pharmacies de quartier.

Tableau n°1 analyse du chiffre d'affaires moyen des officines de 2016 à 2019, synthèse de :
 KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/07/fr-moyennes-professionnelles-pharmacie-24.pdf> (consulté le 11 septembre 2019) [55] ;
 KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2017/06/fr-moyennes-professionnelles-pharmacies-2017.pdf> (consulté le 11 septembre 2019) [56] ;
 KPMG [en ligne] https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2018/06/fr_etude_moyennes_professionnelles.pdf (consulté le 11 septembre 2019) [57] ;
 KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2019/09/fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf> [58] (consulté le 11 septembre 2019) [58]

CA	2016	2017	2018	2019
< 1.1 M€	155 (30.9%)	167 (31.5%)	163 (30.7%)	137 (26.6%)
de 1.1 à 2.2 M€	272 (54.3%)	280 (52.8%)	264 (49.6%)	270 (52.3%)
> 2.2 M€	74 (14.8%)	83 (15.7%)	105 (19.7%)	109 (21.1%)

Tableau n°2 répartition de la localisation des officines de 2016 à 2019, synthèse de : KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/07/fr-moyennes-professionnelles-pharmacie-24.pdf> (consulté le 11 septembre 2019) [55] ;
 KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2017/06/fr-moyennes-professionnelles-pharmacies-2017.pdf> (consulté le 11 septembre 2019) [56] ;
 KPMG [en ligne] https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2018/06/fr_etude_moyennes_professionnelles.pdf (consulté le 11 septembre 2019) [57] ;
 KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2019/09/fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf> [58] (consulté le 11 septembre 2019) [58]

Localisation	2016	2017	2018	2019
Rurale	202 (40.3%)	207 (39.1%)	199 (37.4%)	179 (34.7%)
Urbaine	273 (54.5%)	295 (55.7%)	304 (57.1%)	309 (59.9%)
Centre commercial	26 (5.2%)	28 (5.3%)	29 (5.5%)	28 (5.4%)

Tableau n°3 analyse de l'évolution du chiffre d'affaires moyen des officines de 2014 à 2018, synthèse de :

- KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/07/fr-moyennes-professionnelles-pharmacie-24.pdf> (consulté le 11 septembre 2019) [55] ;
 KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2017/06/fr-moyennes-professionnelles-pharmacies-2017.pdf> (consulté le 11 septembre 2019) [56] ;
 KPMG [en ligne] https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2018/06/fr_etude_moyennes_professionnelles.pdf (consulté le 11 septembre 2019) [57] ;
 KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2019/09/fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf> [58] (consulté le 11 septembre 2019) [58]

Evolution CA	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
< 1.1 M€	-1.4%	-1.6%	0.4%	1.5%
de 1.1 à 2.2 M€	0.2%	0.9%	1.1%	2.2%
> 2.2 M€	1.4%	1.3%	3.1%	3.2%
Rurale	-0.3%	-0.3%	0.5%	2.4%
Urbaine	-0.3%	0%	1.3%	1.9%
Centre commercial	3.1%	5.3%	6.2%	4.1%

III.1.3.2 Le merchandising

Comme nous l'avons vu, l'officine pour maintenir un chiffre d'affaires attractif doit se renouveler pour accroître ses ventes. Pour cela elle applique les techniques commerciales propres à tous commerces. Le merchandising consiste en l'agencement correct des produits par l'équipe officinale dans le but de faciliter et inciter les patients à acheter et par conséquent, d'augmenter le chiffre d'affaires.

Placer les produits que l'on veut mettre en avant à hauteur des yeux ou des mains, remplir les étagères en commençant par le haut tout en limitant les espaces vides sont les fondamentaux du merchandising. Agencer les produits par fonction et afficher les thèmes sont quelques règles pour mettre en place le merchandising. L'équipe doit régulièrement avancer les produits au bord de l'étagère pour rendre l'agencement harmonieux et rassembler les produits similaires. [59]

III.1.3.3 Du médicament à la parapharmacie

La parapharmacie consiste à vendre des produits pour le corps, d'hygiène et de beauté. Ces produits se sont développés dans les années 1980, autant dans des magasins spécialisés que dans les officines. Ce sont aussi bien des produits ou accessoires de cosmétique, d'hygiène et certains produits diététiques. Bien évidemment les magasins de parapharmacie ne peuvent pas vendre des produits réservés à l'usage officinal, mais les officines peuvent vendre des produits de parapharmacie. [60]

La tendance s'oriente vers les grandes pharmacies dont la surface de vente est principalement allouée à la parapharmacie et à l'automédication. A la lecture de l'évolution du chiffre d'affaires du médicament, nous remarquons une baisse significative marquée par la diminution du volume de vente ainsi qu'une baisse des prix des médicaments (tableau 4).

Pour palier à ce manque à gagner, les officines se sont orientées vers les produits de parapharmacie. En effet, nous remarquons une nette évolution du chiffre d'affaires (TVA 20%) issu de la vente de ces produits. Cependant, cette évolution est avantageuse pour les officines de centres commerciaux alors que les plus petites officines ne profitent pas de cette transformation.

Tableau n°4 analyse de l'évolution du chiffre d'affaires en fonction de la TVA de 2014 à 2018, synthèse de : KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/07/fr-moyennes-professionnelles-pharmacie-24.pdf> (consulté le 11 septembre 2019) [55] ; KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2017/06/fr-moyennes-professionnelles-pharmacies-2017.pdf> (consulté le 11 septembre 2019) [56] ; KPMG [en ligne] https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2018/06/fr_etude_moyennes_professionnelles.pdf (consulté le 11 septembre 2019) [57] ; KPMG [en ligne] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2019/09/fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf> [58] (consulté le 11 septembre 2019) [58]

Evolution CA	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
CA 2.1%	-0.6%	-0.8%	0.4%	2.4%
CA 5.5% 7% et 10%	2.6%	3.3%	2.6%	1.2%
CA 19.6% et 20%	2%	4.5%	4.2%	0.9%

III.1.3.4 De la parapharmacie à la grande surface

Dès le développement de la parapharmacie hors officines, un leader se lance rapidement dans la course et cherche à vendre des produits officinaux sans ordonnance. En 1957 Edouard Leclerc dit : "La vente directe au prix de gros des médicaments réduirait notablement le déficit des assurances maladies. Il n'y aurait même plus de difficultés financières dans les caisses." C'est ainsi qu'E. Leclerc est l'un des pionniers dans la vente de parapharmacie et désire pouvoir étendre son panel de produits. Il ne cesse de croître en passant de 36 parapharmacies en 1995 à 201 en 2014. Ainsi, il dispose de la majorité des parts de marché face aux autres grandes surfaces. Dès le début, il recrute des docteurs en pharmacie pour appuyer son objectif. Néanmoins seuls les pharmaciens inscrits à l'ordre sont légitimes. A ce jour, malgré des procès incessants et un avis favorable de l'autorité de la concurrence sur l'ouverture de la distribution des médicaments en grandes surfaces, le monopole officinal reste de mise, mais jusqu'à quand... ? [61]

III.1.3.5 Les autres métiers de la pharmacie

Pour développer leur chiffre d'affaires et rester attractif, les officines se lancent dans de nouvelles missions. En effet, grâce à l'article R 5125-10 du code de la santé publique, les officines sont autorisées à exercer certaines activités spécialisées. Ainsi cet article agrée les activités "d'orthopédie, d'audioprothèse et d'optique lunetterie". Cependant, le pharmacien ayant interdiction de louer ou même de prêter ses locaux à quiconque pour dispenser ces spécialités doit, soit être titulaire des diplômes requis, soit employer un salarié compétant.

Pour exercer ces activités, les officines doivent être séparées du reste des activités et même disposer d'un espace pour que le patient puisse essayer l'orthopédie, l'optique ou l'audioprothèse.

Il faut noter que les pharmaciens sont autorisés à délivrer sans spécialiste, des lunettes loupe ou des lunettes de soleil ainsi que des prothèses auditives pré réglées d'une puissance inférieure à 20 décibels.

Les officines ont souvent l'occasion de faire des partenariats avec des opticiens soit directement ou soit grâce à leurs groupements qui proposent leurs services en optique. Il existe par exemple une collaboration avec Optic&Price qui met à la disposition de l'officine un stock de lunette et accessoire, un opticien ainsi que tout le matériel pour les examens de vue. Ce partenariat est donc assez complet et propose des prestations pour un coût raisonnable. Cela permet à la fois de rendre plus attractive la pharmacie et de combler la perte de chiffre d'affaires des médicaments et même de suppléer au manque d'opticien dans les villes. Malgré tout, ce service reste encore très marginal et peu d'officines y adhèrent. Dans certains cas ces partenariats ne sont pas rentables. [62]

La prise en charge des audioprothèses en officine est encore plus rare. Seules les audioprothèses de série non prises en charge par la sécurité sociale sont à disposition dans les officines sans nécessité de diplôme.

Les audioprothésistes en officines sont peu nombreux. Notons que pour exercer cette activité, il faut disposer à la fois d'un espace dédié et aussi d'une cabine insonorisée ainsi que de tout l'appareillage utile aux mesures. Ces normes et le manque d'attrait des Français pour les audioprothèses sont probablement les causes du faible développement en officine. [63]

III.2 Les nouvelles réglementations

III.2.1 La loi hôpital patient santé territoire (HPST)

III.2.1.1 L'instauration

La loi hôpital patient santé territoire (HPST) a été instaurée le 21 juillet 2009. Cette loi est importante dans l'évolution de l'officine, tout comme la loi du 11 septembre 1941 ou comme nous avons pu le voir les autres grandes lois qui lui ont succédé. Elle tend à affirmer la profession de pharmacien, lui confère de nouvelles missions et met en places de nouvelles institutions pour sécuriser et seconder les actes pharmaceutiques.

Cette loi est organisée en plusieurs titres. Le titre I concerne la modernisation des établissements de santé. Les articles traitent des missions des établissements de santé, de leurs statuts et la modernisation de leur fonctionnement ainsi que des moyens pour améliorer leur coopération. Seuls les titres II à IV concernent de près ou de loin le pharmacien d'officine et nous allons donc les étudier. [64]

III.2.1.2 LE TITRE II

Le titre II considère l'accès de tous à des soins de qualité avec par exemple, l'amélioration de la répartition des professionnels de santé sur le territoire, la permanence des soins avec le service de garde et la coopération entre les professionnels de santé. L'objectif est de placer le patient et la santé publique au centre de la pratique professionnelle. La ligne directrice définit des objectifs importants comme les bilans de médication ou le dépistage.

Les articles 36 et 38 sont très importants et dirigent spécifiquement les missions du pharmacien. L'article 36 instaure les soins de premier recours qui s'articulent autour de :

- "- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé."

Les soins de premiers recours dans leurs rôles préventifs aident à réduire les pathologies et participent ainsi à une économie pour l'assurance maladie. Pour réaliser la prévention et aider les pharmaciens, l'ordre a créé le comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM) qui met à leurs dispositions des documents, des brochures, des affiches et des vidéos. Le dépistage peut ainsi être assuré plus aisément par les pharmaciens.

Le pharmacien assure les soins de premiers recours grâce à la dispensation et le conseil pharmaceutique. Cette mission est l'essence même du métier de pharmacien, mais elle doit être agrémentée de conseil pertinent et de la lecture du DP.

Sous d'autres dispositifs de la mission de premiers recours, en cas d'impossibilité de soin, le pharmacien doit orienter la personne souffrante vers un autre professionnel de santé. Dans les mêmes aspects, le pharmacien, en participant aux campagnes de dépistage du diabète, de dépistage du tabagisme ou de l'obésité, peut permettre d'orienter les patients à risque vers leurs médecins traitants. [65]

Quant à l'éducation pour la santé, le pharmacien peut s'investir activement dans de nombreuses animations pour influencer ses patients. Il peut utiliser les outils du CESPHARM

pour distribuer des brochures ou même créer des animations dans l'officine pour encourager les patients à adopter des comportements bénéfiques pour la santé. Le pharmacien peut aussi réaliser des entretiens pharmaceutiques ou des bilans de médication (cf. III.2.1.3) pour éduquer les patients et les rendre plus autonomes dans leurs traitements.

L'article 38 apporte une clarification de l'article 36, il attribue au pharmacien de nouvelles missions obligatoires pour assurer :

- les soins de premier recours ;
- la permanence des soins ;
- les actions de veille et de protection sanitaire ;
- la coopération entre les professionnels de santé.

Ce même article attribue aussi quatre missions facultatives qui sont :

- d'assurer l'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient ;
- d'être référent d'établissement d'hébergement pour personne âgée dépendant (EHPAD) ;
- d'être pharmacien correspondant pour suivre le patient ;
- de proposer des conseils et prestations de santé.

La permanence des soins est réalisée par les pharmaciens grâce à une bonne répartition des officines sur le territoire et grâce aux gardes effectuées hors des périodes d'ouverture des officines. L'organisation des gardes et du secteur est gérée par les syndicats pharmaceutiques. Pour effectuer les gardes, l'officine doit s'inscrire sur la liste de son secteur et de fait, peut prétendre à une indemnisation pour son astreinte par la CPAM. [66]

Pour assurer les actions de veille et de protection sanitaire, le pharmacien reste vigilant aux alertes transmises par le DP. Il est actif dans la pharmacovigilance en déclarant les effets indésirables des médicaments et participe à l'optimisation du traitement, à la réalisation des entretiens pharmaceutiques ou des bilans de médication (cf. III.2.1.3).

La coopération entre les professionnels de santé, toujours dans un but sanitaire, cherche à améliorer la prise en charge du patient en limitant le risque de iatrogénie. Cette coopération

entre les professionnels de santé sera aidée avec le développement du DMP ou du DP pour la coopération entre les pharmaciens.

Avant la loi HPST, le pharmacien effectuait déjà des gardes ou des actes de prévention et ces nouvelles missions obligatoires sont de fait reconnues et inscrites dans la loi. Nous allons maintenant détailler les missions facultatives que chaque pharmacien devrait accomplir. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) sera détaillée plus amplement au niveau du titre III.

Le pharmacien référent en EHPAD concourt à gérer la préparation et la distribution des traitements tout en s'assurant de leurs bonnes conservations. Il s'occupe également des dispositifs médicaux et de la formation du personnel. Il peut aussi proposer la PDA pour sécuriser encore plus le circuit du médicament. [67]

Le pharmacien correspondant exerçant au sein d'une équipe de soins est désigné par le médecin traitant (ou avec accord de celui-ci) pour ajuster la posologie, renouveler le traitement et même prescrire des bilans biologiques pour suivre un patient. Il est évident que le pharmacien doit informer le prescripteur de toutes modifications effectuées. Cette avancée est une importante prise de pouvoir du pharmacien vers une meilleure prise en charge. [68]

Dans la loi HPST, les conseils et prestations de santé cités sont sans nul doute les entretiens pharmaceutiques ou les bilans de médication, la vaccination mais aussi l'orientation des patients vers l'éducation thérapeutique. Toutes ces mesures seront décrites dans le titre III.

III.2.1.3 Le TITRE III

Le titre III prévention et santé publique s'articule autour de l'ETP avec la prévention et le dépistage des maladies chroniques, la vaccination et l'amélioration de la santé publique.

L'instauration de cette loi a permis la mise en place des entretiens pharmaceutiques. Cependant il a fallu attendre l'avenant 1 en vigueur le 10 janvier 2013 pour la mise en place des entretiens des patients sous anticoagulant et l'avenant 4 du 3 décembre 2014 pour l'accompagnement des patients asthmatiques. L'objectif de ces entretiens est d'accompagner le patient dans l'initiation du traitement en favorisant l'observance et l'évaluation du traitement. Pour faciliter une meilleure prise en charge et une éducation thérapeutique, le pharmacien vérifie les posologies, l'utilisation, les précautions d'emploi, la substitution et la

nécessité de l'observance. Le dispositif est mis en place pour les patients sous anti vitamine K ou anticoagulants oraux directs, ainsi que pour ceux sous corticoïdes inhalés pour une durée d'au moins six mois. Deux rendez-vous sont à programmer dans l'année. Le premier consiste à informer le patient et à dispenser des informations, alors que le deuxième permet de vérifier la bonne compréhension, l'observance et la bonne utilisation des médicaments. Ces bilans novateurs qui placent le pharmacien comme acteur dans l'éducation et l'amélioration de la prise en charge du patient lui donnent encore plus de pouvoir. En effet, nous pouvons remarquer un lien entre la bonne compréhension et l'observance. Cependant, ces entretiens sont assez chronophages pour les pharmaciens et il peut aussi en résulter une rivalité avec les médecins qui n'apprécient pas forcément la réalisation du bilan par le pharmacien. [69][70]

Cette loi entrée en vigueur il y a quelques années offre de nouvelles perspectives. Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge, les pharmaciens peuvent également réaliser des bilans partagés de médication. Ces bilans ont été notifiés dans l'avenant 12 du code de la sécurité sociale entré en vigueur le 17 mars 2018. L'objectif est identique aux entretiens pharmaceutiques, à savoir améliorer la prise en charge et éduquer le patient pour le rendre plus autonome et observant. Ces bilans sont proposés aux patients ayant un minimum de cinq traitements prescrits pour une durée de plus de six mois, ils doivent avoir plus de 65 ans avec une affection de longue durée ou plus de 75 ans. Le protocole comporte aussi deux entretiens. Le premier entretien permet de recueillir les informations (traitement, bilan biologique, pathologie) et permet au pharmacien de faire une synthèse et de proposer des améliorations ou un changement du traitement au médecin. Le deuxième entretien permet de faire part au patient des analyses, de dispenser des conseils adaptés et de vérifier l'observance du traitement. Toujours dans l'intérêt de santé publique, cette nouvelle mission est bénéfique mais rencontre les mêmes inconvénients que les entretiens pharmaceutiques. [71]

Toujours dans le but d'améliorer la santé publique, les pharmaciens ont actuellement le droit de vacciner contre la grippe. Après une expérimentation depuis 2017 dans plusieurs régions, la généralisation est effective pour la campagne de vaccination de 2019-2020. Cette mesure a pour but d'améliorer la couverture vaccinale assez faible de la grippe, ce qui cause de nombreux cas de décès chaque année. Les pharmaciens sont assez sensibles à cette mesure puisque beaucoup de personnes se font vacciner en officines. Pour pouvoir vacciner, il faut disposer d'un local de confidentialité et avoir déclaré son activité à l'ARS. Seuls les pharmaciens ayant effectué une formation agréée ont le droit de vacciner. Actuellement seul le vaccin contre la grippe peut être effectué en officine et uniquement sur les personnes

ciblées par les recommandations, à savoir les personnes de plus de 65 ans ou atteinte de pathologies chroniques, ainsi que les femmes enceintes, l'entourage des nourrissons ou l'entourage des personnes immunodéprimées. [72]

Lors de l'expérimentation de 2018-2019 dans quatre régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de France, Nouvelle Aquitaine et Occitanie), ce sont 730 370 personnes qui se sont faites vacciner en officines et parmi eux, 169 000 ont été des primo vaccinant. L'article L5125-1-1A du code de la santé publique fixe la liste de vaccinations que les pharmaciens d'officines peuvent effectuer. C'est un point important qui permet d'améliorer la couverture vaccinale malgré la colère de certains médecins et surtout infirmiers. La vaccination en officines montre un engouement important pour la campagne de vaccination de 2019-2020, environ 2 millions de personnes se sont fait vacciner en officines au 21 novembre, pour 9 millions de vaccins délivrés. [73] [74]

Le dépistage est un point important de la santé publique, car il permet de prendre en charge le patient et de traiter les maladies chroniques afin d'éviter un coût important pour la société. Le dépistage peut être réalisé par le pharmacien afin de repérer les facteurs de risques et d'inciter les patients à changer leur mode de vie. Depuis le 1er août 2016, un arrêté autorise le pharmacien à réaliser plusieurs tests diagnostics. Le test oro-pharyngé est utilisé pour détecter les angines ou pour détecter la grippe et le test capillaire pour déterminer la glycémie. Ce dernier peut être important pour dépister les diabétiques. Mais il peut être réalisé par le pharmacien uniquement lors des campagnes de prévention du diabète. [75]

Hormis les dépistages biologiques qui restent assez restreints, les pharmaciens peuvent s'investir activement dans le dépistage comme dans les hauts de France où est mis en place un dépistage ciblé sur les maladies cardiovasculaires. Les pharmaciens doivent être formés pour ce dépistage et sont ainsi rémunérés par l'ARS. Cette expérimentation s'avère pertinente. En effet, sur 471 patients dépistés, 373 ont été orientés vers leurs médecins à la lecture de valeurs anormales, telle que l'IMC, le tour de taille, un cholestérol élevé, une glycémie ou une tension anormale. [76] [77]

Une autre campagne de dépistage dans la même zone a porté sur les maladies rénales. Une maladie rénale a été décelée chez 11 patients sur 251 dépistages. Le dépistage en officine peut concerner de nombreuses maladies différentes ou de nombreux facteurs de risque. Parce qu'ils

sont plus accessibles par les populations, les pharmaciens doivent devenir acteurs en améliorant ainsi la prise en charge. [78]

III.2.1.4 Le TITRE IV

Le titre IV avec la création des ARS qui centralisent le système sanitaire et les décisions au niveau régional est sans doute l'une des avancées les plus importantes de l'organisation territoriale du système de santé. Les agences ont pour mission :

- de mettre en place une politique de santé publique. Elles assurent cette mission en mettant en place une veille sanitaire, en organisant les urgences sanitaires, en assurant la gestion des crises et la promotion de la santé, et en inspectant et contrôlant les règles d'hygiène ;
- de réguler, d'orienter et organiser l'offre de santé grâce au contrôle et à l'évaluation des professionnels de santé, à la vérification d'une répartition territoriale satisfaisante, à la surveillance de la qualité et de la sécurité des actes médicaux.

Les ARS agissent et pilotent la santé dans sa globalité. Elles permettent la mise en place des actions de prévention ciblées par rapport aux besoins territoriaux ou à des populations spécifiques (par exemple, la prévention de la perte d'autonomie pour les personnes âgées et permettre la prévention et l'accès aux soins pour les personnes démunies).

Pour la gestion des crises sanitaires, les ARS ont mis en place des cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire qui s'occupent de toutes les maladies à déclaration obligatoire, des maladies infectieuses et des pathologies liées à l'environnement ou au travail. Les cellules de veilles envoient les informations qu'elles ont traité, vérifié et synthétisé aux ARS.

La prévention s'articule aussi autour du contrôle des établissements de santé et des risques liés à l'impact de l'activité humaine sur l'environnement avec la qualité de l'air, les rayonnements ionisants ou les déchets de soins à risques infectieux. Le contrôle de toutes les eaux, que se soit de baignade, de consommation ou alors l'eau utilisée dans les cures thermales est un autre point important de la prévention.

En somme les ARS ont de nombreuses activités qui regroupent les différents domaines qui touchent de près ou de loin à la santé et aux risques pour la santé. [79]

III.2.2 La qualité en officine

III.2.2.1 L'instauration

Comme nous l'avons déjà vu, le monde du médicament et tous ses acteurs sont régulés par des lois et des règles de bonnes pratiques pour assurer une qualité et une sécurité du médicament. Bien que les bonnes pratiques soient sensées être appliquées par tous, la démarche qualité reste un plus qui n'a aucune autorité. Cependant de plus en plus de pharmacies s'orientent vers la certification iso 9001. En effet, l'ordre des pharmaciens incite la pharmacie à réfléchir et à s'engager dans une démarche de qualité. Ils ont ainsi créé un site d'évaluation qualité officine (EQO) qui permet à chacun de mesurer et d'améliorer la qualité de son officine sans sanction. Au cours des années à venir, l'ordre désire motiver la démarche qualité de toutes les officines. Des pistes de réflexion sont en cours pour assurer le développement de la démarche qualité, apporter une aide pécuniaire ou logistique et mettre en place un dispositif pour le déploiement de la démarche qualité. [80]

III.2.2.2 La démarche qualité

La qualité aide au fonctionnement et donc réduit les coûts, fidélise le client, permettant ainsi d'augmenter les parts de marché. Elle repose sur plusieurs techniques ou aides qui peuvent être utilisées. Tout d'abord, il faut repérer un problème ou l'anticiper. Ensuite il est nécessaire de planifier des mesures pour y remédier, puis ces mesures sont appliquées et pour finir contrôlées. Après le contrôle, le processus recommence si des améliorations sont nécessaires. Cette technique fait référence à la roue de Deming qui comporte 4 cases : planifier, mettre en œuvre, vérifier et corriger.

Pour mettre en œuvre la démarche qualité, plusieurs outils sont disponibles, comme le diagramme d'Ishikawa qui permet d'analyser les causes *a priori* ou *a posteriori* d'une action. Il est composé de 5M avec des moyens à mettre en œuvre pour améliorer la qualité.

Prenons pour exemple une perte de fréquentation qui peut marquer une clientèle mécontente, il est possible de dresser le diagramme suivant (Figure n°7).

Projet d'amélioration du taux de satisfaction du service client d'une entreprise

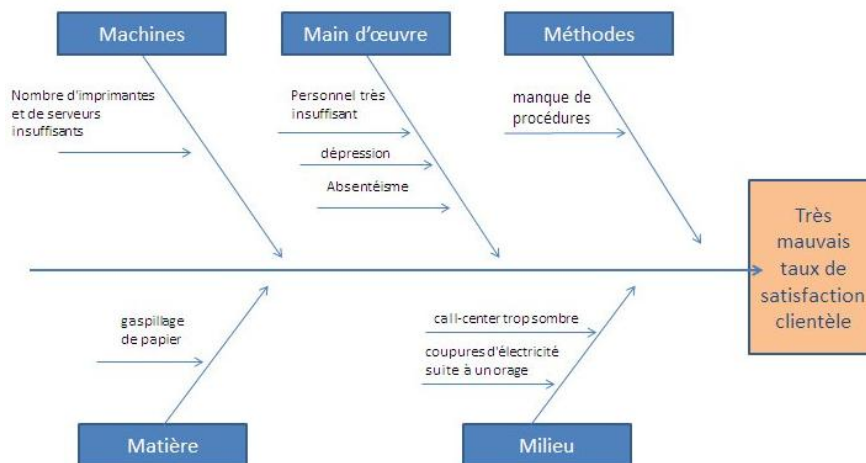


Figure n°7 : diagramme d'Ishikawa d'une clientèle mécontente, blog gestion de projet [en ligne] <http://www.blog-gestion-de-projet.com/comment-appliquer-le-diagramme-ishikawa-a-la-gestion-de-projet/> (consulté le 11 décembre 2019) [81]

Les pharmaciens peuvent aussi utiliser le QQQQCP qui est l'acronyme de "Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?". Il permet de définir précisément les causes du problème et ainsi de mettre en place des mesures correctives.

D'une autre façon, le diagramme de Pareto peut être utilisé pour analyser les causes principales et de ce fait, réduire considérablement les incidences. Ce diagramme est moins utilisé en pharmacie car il nécessite de répertorier précisément les causes et le pourcentage d'erreur. Il repose sur la théorie que 20% des causes sont responsable de 80% du problème, permettant ainsi de s'intéresser aux causes les plus importantes pour réduire considérablement les erreurs.

Pour finir, la réalisation de procédures permettant d'harmoniser les moyens et de limiter les erreurs afin de faciliter le travail en équipe est relativement courante en officines. Les procédures peuvent être agrémentées de logigrammes qui secondent le choix en fonction des besoins.

Finalement, la qualité place toujours le patient au cœur du métier en limitant les risques tout en améliorant la prise en charge. [82]

III.2.3 Les génériques

Les médicaments génériques sont apparus dans les années 90. Bien qu'ils soient affectés par le manque de succès et la méfiance de certains patients, ils se sont peu à peu instaurés en passant de 4,4% en 2000 à 36% en 2016 sur la totalité des spécialités remboursables. Cette évolution est due d'une part aux industriels qui fabriquent toujours plus de médicaments génériques et d'autre part aux pouvoirs publics qui incitent à la prise de ces génériques.

Le médicament générique contient la même quantité en principe actif, la même galénique et la même pharmacocinétique que le médicament de référence. De ce fait le médicament générique est sensé réduire les coûts car il n'a pas nécessité la recherche et le développement onéreux. De ce fait, aucune différence significative n'existe entre le princeps et le générique, hormis les excipients. Malgré la preuve de similitudes, les patients restant peu enclins à s'orienter vers les génériques, les pouvoirs publics ont donc peu à peu durci les règles.

En effet dès l'an 2000, le droit de substitution a été instauré, permettant au pharmacien de délivrer un générique même lorsque le médecin a écrit le médicament de référence. De plus, la caisse d'assurance maladie a incité les professionnels de santé à prescrire et dispenser les médicaments génériques en leur attribuant des primes sur objectif. La mise en place d'un tarif forfaitaire de responsabilité qui contraint le patient de payer la différence du médicament de référence par rapport à celui du générique ou encore l'exécution du tiers-payant contre générique sont des mesures qui incite la prise du générique. [83]

Malgré cela, les patients qui refusent les génériques restant trop nombreux, à partir du premier janvier 2020 la sécurité sociale a mis en place une nouvelle réglementation très stricte. Les médecins devront justifier la mention non substituable en fonction de trois critères différents qui sont :

- les médicaments à marge thérapeutique étroite qui sont les antiépileptiques, le lévothyrox, les immunosuppresseurs ou la buprénorphine. Les médecins devront préciser la mention non substituable pour les patients stabilisés par le signe "MTE" ;
- les médicaments prescrits chez l'enfant de moins de 6 ans lorsqu'aucun générique n'est adapté à la forme galénique par rapport au médicament de référence. Les médecins devront préciser la mention "EFG" ;

- les médicaments présentant un excipient à effet notoire, dont le patient présente une contre indication. Les médecins devront préciser la mention "CIF".

Hormis ces cas précis, si le patient refuse le médicament générique et demande le médicament de référence, il ne pourra pas, comme avant, bénéficier du tiers-payant, mais, en plus, il sera remboursé sur le prix du générique le plus cher. Cette mesure très restrictive est sensée augmenter considérablement la part des médicaments générique dans la population française. [84]

III.2.4 La sérialisation

Cette mesure a pour but de renforcer la sécurité du médicament en limitant les contrefaçons sur le marché français et européen. En effet, les médicaments seront munis d'un dispositif antieffraction ainsi qu'un identifiant unique sur chaque boîte. Sensée être appliquée à partir de février 2019, la sérialisation rencontre des soucis d'ordre technique. Elle prendra donc effet probablement courant 2020. Les étapes de cette opération consistent donc à lire le code data matrix dont le numéro unique est comparé à une base de données pour en vérifier l'authenticité, puis ce numéro est désactivé. Ce dispositif est en test depuis plusieurs années et malgré tout, lors de son lancement, aucun pharmacien n'a réellement été informé. De plus, les logiciels informatiques n'étaient pas prêts. [85]

III.2.5 La dispensation protocolisée

Afin d'assurer la continuité des soins, les officinaux sont souvent confrontés à des patients qui présentent des maladies courantes. Ils ont besoins de médicaments sur ordonnance et sont parfois dans l'impossibilité de voir un médecin rapidement. La dispensation protocolisée est sensée remédier à la désertification et permettre au patient d'être pris en charge rapidement. Elle peut uniquement être réalisée dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Les pathologies sont particulièrement les cystites, les conjonctivites ou même les angines dont le protocole sera complété par la réalisation du test oro-pharyngé. Un groupe de travail administré par la direction générale de l'offre de soins commencera les expérimentations en 2020 pour établir et valider les protocoles. Les protocoles nationaux seront décrits dans l'article 30 de la loi de santé sur les coopérations interprofessionnelles. Cependant, il existe déjà des protocoles régionaux décrit dans l'article 60. Il sera difficile pour les pharmaciens de faire le choix. Pour exemple, les premiers protocoles déjà présentés sur la

cystite tout comme l'examen lombaire nécessitent des actes médicaux. Or le pharmacien n'est pas apte à réaliser ces actes. De plus, il reste encore à définir la tarification de ces protocoles. Malgré tout, l'officine tend toujours plus vers une meilleure prise en charge du patient et une politique de premier recours tel que décrit dans la loi HPST. [86]

En somme, les officines ont évolué autant sur le point technique que commercial pour s'adapter à leurs environnements et à la concurrence toujours plus présente. Ce qui fait la différence entre une officine moderne et une officine contemporaine réside principalement dans l'utilisation des technologies pour améliorer la prise en charge et s'adapter aux nouvelles missions qui incombent au pharmacien actuel. En effet, la loi HPST est un acteur majeur de la pharmacie d'aujourd'hui et trace une ligne conductrice commune à toutes les nouvelles missions qui précèdent cette loi et même celles à venir.

IV Les perspectives d'avenir

Comme nous l'avons vu, la transformation indiscutable de la pharmacie prend encore plus d'ampleur depuis le début du XXI^e siècle. Ainsi, nouvellement en France, les pharmaciens peuvent acquérir d'autres responsabilités pour mieux prendre en charge les patients. Mais, hors de nos frontières, les pharmaciens ont encore plus de missions. Nous allons donc découvrir les extensions possibles aux missions déjà existantes, mais aussi à celles confiées aux pharmaciens d'autres pays.

IV.1 Le renforcement des mesures déjà existantes

IV.1.1 L'extension du champ d'application

IV.1.1.1 La substitution

La loi sur les génériques étant durcie, les pharmaciens substituent beaucoup plus les médicaments. Mais l'arrivée de nouveaux médicaments biologiques aux coûts élevés pèsent sur la prise en charge. Ces médicaments comme "humira", "herceptin" ou "lantus" peuvent prendre en charge différentes pathologies, allant du traitement des maladies inflammatoires chroniques, du cancer ou du diabète. Les médicaments biologiques, par leur mode de fabrication différent des médicaments princeps, ne sont pas généricables. En effet, ils sont fabriqués grâce au génie-génétique, en utilisant une source biologique, qui produit des molécules spécifiquement choisies. Les médicaments biologiques étant beaucoup plus complexes et caractéristiques, il existe une variabilité avec les bio similaires et de ce fait, ils ne peuvent pas être substitués par le pharmacien. [87]

Pour avoir l'autorisation de commercialiser un bio similaire, le laboratoire doit faire plusieurs analyses pour prouver la similarité entre les deux médicaments. Ensuite il doit réaliser une étude clinique dans au moins une indication du médicament, l'extension aux autres indications pouvant être accordée par les autorités. Il existe des études de comparaison qui montrent que les bio similaires sont équivalents en terme d'efficacité, de sécurité et d'effets indésirables. C'est pourquoi dans certains pays la substitution est autorisée comme en Australie et parfois autorisée sous la supervision d'un professionnel de santé comme en Italie ou en Finlande. [88]

IV.1.1.2 La vaccination

La vaccination antigrippale par les pharmaciens est un succès aux vues du nombre important de patients vaccinés en officines. L'amélioration de la couverture vaccinale contre la grippe est bénéfique pour la santé publique. Mais la couverture vaccinale pour les autres pathologies reste parfois faible, surtout pour les adultes. Par exemple, pour les vaccins principaux nécessitant des rappels, comme les vaccins contre diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite, la couverture, d'environ 96% pour les enfants de 9 mois, baisse à 90% pour les enfants de 11 ans, puis à 50% chez les patients de plus de 16 ans et même 44% pour les plus de 65 ans. Le problème semble donc résider surtout dans les rappels et le manque d'implication des patients et des médecins. [89]

D'autres pays européens tels que le Royaume-Uni, le Portugal, l'Irlande et la Suisse ont initié la vaccination en officine en commençant par la grippe, puis l'ont étendue à d'autres vaccinations, voire à toutes. L'application de cette mesure est variable d'un pays à l'autre et permet de vacciner toute la population ou uniquement les adultes, avec une ordonnance ou sans ordonnance. Dans tous les cas, la vaccination nécessite une formation du pharmacien. Bien évidemment, la couverture vaccinale a été améliorée dans tous ces pays. Il faut noter aussi que les patients sont majoritairement satisfaits de la vaccination par leurs pharmaciens. La France qui commence par la vaccination antigrippale proposera-t-elle aussi la vaccination pour d'autres indications ? [90]

IV.1.1.3 Les bilans partagés de médication

Les bilans partagés de médication sont réalisés pour les patients âgés et polymédiqués. Il est évident que le nombre de pathologies et de prise de médicaments augmente avec l'âge. Les bilans de médicaments sont justifiés par le manque d'observance des sujets âgés. Par exemple, une étude a révélé que parmi les diabétiques de plus de 65 ans, 37% ne sont pas observants. L'éducation thérapeutique permet ainsi d'améliorer l'observance. [91]

D'après la Figure n°8, nous remarquons certes un pourcentage important de pathologies à partir de 65, mais les tranches d'âge de 45 ans jusqu'à 64 ans représentent une part non négligeable de patients chroniques à l'officine.

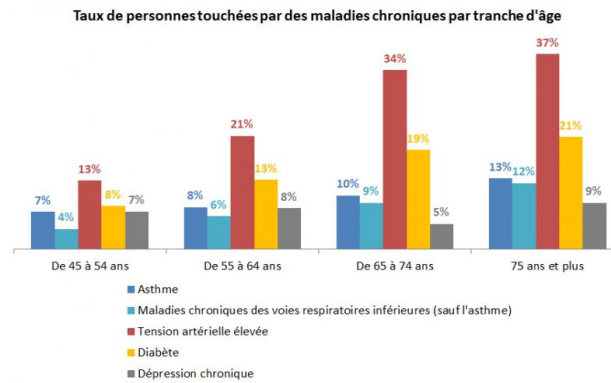


Figure n°8 : taux de pathologies chroniques en fonction de l'âge, L'observatoire des seniors [en ligne] <http://observatoire-des-seniors.com/37-des-plus-de-75-ans-sont-touchees-par-lhypertension-en-france/age/> (consulté le 23 janvier 2020) [92]

Pareillement, les patients jeunes atteints de pathologies chroniques prenant des traitements en continu ne sont pas forcément plus observant. En effet, "48% : c'est la part des diabétiques de type I qui ne sont pas observant (moyenne d'âge 40 ans) et 60% des patients atteints de maladies chroniques, âgés de 28 à 45 ans, ne respectent pas les consignes d'observance". [93]

Aux vues de ces chiffres, les pharmaciens peuvent s'interroger sur l'intérêt d'étendre les bilans de médication à tous les patients polymédiqués et même à tous patients chroniques qui souffrent d'inobservance. L'intérêt serait de revoir avec eux les médicaments utilisés, de la nécessité de l'observance ainsi que des risques à long terme, puis d'insister sur les règles hygiéno-diététiques. Bien entendu cette extension d'application nécessiterait l'implication de tous les pharmaciens pour réaliser ces missions.

IV.1.2 L'extension de la rémunération

Certaines fonctions comme le refus de délivrance ou l'opinion pharmaceutique sont d'actualité en officine et malgré qu'elles ne soient pas rémunérées en France, nous constatons que dans d'autres pays, elles le sont.

IV.1.2.1 Le refus d'exécuter une ordonnance

A la fois commerçant et acteur de santé, le pharmacien doit exercer son indépendance professionnelle en refusant la dispensation lorsque l'intérêt du patient l'exige. De ce fait, une potentielle rémunération permet de valoriser le refus mais aussi d'inciter plus facilement les pharmaciens à refuser la délivrance. [94]

Dans la loi 41 au Québec (cf. IV.2.3), les raisons possibles de refuser d'exécuter une ordonnance sont listées comme une surconsommation, un dosage faible ou trop élevé ou encore une intolérance ou une allergie antérieure. Cependant au Québec, les refus de délivrance d'ordonnance sont rares car les pharmaciens peuvent aussi faire des opinions pharmaceutiques rémunérées. Ils ont aussi la possibilité de changer, adapter les médicaments ou la posologie, ce qui en France n'est pas encore possible. Par conséquent, la rémunération pour le refus d'ordonnance prendrait alors tous son sens en France. En effet, elle permettrait d'éviter le mésusage du médicament et de réduire pour la société le coût lié à la iatrogénie ou à un manque d'efficacité. [95]

IV.1.2.2 L'opinion pharmaceutique

L'opinion pharmaceutique s'inscrit dans un esprit de qualité et de la traçabilité pour assurer une sécurité du médicament. Le pharmacien devrait rédiger une opinion pharmaceutique dès qu'il estime que le prescripteur doit être informé d'une interaction, d'une contre indication importante ou d'un ajustement de posologie dont il n'aurait pas connaissance. L'opinion pharmaceutique trop chronophage pour la rédaction et le classement n'est que très rarement utilisée en officine. En règle générale, les pharmaciens appellent directement les prescripteurs pour avoir des informations ou les aviser d'un problème. Lors de la rédaction, le pharmacien devrait reporter l'identité du patient et ses pathologies, ses traitements ainsi que les complications rencontrées, les propositions pour y remédier mais aussi la décision finale. Une fois rédigée, l'opinion pharmaceutique est transmise au médecin et classée pour justifier de l'acte du pharmacien et peut servir de preuve en cas de litige. [96]

Au Québec, les opinions pharmaceutiques sont considérées comme des réflexions intellectuelles et constructives de la part du pharmacien qui permettent d'apporter une solution au problème rencontré. De ce fait, en cas de contre indication, d'allergie ou de grossesse qui nécessitent d'interrompre ou de changer de traitement, les opinions pharmaceutiques sont rémunérées en fonction de leurs indications. La rémunération permet d'inciter les pharmaciens à rédiger des opinions pharmaceutiques, mais aussi d'avoir un esprit critique pour améliorer la prise en charge.

IV.1.2.3 Le dépistage

Le dépistage et l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) s'ouvrent à l'officine courant 2020, suite à l'avenant 18, du 18 septembre 2019. Ce texte fixe la rémunération et les conditions de réalisation des TROD de l'angine par les pharmaciens. Ce test permet de différencier rapidement les angines virales des angines bactériennes. Il évite le traitement par antibiotique lorsque ce n'est pas nécessaire. Cette nouvelle mission réalisable depuis le 1 janvier 2020 s'inscrit dans la loi HPST qui incite les pharmaciens à assurer un rôle de prévention et de dépistage. [97]

Malgré tout, le pharmacien n'est pas encore autorisé dans l'accomplissement de tous les dépistages. Ainsi, le dépistage du diabète par test capillaire ne s'effectue que dans de rares cas. Lors d'une expérimentation en 2017, les pharmaciens ont d'abord fait le test FINDRISC (un questionnaire pour mesurer les probabilités de développer un diabète). Ils ont ensuite effectué sur les patients à risque une glycémie capillaire qui s'est révélée anormale pour un patient sur cinq. De fait, l'extension du dépistage par le pharmacien pour rechercher des maladies chroniques souvent insidieuses apporterait une meilleure prise en charge.

Cependant, malgré un dépistage positif, peu de patients sont ensuite pris en charge correctement, soit par manque d'implication du médecin, soit à cause des patients eux-mêmes. Pourtant ce dépistage permet bien évidemment de traiter de nombreux patients et il devrait pouvoir être proposé dans toutes les pharmacies, voire même rémunéré pour inciter d'autant plus les pharmaciens dans la réalisation du questionnaire et si besoin du test capillaire. [98]

Comme nous l'avons vu, il peut exister des dépistages non biologiques comme pour les maladies cardiovasculaires, les pathologies rénales mais aussi pour tous les facteurs de risques comme le tabac ou l'alcool. Une fois ces facteurs de risques repérés, le pharmacien devrait pouvoir orienter vers le médecin, voire même de proposer d'effectuer lui-même un suivi.

IV.1.2.4 La PDA

La PDA permet de favoriser et sécuriser la prise des traitements. Elle est indiquée principalement pour les personnes âgées ou atteintes d'Alzheimer, les non observants et pour aider les infirmiers ou la famille à donner les traitements. La PDA est une tâche chronophage et coûteuse pour l'officine, même si elle est robotisée et devrait donc être rémunérée. Actuellement, certaines officines préparent la PDA principalement pour les établissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou quelquefois pour des patients spécifiques en se faisant parfois rémunérer pour leurs services. Cette mission profitable pour notre société suite à une meilleure assiduité du traitement se généraliserait si elle était rémunérée.

IV.2 L'évolution avec la pharmacie mondiale

IV.2.1 D'autres métiers en officine

L'officine en France ne doit pas faire de compérage. De ce fait, l'article R4235-67 du code de la santé publique interdit de : "Mettre à la disposition de personnes étrangères à l'officine, à quelque titre que ce soit, onéreux ou gratuit, tout ou partie de ses locaux professionnels pour l'exercice de toute autre profession. Seules les activités spécialisées réglementairement prévues sont autorisées." Cependant au Canada, de nombreux domaines d'activité sont autorisés à cohabiter tel que les infirmiers les cosméticiens ou les caissiers.

IV.2.1.1 Les infirmiers

Episodiquement au Québec, en pharmacie, les infirmiers sont présents pour faire des pansements, des vaccins ou des prises de sang. Ce travail collaboratif est bien évidemment à risque sachant que le pharmacien a aussi la possibilité de prescrire des bilans biologiques. Cependant cela facilite aussi le travail car l'infirmier n'a pas à se déplacer à domicile et les patients ont un accès facilité aux soins. [95]

IV.2.1.2 Les cosméticiens

Les cosméticiens sont des professionnels qualifiés en cosmétique, en maquillage, en produit d'hygiène. Ils connaissent tous les produits de parapharmacie. La spécialité des cosméticiens se rapproche de celle des esthéticiennes. Cependant seules les esthéticiennes peuvent être recrutées dans certaines officines en France. Leur rôle est de proposer des animations, de conseiller les gens dans toutes les gammes de produits. L'intérêt d'une esthéticienne peut se révéler bénéfique pour l'officine. Elle peut réaliser des soins et conseiller les gens en leur faisant tester des produits. Elle peut également apporter un esprit plus spécifique que le pharmacien. [95]

IV.2.1.3 Les caissiers

Malgré son évolution, Le métier de pharmacien reste très souvent dédié aux missions principales comme la délivrance de médicaments ou le rangement des commandes. Au Canada, des caissiers facturent les achats des clients. Ces achats peuvent être des produits simples mais aussi des médicaments sans ordonnance et sans nécessité de solliciter un pharmacien. Cette pratique risque de transformer les officines et de remettre en cause le monopole officinal. Actuellement en France, les préparateurs en pharmacie, par leur formation, sont compétents dans la délivrance des médicaments. Le pharmacien ainsi assisté peut disposer de temps pour se consacrer aux nouvelles missions et à l'éducation thérapeutique. [95]

IV.2.2 Les ordonnances informatisées

Depuis plusieurs années en France, les ordonnances informatiques se généralisent grâce à leurs lisibilités. Les médecins se sont orientés vers l'informatisation comme en officine. Cependant les ordonnances informatiques ne servent qu'à simplifier la rédaction et à rendre plus lisible le contenu. Mais dans d'autre pays il existe des ordonnances électroniques qui ont d'autres avantages.

En Belgique par exemple, cette mesure existant depuis 2017 est devenue obligatoire au 1 janvier 2020. La prescription électronique consiste à rédiger une ordonnance sur un site internet sécurisé qui accède aux données du patient. Actuellement le code barre qui permet de récupérer la prescription est encore imprimé. Par la suite, l'identification du patient par le pharmacien se fera sans utiliser le code barre pour réduire le coût et le gaspillage de papier. En France, si ce service était mis en place, le DMP pourrait être utilisé grâce à la carte vitale par exemple.

Les avantages principaux de cette mesure sont donc de rendre l'ordonnance plus lisible et d'éviter ainsi les erreurs. Ce service permettrait également d'éviter les fraudes et les ordonnances falsifiées, en évitant que les patients présentent plusieurs fois la même prescription ou qu'ils volent ou falsifient les ordonnances. Avec cette mesure, la prescription de médicaments sera inévitablement nominale. La conservation des ordonnances est sécurisée et permet de délivrer les médicaments en toutes circonstances alors qu'auparavant de nombreux patients perdaient leurs ordonnances. La relation entre le médecin et le pharmacien est privilégiée. Par ailleurs, le médecin pouvant être informé de la délivrance de médicaments pourrait juger de l'observance du patient. [99]

Bien que le bénéfice puisse être important pour les patients ou les professionnels de santé, la France accuse un retard dans la mise en place de la e-prescription. Malgré une expérimentation depuis 2017, la e-prescription est encore peu connue. [100]

IV.2.3 La loi 41

Le Canada est en avance sur la France en termes de législation. Cependant, les deux pays sont d'accord sur le fait que le pharmacien est au service du patient et doit pouvoir exercer pleinement son activité pour une meilleure prise en charge. L'ordre des pharmaciens du Québec a décidé qu'il fallait renforcer la profession à partir de 2011. Il a fallu cependant attendre le 20 juin 2015 pour que soit promulguée la loi modifiant la loi sur la pharmacie, communément appelée "loi 41". Cette loi a pour but de renforcer les missions du pharmacien. Il existe principalement trois types de missions : les missions que le pharmacien peut exercer sans nécessité de formation, celle avec obligation de formation théorique et une autre avec une formation théorique et pratique. Cette réglementation favorise l'intérêt du patient en renforçant la collaboration des professionnels de santé. De ce fait lorsque le pharmacien effectue une de ces nouvelles mesures, il est primordial d'en informer le médecin. [101]

En définitive, cette loi 41 reprend les missions principales établies en France comme la dispensation protocolisée ou la fonction de pharmacien correspondant. Toutefois elle laisse beaucoup plus de liberté pour le pharmacien dans la réglementation et dans le type de patients éligibles.

IV.2.3.1 Les activités sans formation

Même sans formation, un pharmacien peut exercer des activités très importantes, qui sont :

- de prolonger une ordonnance ;
- de prescrire et d'interpréter des analyses biologiques ;
- de prescrire un médicament sans besoin de diagnostic.

La prolongation d'une ordonnance permet la continuité des soins et d'éviter l'inobservance ou un arrêt brutal du traitement. Le pharmacien Québécois engage pleinement sa responsabilité, c'est pourquoi il ne peut renouveler l'ordonnance au maximum que pour la durée prescrite par le médecin. Par exemple pour une ordonnance de trois mois, le pharmacien pourra faire un renouvellement au maximum de trois mois de plus. Cependant la durée maximale de prolongation ne peut pas excéder douze mois. En effet, contrairement à la France les ordonnances peuvent avoir une durée de plus d'un an. Bien entendu les drogues et les stupéfiants ne peuvent pas faire l'objet d'une prolongation par le pharmacien.

Notamment, le pharmacien peut prolonger une ordonnance pour un patient n'ayant pas eu de rendez-vous avec son médecin traitant. Son ordonnance initiale étant valable six mois, un renouvellement exceptionnel pour maximum six mois est possible. Le pharmacien peut également décider de faire une prescription pour deux mois en estimant que le patient aura le temps de revoir son médecin entre deux. Si le patient se présente dans les deux mois et n'a toujours pas de rendez-vous, le pharmacien peut alors lui refaire une ordonnance pour quatre mois maximum. Bien évidemment, s'il estime que la santé du patient l'exige, le pharmacien peut refuser la prolongation.

Comme pour toutes ces nouvelles activités, le pharmacien est tenu de rédiger toutes les informations utiles dans le dossier du patient, mais aussi d'informer le médecin de sa décision.

Pour assurer un suivi correct du patient, le pharmacien a le droit de prescrire un bilan biologique pour assurer une surveillance de la "thérapie médicamenteuse". Cette analyse permet de vérifier l'innocuité ou l'efficacité du traitement avant d'assurer une prolongation d'ordonnance et ainsi sécuriser son acte.

Avant de prescrire une analyse, Le pharmacien doit vérifier qu'une analyse similaire n'a pas été prescrite au patient peu de temps auparavant. Une fois le consentement du patient validé, le pharmacien peut prescrire le bilan. Après réception des résultats le pharmacien sera le seul responsable de l'analyse des valeurs et devra ajuster le traitement ou orienter le patient vers un médecin ou un établissement de santé si nécessaire.

Les analyses biologiques peuvent se révéler utiles pour plusieurs cas, comme dans les exemples suivants : un patient ayant un traitement anticoagulant par anti-vitamine K (AVK) souhaite prolonger son ordonnance ou présente une ordonnance d'un nouveau médicament pouvant modifier l'efficacité de l'AVK, mais aussi un patient âgé qui prend un diurétique en plein été et vous semble confus à l'officine, ou encore un patient ayant augmenté récemment la dose de statine et qui présente depuis quelques jours des crampes au niveau des jambes.

Que ce soit pour la prescription d'analyses ou la dispensation de médicaments sans ordonnance, en aucun cas le pharmacien ne doit avoir un rôle de dépistage ou de diagnostic. Ce cadre permet uniquement au pharmacien de mieux prendre en charge le patient.

Le pharmacien peut souvent prescrire des médicaments sans nécessité de faire un diagnostic. Cette possibilité s'étend sur plusieurs domaines, dans des cas simples comme l'aide au sevrage tabagique, le traitement des pédiculoses, la diarrhée du voyageur ou même la prophylaxie du paludisme. Dans un domaine plus réfléchi, il dispense des contraceptifs oraux d'urgence ou dans d'autres situations similaires, il peut assurer le relais du médecin en prescrivant une contraception hormonale pendant trois mois, avec la possibilité de faire un renouvellement de trois mois supplémentaires, afin d'éviter le recours trop répétitif chez certaines patientes au contraceptif d'urgence qui peut nuire à la santé. Dans une tâche encore plus pointue, le pharmacien peut dispenser des soins pour la prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valves, la prophylaxie cytoprotectrice des patients à risques et même la prophylaxie du mal aigu des montagnes.

Bien que ces activités ne préjugent pas de formation obligatoire, il est manifeste que tous les pharmaciens ne vont pas se mettre à réaliser toutes ces missions. De plus, les pharmaciens devront bénéficier d'une connaissance et d'une expérience importante pour assurer une bonne prise en charge étant donné qu'ils engagent pleinement leurs responsabilités. [101]

IV.2.3.2 Les activités nécessitant une formation théorique

Pour exercer certaines activités, les pharmaciens doivent suivre une formation réglementaire qui peut être effectuée soit en présentiel, soit en auto apprentissage avec des vidéos réalisées par l'ordre des pharmaciens du Québec.

Ces missions sont :

- pouvoir ajuster une ordonnance ;
- substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement ;
- prescrire un médicament pour une condition mineur déjà diagnostiquée.

Pour ajuster une ordonnance, le pharmacien peut modifier la forme d'administration, la dose ou la posologie d'un médicament. Lorsque le pharmacien modifie un traitement, il en informe le patient et rédige une nouvelle ordonnance. Cependant, il n'est pas tenu d'informer le médecin même s'il est toujours préférable de le faire.

Le pharmacien peut ajuster la dose d'un médicament pour réduire un effet indésirable, gérer une interaction médicamenteuse, pour ajuster le traitement en fonction des pathologies rénales ou hépatiques du patient, mais aussi pour corriger une erreur de dosage.

Il peut modifier la dose lorsque le médecin lui a précisé les cibles thérapeutiques à atteindre pour une tension artérielle ou pour une glycémie par exemple. Il ajuste donc le dosage pour se rapprocher des valeurs transmises par le médecin tout en limitant les effets indésirables.

Par exemple, un patient se présente à l'officine pour son enfant qui présente une angine streptococcique avec un TROD pour angine positif. Le patient de six ans pèse vingt kilogrammes, or le médecin a prescrit l'antibiotique en comprimé à la dose adulte. Le pharmacien rédige une nouvelle ordonnance en mettant la bonne posologie et la forme sirop adaptée à l'enfant.

Les ruptures d'approvisionnement en médicaments en France ne cessent d'augmenter, les pharmaciens se voient contraints d'appeler régulièrement les médecins pour proposer un autre traitement de remplacement (figure n°9). Cette mission en France pourrait faciliter le travail du pharmacien pour remplacer un médicament par un équivalent sans nécessité d'appeler le prescripteur constamment. [101]

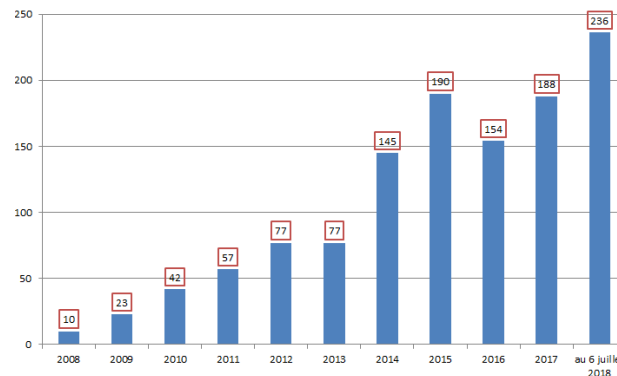


Figure n°9 : nombre de spécialité en tension d'approvisionnement, Sénat [en ligne]
http://www.senat.fr/rap/r17-737/r17-737_mono.html (consulté le 3 février 2020) [102]

Avant de substituer un médicament, le pharmacien doit s'assurer de la véracité de la rupture. Il doit essayer de s'approvisionner auprès de deux pharmacies de la région et auprès de deux grossistes reconnus par le ministère de la santé et des services sociaux. Cette réglementation permet d'éviter que le pharmacien recourt trop souvent à une substitution.

Par la suite, il peut donc choisir un médicament dans la même sous classe thérapeutique que le médicament remplacé. Le pharmacien doit cependant bien vérifier que la dose délivrée est équivalente à l'ancien médicament.

De fait, reprenons l'exemple ci-dessus de l'enfant traité pour une angine. Le médecin lui prescrit un antibiotique (oracilline) en sirop. Le pharmacien constate une rupture après vérification auprès de deux pharmacies et de deux grossistes. Il informe donc le patient et recherche un médicament adapté. L'amoxicilline fait partie de la même sous classe thérapeutique et est un traitement utilisé en première intention pour les angines streptococciques. Le pharmacien rédige alors une nouvelle ordonnance, puis pour assurer un travail collaboratif, il en informe le médecin.

L'activité permettant au pharmacien de prescrire un médicament sous une condition mineure reprend les grands principes de la prescription sans diagnostic. En effet, le pharmacien ne peut prescrire que si la pathologie a déjà été diagnostiquée par un médecin. La durée de la dernière prescription varie de douze mois à quatre ans en fonction des pathologies (Figure N°10).

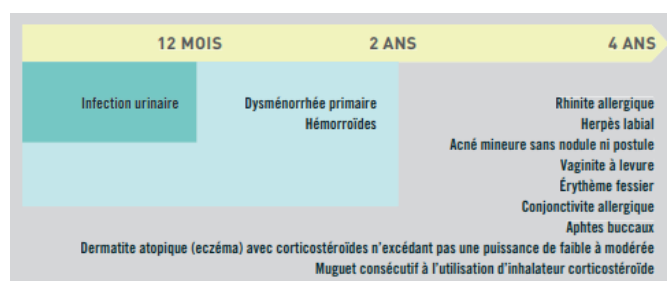


Figure n°10 : durée maximale de dernière prescription en fonction des pathologies, Ordre des pharmaciens du Québec [en ligne] https://www.opq.org/doc/media/1954_38_fr-ca_0_guide_exercice_activites_reservees_pharmacien.pdf (consulté le 1 février 2020) [101]

Le pharmacien peut prescrire pour certaines pathologies particulières et uniquement pour des symptômes localisés sans signe d'alarme. Les signes d'alerte sont une altération de l'état général, une persistance même après un traitement ou une réaction inhabituelle au traitement.

Les pathologies sont vastes, en passant des allergies comme la conjonctivite ou la rhinite, aux affections dermatologiques telles que l'eczéma, l'érythème fessier ou l'acné, mais encore à l'herpès ou aux infections urinaires chez la femme.

Le pharmacien dispose de plusieurs outils d'aides ou d'algorithmes pour l'orienter dans la décision (Figure n°11). Mais ces outils ne servent qu'à l'assister et le pharmacien reste seul décisionnaire s'il doit prendre en charge le patient ou si ce dernier nécessite une prise en charge médicale plus importante.

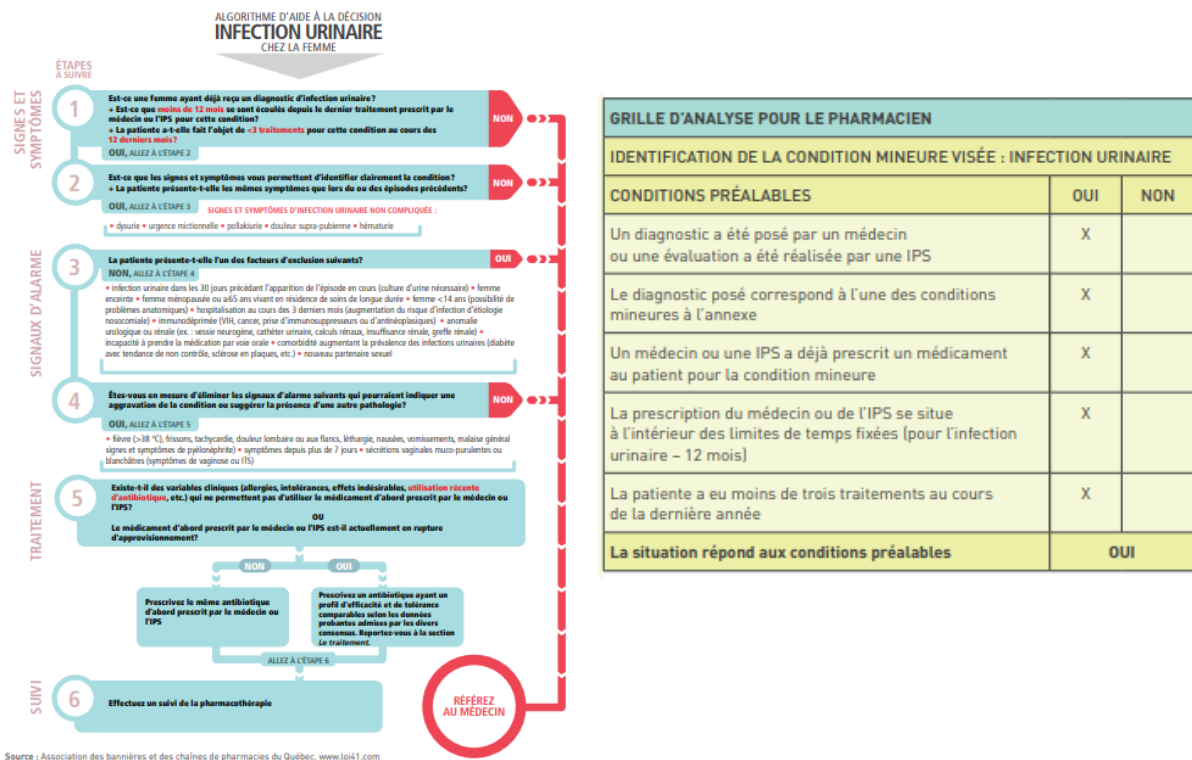


Figure n°11 : outils d'aide à la décision, Ordre des pharmaciens du Québec [en ligne]
https://www.opq.org/doc/media/1954_38_fr-ca_0_guide_exercice_activites_reservees_pharmacien.pdf (consulté le 1 février 2020) [101]

IV.2.3.3 L'activité nécessitant une formation théorique et pratique

Cette activité permet au pharmacien d'administrer un médicament pour en démontrer l'usage. Le champ d'application comporte la voie orale, topique ou les inhalations, mais aussi toutes les injections sous cutanées, musculaires ou intradermiques. Cette tâche permet de renforcer le rôle de conseil et d'éducation thérapeutique. En effet, lors des entretiens pour l'asthme ou la prise en charge des patients diabétiques, le pharmacien explique l'utilisation des médicaments, mais la démonstration d'utilisation favoriserait son apprentissage.

Pour effectuer cette activité, le pharmacien doit avoir effectué une formation théorique et pratique pour lui permettre d'être totalement autonome. Il doit alors vérifier la pertinence du moment de l'administration et obtenir le consentement du patient.

De ce fait, un patient diabétique mal contrôlé se voit prescrire une insuline. Il a reçu l'information et l'apprentissage lors de son séjour à l'hôpital. Cependant il n'est pas à l'aise

pour se faire l'injection. Le pharmacien peut donc lui réexpliquer tout en faisant son injection. Cette activité peut se poursuivre jusqu'à l'autonomie complète du patient.

En résumé, deux ans après la mise en place (en 2017), 470 000 Québécois ont eu recours à ces services (Tableau n°5). A la lecture du tableau, les chiffres révèlent que les activités les plus plébiscitées sont la prolongation d'une ordonnance, la prescription sans diagnostic et l'ajustement pour les traitements anticoagulants.

Ces chiffres démontrent l'importance de l'extension des compétences du pharmacien en France. La moitié de ces services concerne la prolongation d'une ordonnance. Or précédemment nous avons vu que de nombreux patients viennent demander une avance de traitement avant de revoir leur médecin. Le pharmacien prend toutes les responsabilités pour une mission dont il n'a théoriquement pas le droit. Donner l'autorisation de renouvellement pour une durée d'au moins un ou deux mois serait une avancée majeure. La dispensation de médicaments à prescription médicale facultative faisant parti du cœur de métier du pharmacien s'apparente à prescrire un médicament sans nécessité de diagnostic. Cependant cette pratique se développe peu en France, car les patients sont habitués au zéro reste à charge. Autoriser le pharmacien à prescrire des médicaments sans diagnostic permettrait de favoriser les soins de premier recours sans que les patients aillent surcharger le médecin pour des symptômes bénins. La majorité des accidents iatrogènes sont dus aux anticoagulants. En permettant de mieux surveiller et d'ajuster les traitements, les pharmaciens seraient assurément des acteurs investis dans une meilleure prise en charge thérapeutique.

Tableau n°5 : analyse du nombre d'activités réalisées depuis deux ans après la loi 41, Ordre des pharmaciens du Québec [en ligne] <https://www.opq.org/fr-CA/grand-public/nouvelles/2017-06-20-la-loi-41-fete-son-deuxieme-anniversaire-> (consulté le 5 février 2020) [103]

Activités réalisées		Nombre de services offerts		Pourcentage	
Prolonger une ordonnance		292 024		41.05%	
Prescrire pour une condition mineure		39 247		5.5%	
Prescrire sans diagnostic		158 224		22.25%	
Ajustement d'ordonnance	Anticoagulant	216 859	221 782	30.5%	31.2%
	Hypertension dyslipidémie hypothyroïdie diabète et migraine	4 923		0.7%	
Total		711 277		100%	

Ces missions sont une grande avancée pour le Québec et il est clair qu'elles permettraient de mieux prendre en charge le patient en France. Il va de soi que le pharmacien coordinateur, la loi HPST et l'éducation thérapeutique permettent une avancée dans les missions du pharmacien. Actuellement la pharmacie en France est à une étape charnière de l'évolution, mais il faut qu'elle prenne en exemples les autres missions des pharmaciens à l'international.

IV.2.4 L'application à la pharmacie Française

A l'heure actuelle, la seule évolution possible pour imiter le Canada s'articule autour de l'automédication. Etant donné que le marché des médicaments sans ordonnance stagne, l'USPO développe avec des organismes complémentaires un service permettant d'éviter l'avance des soins par le patient. En effet, de nombreuses complémentaires santé proposent une participation forfaitaire pour certains médicaments non remboursés mais cet avantage est souvent ignoré des adhérents. Aussi, "carte blanche partenaire" veut développer une application informatique qui permettrait au pharmacien de connaître les garanties proposées par une complémentaire santé et même de proposer le tiers-payant. Cette nouveauté devrait se démocratiser à toutes les autres complémentaires pour faciliter les conseils et la prise en charge des symptômes et pathologies qui ne nécessitent pas de consultation. [104]

IV.3 La mutation des officines

Comme nous avons pu le voir, les officines se sont tournées vers une structure beaucoup plus commerciale et les grandes surfaces où les sites internet essayent de s'octroyer la vente de médicaments. Les officines s'inquiètent de l'ouverture à la concurrence, des réglementations à venir et de la fin du monopole pharmaceutique.

IV.3.1 L'ouverture du monopole pharmaceutique

Depuis ces dernières années, la pression des pouvoirs publics et des grandes surfaces (surtout Michel Edouard LECLERC), qui réclament la suppression du monopole pharmaceutique est assez forte. Malgré tout en Suède, l'autorisation de vente de paracétamol en supermarché a été retirée. En effet entre 2009, date d'autorisation de mise en vente en supermarché et 2013, une hausse de 40% des intoxications au paracétamol a été constatée, bien que le laboratoire qui commercialise le paracétamol en Suède démente et signale qu'une hausse des intoxications

avait aussi eu lieu entre 2000 et 2005. Une ouverture du monopôle pharmaceutique peut donc être préjudiciable pour la population. [105]

La législation européenne est favorable à l'ouverture du monopole concernant les médicaments sans ordonnance. Elle cite même pour exemple : "Dans les pays de l'Union européenne qui ont ouvert le monopole pharmaceutique, on a vu des baisses de prix de 10 à 15%." De fait, elle incite les états en prônant le bienfait de l'ouverture à la concurrence par une diminution des prix. [106]

A contrario, la France pense au bienfait des patients. Ainsi, le 15 janvier 2020 l'ANSM a supprimé le libre accès des médicaments à base de paracétamol, d'anti-inflammatoire ou d'alpha amylase afin de favoriser le conseil. En effet, dans de grosses pharmacies principalement, les patients ayant accès aux médicaments se servent et vont ensuite payer. Cette pratique impersonnelle n'incite pas le vendeur à prodiguer des conseils de posologie ou d'interaction médicamenteuse. Cette mesure prouve d'autant plus que la vente en libre service des médicaments sans ordonnance reste compliquée. [107]

IV.3.2 Le capital des officines

Le capital d'une officine doit être détenu par un pharmacien titulaire. Une modification a été apportée par l'article 5125-17-1 du code de la santé, qui autorise au pharmacien adjoint exerçant dans une société d'exercice libéral, de détenir directement ou par le biais d'une société jusqu'à 10% du capital. [108]

En 2018, une étude sur les réglementations des officines européennes montre que sur les vingt-sept états, seulement treize imposent des restrictions sur le capital. Parmi ces treize pays, dans dix d'entre eux seuls les pharmaciens peuvent détenir les capitaux. Les trois autres pays imposent que la majorité soit détenue par un pharmacien. Les pays similaires à la France sont par exemple l'Allemagne, le Danemark, la Grèce, l'Italie. Ainsi en Europe, 67,5% des capitaux sont détenus par des pharmaciens. Même si l'ouverture du capital reste certainement moins bouleversante que le monopole, cela pourrait apporter plusieurs modifications. Des pays comme la Norvège l'Estonie ou l'Espagne ont autorisé l'ouverture du capital ou ont modifié le critère de répartition territoriale. Mais contrairement aux attentes, la couverture officinale ne fût pas améliorée malgré l'ouverture de plusieurs pharmacies. En effet, l'ouverture des pharmacies fût concentrée en ville ou dans les zones plus rentables au dépend des zones rurales. A contrario, en Belgique la réglementation sur la répartition des officines a

prouvé une meilleure qualité de service. D'un autre côté, l'arrivée d'investisseur cherchant la rentabilité se fait au dépend de l'attention portée au patient. Il ne faut pas négliger que le pharmacien salarié ou gérant doit pouvoir exercer sa liberté professionnelle en tout état de cause. Cette liberté ne doit pas nuire à la profession et à la qualité de prise en charge des patients. [109]

En somme, l'ouverture du capital en France est très surveillée et de nombreux pays européens restent très conservateurs eux aussi. Nous pouvons donc nous attendre à ce que les pharmaciens restent propriétaires des officines.

IV.3.3 Une évolution du calcul du nombre de pharmacien

Comme nous l'avons vu, en officine le pharmacien titulaire mais aussi adjoint est responsable de toutes les activités qui sont exécutées. Avec l'arrivée de nouvelles missions comme les entretiens pharmaceutiques, la vaccination, les TROD, Le pharmacien reste le seul à pouvoir effectuer ces activités contrairement aux préparateurs en pharmacie. De ce fait, logiquement les officines auront besoin de pharmaciens pour mener à bien ce rôle. Malgré cela, le nouveau projet de loi "accélération et de simplification de l'action publique" (ASAP) étudié le 5 février 2020 a pour vocation de revoir à la baisse le calcul du nombre de pharmaciens en fonction du chiffre d'affaires. L'autre mesure consiste à favoriser la délocalisation du site de stockage pour vendre les médicaments en ligne. Ces deux mesures inquiètent les pharmaciens qui craignent l'arrivée d'Amazon sur la vente en ligne. En effet, ce dernier s'est développé en Amérique sous le nom "Amazon Pharmacy". De plus, il paraît illogique d'enlever la vente en ligne du mode de calcul par rapport au chiffre d'affaires, alors que celle-ci reste sous la responsabilité du pharmacien. Même si le développement de la vente en ligne a pour but de favoriser l'accès aux soins et de réduire les coûts pour le patient, Gilles Bonnefond président de l'USPO s'interroge sur l'utilité de placer l'ibuprofène et le doliprane derrière les comptoirs si c'est pour favoriser la vente en ligne de médicaments. [110]

Actuellement, il faut un pharmacien par tranche de un million trois cent mille euros de chiffre d'affaires, donc pour une pharmacie ayant plus de trois millions d'euros de chiffre d'affaires, trois pharmaciens (adjoints et titulaires compris) sont nécessaires. Le nombre de pharmaciens adjoints par tranche de chiffre d'affaires peut paraître obsolète du fait de l'évolution du monde officinal. Ces dernières années, l'augmentation de la vente de médicaments coûteux comme les bio similaires ou les anticancéreux ne garantit pas de bénéfice élevé pour l'officine, car une marge faible est fixée pour les médicaments onéreux. De ce fait, une petite pharmacie proche d'un chiffre d'affaires de tranche supérieure peut se voir obligée de recruter un adjoint supplémentaire sans réel intérêt, ni accroissement de la fréquentation. Ces nouveaux traitements peuvent rapidement augmenter le chiffre d'affaires de la pharmacie d'autant plus si de nombreux patients s'approvisionnent à la pharmacie. Ainsi, le pharmacien risque de refuser la délivrance pour éviter de passer à la tranche supérieure.

Au vu du développement de la parapharmacie et de la vente en ligne, certaines officines voient leur chiffre d'affaires trop important par rapport à l'activité du médicament.

Pour exemple, une pharmacie dans le Gard avec un chiffre d'affaires de plus de vingt millions d'euros est sensée employer dix-sept pharmaciens pour être dans la légalité. Cependant, le titulaire estimant que sa pharmacie faisait essentiellement un chiffre d'affaires sur la parapharmacie employait seulement huit pharmaciens adjoints. L'affaire rendue par la chambre de discipline en juin 2015 et portée en appel, dont le jugement a été rendu le 21 mars 2016, précise que le pharmacien n'a pas respecté la déclaration du chiffre d'affaires. Il sera donc condamné à une interdiction d'exercer pendant deux ans.

Cette affaire, ainsi que le projet de loi montrent que les pharmaciens ont raison de s'inquiéter. Il serait légitime de revoir cette réglementation en ajustant le nombre de pharmaciens nécessaires au nombre de fréquentation ainsi qu'aux nouvelles missions plutôt qu'au chiffre d'affaires. [112]

V conclusion

En somme, la pharmacie s'est instaurée sur les bases déjà bien organisées des apothicaires. Les bouleversements tels que la révolution ou les charlatans ayant usurpé le métier ont permis d'asseoir pleinement le monopole pharmaceutique. Le monde officinal a su se modeler sur plusieurs siècles dans le respect des fondements établis, tout en s'adaptant pour se rapprocher au plus près des besoins du patient et profiter des nouvelles technologies. Les nouvelles réglementations confirment le rôle du pharmacien et renforcent la sécurité nécessaire à la dispensation des médicaments. Même si le domaine de compétence du pharmacien s'élargit grandement ces dernières années, nous remarquons que les missions des pharmaciens dans d'autres pays sont bien plus développées. Ces missions plébiscitées par les patients tels que le renouvellement d'ordonnances ou la prescription de médicaments favorisent encore une meilleure prise en charge toujours dans l'intérêt du patient.

VI Bibliographie

1 Devaux G. Pro Laurea Magistrali : le chef-d'œuvre d'un apothicaire normand du XVIIIe siècle. Revue d'histoire de la pharmacie 2002; 336. 569-576.

2 Dillemann G. Bonnemain H. Boucherle A. La Pharmacie Française ses origines son histoire son évolution. Tec et Doc Lavoisier 1992.

3 Dillemann G. Michel M.E. La réception des pharmaciens en France de la Révolution à l'application de la loi du 21 germinal an XI (1791-1813). Revue d'histoire de la pharmacie 1984; 260. 42-61.

4 Dillemann G. Le monopole pharmaceutique et le décret du 20 mars 1791. Revue d'Histoire de la Pharmacie 1980; 247. 235-238.

5 Bonnemain B. Le clergé et la pharmacie en France après la Révolution française. Histoire des sciences médicales 2005.

6 Art et patrimoine pharmaceutique [en ligne]
<http://artetpatrimoinepharmaceutique.fr/Publications/p55/Le-medicament-1803-1940>
(consulté le 4 avril 2018)

7 Service public-pro.fr [en ligne]
<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F13777> (consulté le 4 avril 2018)

8 Code de la santé publique [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689866&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 23 mai 2018)

9 L'actualité chimique l'importance des produits fluorés dans notre vie quotidienne, cent ans après le prix Nobel de chimie attribué a Henri MOISSAN
<https://www.lactualitechimique.org/L-importance-des-produits-fluores-dans-notre-vie-quotidienne-cent-ans-après-le-prix-Nobel-de-chimie>

10 Ordre national des pharmaciens [en ligne]
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/307350/1558303/version/1/file/Guide-initiation-partie2.pdf> (consulté le 23 mai 2018)

11 Code de la santé public [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006915244&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 24 mai 2018)

12 CODEX, archive de la pharmacie de la vallée à FLIXECOURT

13 Flahaut J. La vie difficile du premier Codex national français. Revue d'histoire de la pharmacie 2000; 327. 337-344.

14 Legifrance [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006914693&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20050726> (consulté le 08 juin 2020)

15 Warolin C. Le remède secret en France jusqu'à son abolition en 1926. Revue d'histoire de la pharmacie 2002; 334. 229-238.

16 Bonah C. L'affaire du Stalinon et ses conséquences réglementaires, 1954-1959 " Sécurité sanitaire " et innovation thérapeutique en France il y a 50 ans. La Revue du Praticien 2007; 57. 1501-1505

17 Ordre national des médecins [en ligne]
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/generiques.pdf> (consulté le 28 mai)

18 Code de la santé publique [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690049&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 28 mai 2018)

19 Chauveau S. Les origines de l'industrialisation de la pharmacie avant la Première Guerre mondiale. Histoire, économie et société 1995; 627-642.

20 Petit J. Histoire d'un grossiste-répartiteur : la CERP-Rouen. Revue d'histoire de la pharmacie 2000; 326. 209-214.

21 Freynet L. Les bonnes pratiques de distribution (BPD) dans la répartition pharmaceutique : application à un nouvel établissement. Sciences pharmaceutiques 2005.

22 Astéra [en ligne]
<https://astera.coop/PUB/PUB101.aspx> (consulté le 4 mai 2018)

23 Chambre syndicale de la répartition [en ligne] <http://www.csrp.fr/le-marche> (consulté le 4 mai 2018)

24 Ordre national des pharmaciens [en ligne]
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Distribution-en-gros>
(consulté le 4 mai 2018)

25 Sécurité sociale [en ligne]
<http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale> (consulté le 4 mai 2018)

26 INA [en ligne]
<https://www.ina.fr/contenus-editoriaux/articles-editoriaux/l-affaire-du-sang-contamine/>
(consulté le 5 juin 2018)

27 e-santé [en ligne]
<http://www.e-sante.fr/distilbene-informer-pour-depister/actualite/790> (consulté le 5 juin 2018)

28 e-santé [en ligne]
<https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-scandale-hormone-croissance-1042/> (consulté le 5 juin 2018)

29 Futurama science [en ligne]
<https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-cycle-medicament-1125/page/4/>
(consulté le 20 septembre 2018)

30 Caulin C. Historique de l'évaluation des médicaments en vue d'une autorisation de mise sur le marché. *J Fr Ophtamol* 2008; 31. 71-74.

31 La bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale [en ligne]
<https://www.bnds.fr/dictionnaire/afssaps.html> (consulté le 5 juin 2018)

32 Deniau R. L'expérience française de mise en place d'une agence : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). *ORAS* 2007.

33 HAS [en ligne]
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/en/missions-de-la-has (consulté le 06 juin 2018)

34 Le pharmacien de France [en ligne]
<http://www.lepharmaciendefrance.fr/article-print/choisir-robotisation> (consulté le 23 juillet 2019)

35 Profession pharmacien [en ligne]
<https://www.profession-pharmacien.fr/files/PP127-ES09-01-08.pdf> (consulté le 25 juillet 2019)

36 Ooreka [en ligne]
<https://mutuelle.ooreka.fr/astuce/voir/579291/la-teletransmission> (consulté le 23 juillet 2019)

37 Quartier latin paris [en ligne]
<https://www.quartierlatin.paris/?l=evolution-du-metier-de-pharmacien> (consulté le 19 aout 2019)

38 Ordre national des pharmaciens [en ligne]
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Sa-genese-et-son-evolution>
(consulté le 24 juillet 2019)

39 Ameli [en ligne]
<https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/le-dossier-medical-partage-dans-les-starting-blocks> (consulté le 26 juillet 2019)

40 Ameli [en ligne]
<https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/deploiement-de-la-teleconsultation-dans-les-pharmacies> (consulté le 19 aout 2019)

41 Le ministère des solidarités et de la santé [en ligne]
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine> (consulté le 15 juillet 2019)

42 Intraknow [en ligne]
<https://www.intraknow.com/intraknow-pharmacies-digitales/> (consulté le 21 aout 2019)

43 Slideshare [en ligne]
<https://fr.slideshare.net/HlneDecourteix/comment-digitaliser-la-pharmacie-dofficine-58380495> (Consulté le 21 aout 2019)

44 Ordre national des pharmaciens [en ligne]
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-patients/Vente-de-medicaments-sur-Internet-en-France>
(consulté le 07 aout 2019)

45 Les échos [en ligne]
<https://www.lesechos.fr/economie-france/social/exclusif-la-vente-en-ligne-de-medicaments-va-etre-facilitee-pour-les-pharmacies-1023212> (consulté le 07 aout 2019)

- 46 Essentiel santé magazine [en ligne]
<https://www.essentiel-sante-magazine.fr/sante/traitements-soins/drive-pharmacies> (consulté le 15 aout 2019)
- 47 L'est républicain [en ligne]
<https://www.estrepublicain.fr/edition-de-nancy-ville/2016/11/04/envoyez-votre-ordonnance-par-smartphone-dans-20-pharmacies-de-meurthe-et-moselle> (consulté le 15 aout 2019)
- 48 Pharmagest [en ligne]
<http://www.suivi-observance.fr/#pharmagest> (consulté le 04 septembre 2019)
- 49 Pharmagest [en ligne]
<https://pharmagest.com/solutions/dopill-pilulier-connecte/> (consulté le 04 septembre 2019)
- 50 La pharmacie digitale [en ligne]
<https://lapharmaciedigitale.com/enjeux-digital-officine/> (consulté le 27 septembre 2019)
- 51 Le quotidien du pharmacien [en ligne]
https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2016/09/07/pharmacie-digitale-une-nouvelle-relation-construire-avec-le-client_249276 (consulté le 27 septembre 2019)
- 52 Crown [en ligne]
<https://www.crown.fr/blog/10-raisons-dutiliser-laffichage-dynamique-en-pharmacie-ou-en-parapharmacie/> (consulté le 27 septembre 2019)
- 53 Le Parisien [en ligne]
<http://www.leparisien.fr/economie/2500-metres-carres-55-salaries-dans-les-coulisses-de-la-plus-grande-pharmacie-de-france-04-05-2019-8065431.php> (consulté le 11 octobre 2019)
- 54 Le Parisien [en ligne]
<http://www.leparisien.fr/seine-et-marne-77/roissy-en-brie-77680/roissy-en-brie-feu-vert-a-l-extension-de-la-pharmacie-geante-19-09-2018-7894617.php> (consulté le 11 octobre 2019)
- 55 KPMG [en ligne]
<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2016/07/fr-moyennes-professionnelles-pharmacie-24.pdf> (consulté le 11 septembre 2019)
- 56 KPMG [en ligne]
<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2017/06/fr-moyennes-professionnelles-pharmacies-2017.pdf> (consulté le 11 septembre 2019)

57 KPMG [en ligne]
https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2018/06/fr_etude_moyennes_professionnelles.pdf
(consulté le 11 septembre 2019)

58 KPMG [en ligne]
<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/fr/pdf/2019/09/fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf>
(consulté le 11 septembre 2019)

59 Pharmagest [en ligne]
<https://pharmagest.com/10-regles-dor-merchandising-pharmacie/> (consulté le 11 octobre 2019)

60 Les furets [en ligne]
<https://www.lesfurets.com/mutuelle-sante/guide/differences-entre-pharmacie-parapharmacie>
(consulté le 28 octobre 2019)

61 Histoire et archive Leclerc [en ligne]
<https://www.histoireetarchives.leclerc/a-la-une/e-leclerc-et-la-parapharmacie-partie-2-1990-2014> (consulté le 30 octobre 2019)

62 Phar Excel [en ligne]
<http://www.phar-excel.fr/dossier-loptique-pharmacie/> (consulté le 14 novembre 2019)

63 Audioprothésiste [en ligne]
<http://audioprothesiste.unblog.fr/bulletin-dinformations-juridiques/le-local-dappareillage/>
(consulté le 15 novembre 2019)

64 Legifrance [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879483> (consulté le 13 novembre 2019)

65 CESPARM [en ligne]
<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante> (consulté le 13 novembre 2019)

66 Améli [en ligne]
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FICHE_PRAT_ASTREINTES.pdf
(consulté le 13 novembre 2019)

67 URPS pharmaciens lorraine [en ligne]
<http://goldowag.o2switch.net/www.urpspharmacienslorraine.fr/uploads/Le%20pharmacien%20Or%C3%A9f%C3%A9rent%20en%20EHPAD.pdf> (consulté le 13 novembre 2019)

68 Elsevier Masson [en ligne]

<https://www.em-consulte.com/en/article/291724> (consulté le 13 novembre 2019)

69 Améli [en ligne]

https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants#text_13768

(consulté le 21 novembre 2019)

70 Améli [en ligne]

https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants#text_13779

(consulté le 21 novembre 2019)

71 Améli [en ligne]

https://www.ameli.fr/somme/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants#text_49600

(consulté le 26 novembre 2019)

72 Ordre national des pharmaciens [en ligne]

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Vaccination-a-l-officine>

(consulté le 26 novembre 2019)

73 Le moniteur des pharmacies [en ligne]

<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/vaccination-antigrippale-en-officine-les-chiffres-continuent-de-grimper.html>

(consulté le 27 novembre 2019)

74 Le quotidien du pharmacien [en ligne]

https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2019/12/05/vaccination-lofficine-france-1-allemande-0_281236?xtor=EPR-1-%5BNL_a_la_une%5D-20191205&utm_campaign=NL_alaune&utm_source=qph&utm_content=20191205&utm_medium=newsletter

(consulté le 6 décembre 2019)

75 Ordre national de pharmaciens [en ligne]

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Le-depistage> (consulté

le 27 novembre 2019)

76 URPS [en ligne]

<https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/nos-actions/prevention-et-depistage/depistage-cible-du-risque-cardio-vasculaire-en-officine>

(consulté le 27 novembre 2019)

77 Aly P. Tempremant G. Houppermans S. Maes-Patinier F. Vanbockstael V. Lemdani M. Repérage-dépistage ciblé du risque cardio-neurovasculaire en officine. Santé Publique 2018; 30. 777-783.

78 URPS [en ligne]

<https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/nos-actions/prevention-et-depistage/reperage-precoce-des-maladies-renales-chroniques> (consulté le 27 novembre 2019)

79 Agence régionale de santé [en ligne]

<https://www.ars.sante.fr/> (consulté le 10 décembre 2019)

80 Ordre national des pharmaciens [en ligne]

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/La-demarche-qualite-en-officine-la-profession-a-remis-une-feuille-de-route-a-la-ministre-de-la-sante> (consulté le 11 décembre 2019)

81 Blog gestion de projet [en ligne]

<http://www.blog-gestion-de-projet.com/comment-appliquer-le-diagramme-ishikawa-a-la-gestion-de-projet/> (consulté le 11 décembre 2019)

82 Hamm B. Mise en place d'une démarche qualité à l'officine, exemple de la pharmacie carpentier à Saint-Nicolas-de-Port. [En ligne] Thèse de doctorat en pharmacie. Metz : université de Lorraine, 2015. Disponible sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2015_HAMM_BENOIT.pdf (consulté le 11 décembre 2019)

83 Sciences Po [en ligne]

<https://www.sciencespo.fr/research/cogito/home/ce-que-les-medicaments-generiques-ont-change-dans-notre-systeme-de-sante/> (consulté le 8 janvier 2020)

84 Améli [en ligne]

<https://www.ameli.fr/somme/medecin/actualites/mention-non-substituable-des-changements-au-1er-janvier-2020> (consulté le 8 janvier 2020)

85 Ordre national des pharmaciens [en ligne]

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/La-serialisation-en-marche> (consulté le 11 décembre 2019)

- 86 Le moniteur des pharmacies [en ligne]
https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/dispensation-protocolisee-en-pharmacie-le-travail-ne-va-pas-manquer.html?fbclid=IwAR32eA54ZDFYsXZrNY2gqNbzKDWgCgU_4d8-QSABb-FMgzGPykLGpmKCYgo (consulté le 12 décembre 2019)
- 87 Meddispar [en ligne]
<http://www.meddispar.fr/Medicaments-biologiques-et-biosimilaires/Criteres#nav-buttons>
(consulté le 19 janvier 2020)
- 88 Pharmacie universitaire de Genève [en ligne]
https://pharmacie.hug-ge.ch/ens/conferences/2018_Biosimilaires_PharmaGeneve.pdf
(consulté le 21 janvier 2020)
- 89 Ordre national des pharmaciens [en ligne]
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/278090/1458493/version/8/file/Cahier+th%C3%A9matique+9+-+Les+pharmaciens+et+la+vaccination.pdf> (consulté le 21 janvier 2020)
- 89 Santé publique France [en ligne]
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-diphtherie-tetanos-poliomyelite-coqueluche-par-groupe-d-age> (consulté le 22 janvier 2020)
- 90 Ordre national des pharmaciens [en ligne]
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/278090/1458493/version/8/file/Cahier+th%C3%A9matique+9+-+Les+pharmaciens+et+la+vaccination.pdf> (consulté le 22 janvier 2020)
- 91 Ben Ahmed I. Berriche O. Blouza S. Jamoussi Kamoun H. Ounaissa K. Observance médicamenteuse chez le sujet âgé diabétique. *Diabetes et metabolism* 2007; 33. 125
- 92 L'observatoire des seniors [en ligne]
<http://observatoire-des-seniors.com/37-des-plus-de-75-ans-sont-touchees-par-lhypertension-en-france/age/> (consulté le 23 janvier 2020)
- 93 Leem [en ligne]
<https://www.leem.org/presse/comment-ameliorer-lobservance-des-traitements> (consulté le 23 janvier 2020)

- 94 Ordre national des pharmaciens [en ligne]
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-patients/Le-pharmacien-et-vous> (consulté le 24 janvier 2020)
- 95 Geremi J. L'OFFICINE ET LES SPÉCIFICITÉS DU RÔLE DU PHARMACIEN AU QUÉBEC. [En ligne] thèse de doctorat en pharmacie. Toulouse : université Toulouse III Paul Sabatier, 2016. Disponible sur <http://thesesante.ups-tlse.fr/1274/1/2016TOU32044.pdf> (consulté le 24 janvier 2020)
- 96 CPCMS [en ligne]
http://cpcms.fr/wp-content/uploads/2015/06/Guide_PH6_2015_partie2.pdf (consulté le 24 janvier 2020)
- 97 Ameli [en ligne]
<https://www.ameli.fr/somme/pharmacien/actualites/signature-de-lavenant-18-sur-les-trod-de-langine> (consulté le 1 mars 2020)
- 98 ARS [en ligne]
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/depistage-du-diabete-de-type-2-par-les-pharmaciens-dofficine-resultats-de-lexperimentation-2017> (consulté le 27 janvier 2020)
- 99 Pharmagest [en ligne]
<https://pharmagest.com/focus-belgique-prescription-electronique/> (consulté le 30 janvier 2020)
- 100 Smart Rx [en ligne]
<https://www.smart-rx.com/actualites/prescription-electronique-et-pem2d/> (consulté le 30 janvier 2020)
- 101 Ordre des pharmaciens du Québec [en ligne]
https://www.opq.org/doc/media/1954_38_fr-ca_0_guide_exercice_activites_reservees_pharmacien.pdf (consulté le 1 février 2020)
- 102 Sénat [en ligne]
http://www.senat.fr/rap/r17-737/r17-737_mono.html (consulté le 3 février 2020)
- 103 Ordre des pharmaciens du Québec [en ligne]
<https://www.opq.org/fr-CA/grand-public/nouvelles/2017-06-20-la-loi-41-fete-son-deuxieme-anniversaire-> (consulté le 5 février 2020)

104 Le moniteur des pharmacies [en ligne]

<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/200207-automedication-quand-entretien-a-l-officine-et-tiers-payant-definissent-un-parcours-de-soins.html> (consulté le 16 février 2020)

105 Le quotidien du médecin [en ligne]

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/la-suede-retire-le-paracetamol-des-supermarches> (consulté le 5 février 2020)

106 Le figaro [en ligne]

<https://www.lefigaro.fr/societes/le-monopole-des-pharmacies-remis-en-question-20190404> (consulté le 5 février 2020)

107 Le pharmacien de France [en ligne]

<http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/retour-derriere-le-comptoir> (consulté le 5 février 2020)

108 Code de la santé publique [en ligne]

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031923242&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128> (consulté le 5 février 2020)

109 Adenot, I. L'ouverture du capital des officines aux non-professionnels : une fatalité ? Les Tribunes de la santé 2008; 20. 111-125.

110 Capital [en ligne]

<https://www.capital.fr/economie-politique/ce-projet-de-loi-qui-fait-trembler-les-pharmacies-francaises-1361479> (consulté le 13 février 2020)

111 Le quotidien du pharmacien [en ligne]

https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2017/04/06/chambre-disciplinaire-une-affaire-dexception_265527 (consulté le 14 février 2020)

112 Le moniteur des pharmacies [en ligne]

<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3258/faut-il-dissocier-l-embauche-d-un-adjoint-du-chiffre-d-affaires.html> (consulté le 15 février 2020)

HOUBRE Hérald

L'avènement de la pharmacie, évolution et perspective d'avenir

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie
Université de Picardie Jules Verne

2020

Mots clés : officine, apothicaire, pharmacien, perspective d'avenir, évolution, nouvelle mission.

RESUMÉ

Le pharmacien au travers du serment de Galien s'engage aux services de ses patients.

Ainsi, le pharmacien grand descendant de l'apothicaire d'avant 1789 est toujours garant de son investissement au service de la santé sans chercher à s'enrichir. De cette manière, l'apothicairerie a profité de l'élan de liberté du siècle des lumières pour fonder les bases de la pharmacie.

Et à chaque étape importante de l'histoire, la pharmacie se concentre sur les meilleures directives à prendre dans l'intérêt des malades.

De nos jours, la pharmacie garde un esprit de modernité pour répondre au besoin de services à la personne à une échelle mondiale face à une concurrence impitoyable.

Mais sera-t-il toujours possible d'apporter une solution dans l'intérêt de la santé des patients ?

JURY

Président : M. Jean-Marc CHILLON, Enseignant chercheur et directeur de la faculté de pharmacie de Amiens.

Membres : M. Eric HOUSIEAUX, Pharmacien d'officine
M. Arthur LAUDREN, Pharmacien d'officine