



HAL
open science

Évolution des perspectives officinales au service du système de santé français, en regard d'expériences étrangères

Edwin Lemoine

► **To cite this version:**

Edwin Lemoine. Évolution des perspectives officinales au service du système de santé français, en regard d'expériences étrangères. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03472157

HAL Id: dumas-03472157

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03472157v1>

Submitted on 9 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THÈSE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE JEUDI 9 SEPTEMBRE 2021

PAR **EDWIN LEMOINE**

Né le 27 AOÛT 1994 à PARIS (75)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

**ÉVOLUTION DES PERSPECTIVES OFFICINALES
AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS,
EN REGARD D'EXPERIENCES ÉTRANGÈRES.**

PROBLÉMATIQUE :

**Après avoir étudié succinctement les différents modèles de santé
dans le monde et plus particulièrement en France ainsi que son
système officinal, comment peut-on contribuer
à améliorer et consolider notre système de santé
par notre profession de pharmacien d'officine en France ?**

JURY :

Président : **Professeur Laurence CAMOIN**, Laboratoire d'Immunologie-Hématologie,
Faculté de Pharmacie, Marseille

Membres : **Docteur Félícia FERRERA**, M.A.S.T, Faculté de Pharmacie, Marseille

Docteur Maxime MENDELSON, Pharmacien, Mallemort

Docteur Florence LEBRUN, Pharmacienne

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

ADMINISTRATION :

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

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT
M. Hervé KOVACIC

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

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

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

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

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

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

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

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

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

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Aurélie LEROYER
M. Romaric LACROIX
Mme Sylvie COINTE

MICROBIOLOGIE

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

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE

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

BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

Mme Anne-Claire DUCHEZ

BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE

Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Mélanie VELIER

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine BADENS

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. David BERGE-LEFRANC

CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE

M. Pascal RATHELOT
M. Maxime CROZET

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

M. Patrice VANELLE
M. Thierry TERME

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE

Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDER Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC
---	---------------

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

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

A.H.U.

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

ATER.

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

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

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

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

***« L'UNIVERSITE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS LES THESES.
CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS. »***

REMERCIEMENTS

Je voudrais dans un premier temps remercier **Félicia Ferrera** qui a été ma maître de thèse et m'a accompagné dans ce projet.

Je voudrais également remercier **Laurence Camoin** qui me fait l'honneur d'être présidente de ma thèse.

Je voudrais aussi dire un grand merci à **Maxime Mendelsohn** qui m'a permis d'effectuer mon stage de fin d'études dans son officine et où j'ai pu apprendre beaucoup de choses ainsi que **Florence Lebrun** qui lors de mes premières expériences en officine m'a montré le métier.

Je voudrais également remercier la **GCPM**, ils se reconnaîtront tous et c'est avec eux que j'ai construit ma vie d'étudiant et que nous avons effectué nos études mais également participé à la vie de la faculté avec la corpo.

À Alex, Breg, et Hélène, qui sont les personnes que je considère comme mes meilleurs amis. Des amis nous en avons peu mais on peut toujours compter sur eux.

Bien évidemment, je remercie mes parents, sans qui tout ce parcours n'aurait pas pu être possible car j'ai eu la chance d'être épaulé dans mon parcours aussi bien sur l'aspect financier que par leur soutien. En effet, mes parents ne m'ont jamais incité à faire d'études mais m'ont toujours soutenu dans mes choix et si j'en suis arrivé jusque-là c'est bien évidemment grâce à eux.

Je dédie bien évidemment ma thèse à mes parents mais également à Diane qui m'accompagne dans la vie depuis près de 4 ans et qui a relu l'intégralité de ma thèse afin d'y apporter certaines corrections notamment dans les formulations, je ne la remercierai jamais assez.

Table des matières

INTRODUCTION	12
PARTIE I : FONCTIONNEMENT DE LA SANTÉ DANS LE MONDE VIA LES DIFFÉRENTES INSTANCES ET LES DIFFÉRENTS MODELES, AINSI QUE LA PLACE DE L'OFFICINE.	15
I. Les différentes instances qui synchronisent la santé dans le monde.....	16
1) Les organismes mondiaux	16
a. L'Organisation des Nations Unies (l'ONU).....	16
b. L'OMS	22
c. Les organismes mondiaux qui sont en lien direct avec l'OMS : L'UNICEF, la FOA	32
2) Les instances du médicament dans le monde	36
a. FDA.....	38
b. L'Agence Européen des Médicaments (AEM)	40
3) Les atouts et les faiblesses de ces instances.....	42
II. Les trois principales orientations des systèmes de santé en Europe et dans le monde.....	46
1) Définition globale de ce qu'est un système de santé.....	46
a. Définition d'un système de santé et d'un système de soin	46
b. Les attentes du système de santé équilibré : objectifs, moyens mis en œuvre.....	48
c. Comment évaluons-nous l'efficacité et la performance d'un système de santé.	49
2) La différence des modèles des couvertures maladies et de l'organisation des systèmes de soins dans le système Bismarckien et Beveridgien ainsi que leurs influences dans les systèmes de santé européens.	54
a. Le modèle Bismarckien	54
b. Le modèle Beveridgien.....	57
c. Malgré la divergence de ces deux systèmes nous voyons une convergence sur certains points.	60
3) L'émergence du modèle libéral de santé	62
a. Principes et valeurs de ce système	62
b. Le système de santé libéral expliqué grâce à l'exemple des États-Unis.	62
PARTIE II : LE SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE	66
LES ORIENTATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE	66
I. Les axes principaux de la politique de santé	66
1) La protection de la santé	66
a. La protection des personnes.....	66
b. La protection du milieu	70
2) La lutte contre les maladies, les dépendances et les comportements déviants	72
a. Lutte contre les maladies	72
b. Lutte contre les dépendances légales aux yeux de la loi	73
II. L'encadrement juridique des moyens sanitaires.....	83
1) La répartition des établissements et des professions de santé.....	83
a. Les différentes structures de notre système de santé en France	83
b. Le système hospitalier français	98
c. Les professionnels de santé	104
2) L'encadrement des prestations de santé	108
a. Les laboratoires d'analyses de biologie médicale	108
b. L'aide médicale urgente (AMU)	109
c. Les transports sanitaires	110
d. La télémédecine	110

e.	Les permanences de soins.....	112
f.	Les pôles de santé	112
g.	Les EHPAD	113
h.	Les HAD	114
III.	Les nouvelles orientations du système de santé.....	115
1)	Historiques des réformes depuis la fin de la 2 ^{ème} guerre mondiale.....	115
2)	Projet de loi « Ma Santé 2022 ».....	119
3)	SÉGUR de la santé	124
LE FINANCEMENT DE LA POLITIQUE DE SANTÉ EN FRANCE ET SA REPARTITION SUR		
L'ENSEMBLE DE LA POPULATION		
		129
I.	Le financement de la politique de santé en France	130
1)	L'origine de la protection sociale en France	130
a.	Définition et caractéristiques.....	130
b.	Les différentes prestations sociales et ces évolutions en France ainsi que ses coûts.....	131
2)	Le financement de la protection sociale	135
a.	Cotisations sociales	135
b.	Ressources fiscales (impôts et taxes qui sont dédiés au système de santé).....	135
c.	Contribution de l'état.....	135
d.	Recettes totales contribuant au financement de la protection sociale en France et équilibre au cours des décennies entre les recettes et les dépenses.....	136
II.	La répartition des financements.....	138
1)	La sécurité sociale	138
a.	Historique.....	138
b.	Son organisation.....	140
c.	Les différentes lois annuelles de financement de la sécurité sociale	143
2)	L'assurance maladie du régime générale de la Sécurité Sociale.....	148
a.	Les différentes missions et prestations.....	148
b.	La répartition des différentes offres de l'Assurance Maladie	149
3)	Répartition des dépenses et de la consommation des dépenses courantes de santé de notre pays en comparaison avec les autres pays du monde.....	155
4)	Les différentes aides pour les patients en situation de précarité.....	158
PARTIE III : LE FONCTIONNEMENT ET LA PLACE DE L'OFFICINE ET DONC		
DU PHARMACIEN TITULAIRE OU ASSISTANT DANS NOTRE		
SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS		
		161
I.	Formation et encadrement juridiques des officines et du pharmacien en	
	France.....	162
1)	La profession de pharmacien.....	162
a.	Étude, réglementation et orientation de la profession de pharmacien.....	162
b.	Représentation des étudiants en pharmacie et de la profession de pharmacien d'officine.....	172
2)	Environnement officinale et rôle du pharmacien titulaire en 2020.....	181
a.	L'environnement officinal d'un pharmacien titulaire	181
b.	Rôle du pharmacien titulaire.....	182
II.	Le circuit du médicament et l'environnement officinal.....	185
1)	Réglementation des médicaments en France.....	185
a.	Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les médicaments.....	185
b.	L'ANSM.....	186
c.	Comité de Transparence	187
2)	Les acteurs de l'industrie pharmaceutique au service de l'officine.....	188
a.	L'environnement officinal	188
b.	Les grossistes.....	190

c. Les dépositaires, les Centrales d'Achats Pharmaceutiques (CAP), et les Structures de Regroupements à l'Achat (SRA).....	192
d. Les groupements et GIE	195
III. Les officines	197
1) Vision personnelle d'une officine à travers une expérience	197
2) Réglementation et répartition des officines en France.....	199
3) Les nouvelles missions officinales.....	202
4) La place de l'officine dans notre système actuel	205
 PARTIE IV : LES DIFFERENTES AMELIORATIONS QUI POURRAIENT ETRE BENEFIQUES NON SEULEMENT POUR NOTRE PROFESSION MAIS SURTOUT POUR LA SANTÉ DU PATIENT PAR UNE PRISE EN CHARGE PLURI-DISCIPLINAIRE ET POUR ABOUTIR A UNE AMÉLIORATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ.....	 208
I. Liens entre « ville/hopital » à promouvoir pour une prise en charge globale du patient	208
1) Conciliation médicamenteuse	209
a. Définition.....	209
b. Étude de la HAS sur la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse validée le 18 mars 2020 et étude réalisée au Centre Hospitalier de Salon de Provence.....	210
c. Préconisations	213
2) Les ordonnances de sortie	214
a. A quoi servent ces ordonnances	214
b. Exemple concret avec un essai de mise en place d'une ordonnance de sortie à l'hôpital de salon pour les soins post opératoires (pansements).....	215
3) Étude réalisée lors de mon 1er stage hospitalier sur le suivi et l'observance des patients traités par les neuroleptiques injectables à l'hôpital de Sainte Marguerite à Marseille	217
a. Présentation du poster réalisé	217
b. Les différentes solutions pour favoriser cette observance	218
II. Les autres missions à approfondir en officine ou à créer pour améliorer la prise en charge des patients.....	220
1) Le Développement Professionnel Continu	221
2) Renforcer les nouvelles missions pharmaceutiques	223
a. Les entretiens pharmaceutiques à élargir à d'autres domaines	223
b. Vaccination COVID et TROD a l'officine	225
c. Prescription de certains médicaments par le pharmacien.....	228
3) Place de la E-santé dans les années à venir dans les officines	229
4) La prévention en pharmacie	232
a. Missions de prévention existantes.....	232
b. Les missions à développer.....	234
5) Pharmacien correspondant	235
 CONCLUSION	 236
BIBLIOGRAPHIE	238
FIGURES	246
ANNEXES	249
 SERMENT DE GALIEN	

INTRODUCTION

Avant de rentrer dans le cœur du sujet, revenons au fondement de notre société qui a permis depuis des décennies d'obtenir un certain équilibre dans le monde.

Cet équilibre a permis à nos sociétés de fonctionner et de créer notre système de santé.

Cet « équilibre » s'est construit au fil des siècles depuis bien plus longtemps que nous ne pouvons l'imaginer. Mais, il suffit juste de remonter quelques siècles en arrière pour comprendre le cheminement et la construction de notre société comme nous la connaissons actuellement.

En effet, **Thomas Hobbes (1588-1679)**, **John Locke (1632-1704)** et **Jean-Jacques Rousseau (1712-1778)** ont tenté chacun à leur manière, d'expliquer l'origine et les rouages de toute communauté humaine.

C'est par la pensée, les convictions, ou encore par des engagements que la société a pu se construire. Comme le résume très bien **Rousseau dans le Contrat social** : « *chaque citoyen n'est rien, ne peut rien que par tous les autres* ».

Je trouve cette phrase datant du 16^{ème} siècle encore très parlante de nos jours. On ne peut pas bâtir une société sans principe et sans rigueur. Il faut donner du sens pour que le système fonctionne et qu'il y ait une véritable cohésion de groupe en dépit d'avis divergents, cela permet de débattre et de partager des moyens pour construire la société.

Cependant, tout le monde croit en une base qui a permis la création dans notre pays, de la République, où chacun est libre de faire ce que bon lui semble dans le respect d'autrui.

Lorsque que nous dérogeons à ces règles notre système nous le fait savoir par l'intermédiaire des garants de la République.

Aujourd'hui la politique est un mot qui fait peur, que chaque personne essaye de manier avec prudence, c'est un sujet tabou, beaucoup de gens ne dévoilent pas leur penchant politique par peur d'être jugé par leur entourage ou par autrui mais chaque personne en parle quotidiennement sans même sans rendre compte. La politique permet de s'intéresser à ce qui nous entoure.

La société, la communauté sont des concepts qui ont fonctionné de tout temps. En effet, comme nous le dit **Yuval Noah Harari** dans son ouvrage ***Homos Sapiens***, on peut imaginer et cela a été démontré par les scientifiques que « l'Homo sapiens » vivait en collectivité et avait besoin d'un groupe pour survivre.

Sous la Rome antique, un système sociétal existait déjà. Il était bien évidemment différent du nôtre mais a permis à cet empire de prospérer durant plusieurs siècles. En effet, par l'établissement de certains codes et valeurs, les Romains ont permis la construction de cet empire. Il en reste de nos jours des vestiges fonciers mais également culturels et idéologiques.

(1) Encore plus récemment, il nous reste des vestiges de **Napoléon Bonaparte** dans nos institutions. En effet, il nous a notamment légué le code civil, le principe d'égalité, le cadastre, le registre de la population.

Cette énumération n'a rien à voir à proprement parler avec la santé mais est pour moi le fondement même de toute chose et par conséquent de notre système de santé.

Il y a une expression qui me marque mais qui laisse à mon avis beaucoup de gens indifférents c'est lorsque nous parlons de « politique de l'entreprise ». Lorsque que nous entendons cette phrase nous pensons instinctivement au fonctionnement de l'entreprise.

Je pense que la politique se résume à ce concept, elle permet le fonctionnement et l'amélioration globale de nos institutions en fonction de l'évolution de notre société.

Elle existe à tous les niveaux de notre société et elle est fondamentale mais comme tout, elle est malléable et les principes en sont modifiables.

Mon but à travers cette thèse est d'acquérir des connaissances approfondies du système de santé. En effet, durant les 6 années d'études théoriques qui, ont duré pour ma part 9 ans, nous avons eu un enseignement très riche dans les domaines médicaux et pharmaceutiques.

Nous avons appris l'art du médicament, la science des potions même si de nos jours le terme d'apothicaire est désuet et le temps où le pharmacien confectionnait les préparations magistrales ou officinales dans sa pharmacie est lointain pour des raisons économiques. Il est vrai que pour une pharmacie moyenne ou même plus grosse, la rentabilité n'est plus au rendez-vous car il y a de moins en moins de préparations prescrites par les médecins.

Le faible nombre de demandes a donc conduit la plupart des pharmaciens à fermer leurs laboratoires et à déléguer à d'autres pharmacies, qui en centralisant les préparations de plusieurs ont permis une continuité de cette activité. Je pense notamment dans le Sud de la France à la **pharmacie Fabre Delpech** qui s'appelle désormais **Franceprep** ou encore à la **pharmacie des Rosiers** qui confectionnent les préparations pour de nombreuses pharmacies de la région.

Je souhaite, à travers ce travail de recherche et d'analyse, mieux comprendre notre système de santé en France, comment il fonctionne, ses lois, ses rouages, ses brèches et sa friabilité pour voir la place que pourrait avoir le pharmacien pour l'améliorer.

En effet, depuis plusieurs décennies et pour encore de nombreuses années notre métier est en pleine évolution. Le pharmacien doit donner l'image d'un véritable professionnel de santé, en prodiguant des conseils lorsque qu'un patient entre dans son officine et en étant à son écoute.

En pratique, les gens se tournent généralement vers leur officine de quartier lorsqu'ils ont un problème. Notre rôle est donc de les conseiller et de les orienter vers d'autres professionnels de santé lorsque nos compétences ne sont pas suffisantes. Effectivement, notre système de santé est riche en professionnels qualifiés permettant une prise en charge globale du patient et notre rôle est de pouvoir l'orienter vers ce professionnel adéquat.

Le but ultime est une coopération entre professionnels pour une prise en charge optimale du patient. C'est pour cela qu'on voit fleurir un peu partout des structures qui réunissent de nombreux professionnels de santé favorisant cette prise en charge globale.

Une des forces majeures de l'officine de ville est son maillage territorial extraordinaire qui permet à chaque individu d'avoir une officine à proximité de chez lui dans la majorité des cas.

Il faut se servir de cette force pour unir les professionnels de santé mais aussi les professions paramédicales ou apparentées à la santé.

Nous allons dans un premier temps expliquer le fonctionnement des systèmes de santé dans le monde en essayant de les catégoriser en fonction de leur financement, fonctionnement, gestion pour ensuite décortiquer notre système de santé Français plus en profondeur avant de s'intéresser plus particulièrement à l'officine, son organisation, les entités qui permettent son fonctionnement ainsi que les différentes missions qui lui sont confiées. Enfin, nous essayerons de trouver des pistes de solutions pour améliorer notre système de santé français par les officines via des cas concrets.

PARTIE I : FONCTIONNEMENT DE LA SANTÉ DANS LE MONDE VIA LES DIFFERENTES INSTANCES ET LES DIFFERENTS MODELES, AINSI QUE LA PLACE DE L’OFFICINE.

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (l’OMS) chaque système de santé dans le monde est organisé autour de trois éléments.

En premier lieu, à travers la population qui formule *des demandes de soins*. En deuxième lieu, à travers *l’offre de soins* qui est ni plus ni moins **fournie** par le système de soins qui permet de répondre aux demandes de la population. En troisième et dernier lieu, *sa réalisation* qui est permise par les institutions du pays qui gèrent ses administrations et son financement par sa politique.

On distingue dans le monde trois types de système de santé sans parler des pays en voie de développement, il y a :

- Le système **BISMARKIEN** qui *repose sur un financement par les entreprises et des assurés via les cotisations sociales*. C’est un système solidaire où tout le monde participe au financement pour les autres. Ce mode de fonctionnement est caractéristique de certains pays d’Europe notamment la France, l’Allemagne, les Pays-Bas, le Luxembourg ou encore la Belgique.
- Le système **BEVERIDGIEN** qui lui repose sur la solidarité nationale et qui est *financé essentiellement par les impôts*. C’est le cas de certains pays autour de nous comme le Royaume-Uni, l’Irlande, l’Espagne, le Portugal, l’Italie, le Danemark, la Finlande et la Grèce.
- Vient ensuite le système **LIBERAL** comme aux États-Unis d’Amérique où *le financement des soins est individuel* et où la concurrence fait rage entre les assureurs et les établissements de santé.

Comme en France, la tarification à l’activité devient monnaie courante dans de nombreux pays, pour certains depuis longtemps comme les États-Unis et l’Australie et pour d’autres de manière plus récente comme l’Espagne, l’Italie, l’Allemagne, Pays-Bas.

Avant de décrire ces systèmes, nous allons essayer de comprendre le fonctionnement et l’utilité des instances qui donnent un liant à la santé mondiale tel que l’OMS, l’UNICEF et des structures plus spécialisées dans le médicament comme la FDA aux USA, l’AME en Europe ou encore l’ANSM en France. Nous montrerons également leurs faiblesses qui ont été mises à nu durant cette pandémie mondiale causée par le COVID-19.

I. Les différentes instances qui synchronisent la santé dans le monde

1) Les organismes mondiaux

a. L'Organisation des Nations Unies (l'ONU)

Mais d'où vient l'ONU ?

Un bref rappel historique s'impose pour comprendre la formation de ces différentes institutions.

Tout d'abord, il y a eu une approche de globalisation pour essayer de trouver des institutions rassemblant le monde entier, généralement ces organismes ont vu le jour à la sortie de terribles conflits notamment à la fin de la Première Guerre mondiale avec la création de la **Société des Nations (SDN) (I3)** par la ratification du traité de Versailles en 1919 qui fut un échec car il n'a pas réussi à empêcher certains conflits comme la Seconde Guerre mondiale.

Cependant, cela a lancé une nouvelle façon de construire le monde en s'unissant et en prônant la négociation collective plutôt que la division, concept, qui avait sillonné le monde durant les siècles précédents par la soif de conquête et de pouvoir.

Le but n'est pas de connaître spécifiquement cette institution mais de comprendre le mécanisme qui a vu le jour pour essayer de fonder une organisation mondiale qui débouchera sur l'ONU en 1945 et sur des institutions spécialisées comme l'OMS en 1948.

La création de la SDN a été impulsée par le président des États-Unis d'Amérique Woodrow Wilson mais aussi étonnant que cela puisse paraître les USA n'ont pas ratifié le traité de Versailles bloqué par le Sénat américain. Comme le montre la figure 3, il y a eu des membres fondateurs qui sont restés jusqu'à sa dissolution, d'autres sont partis entre les deux guerres comme le Japon (en 1933), l'Italie (en 1937) et l'Allemagne Nazie, d'autres qui sont arrivés en cours de route et d'autres qui n'y ont jamais adhéré. Mais en regardant cette carte nous voyons bien que presque tous les pays du globe ont participé de près ou de loin à cette Société des Nations qui deviendra l'ONU à la fin de la Seconde Guerre mondiale.

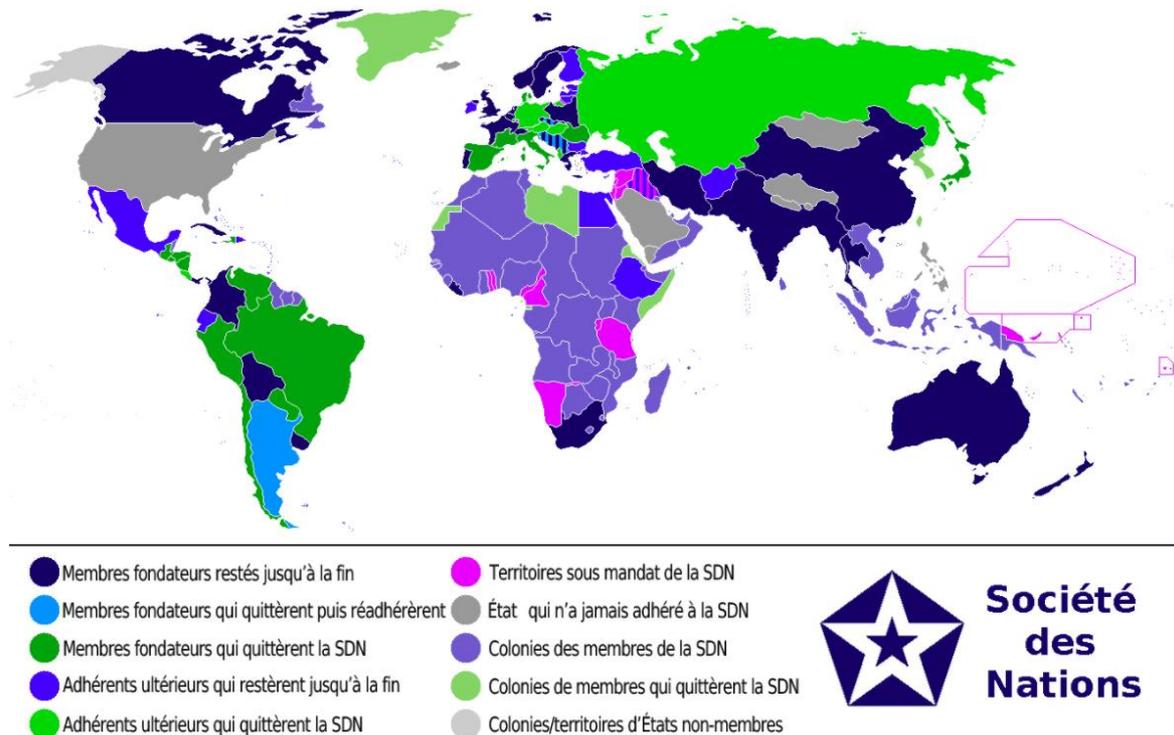


Figure 1 Organisation des pays ayant participé à la création et au développement de la Société Des Nations.

L'**ONU (11)** a été créée peu après la fin de la Seconde Guerre mondiale faisant plus de 60 millions de morts, ce qui représentait à l'époque 2,5% de la population mondiale.

L'ONU a vu le jour le 24 octobre 1945 par la ratification de la charte des Nations Unies par les 51 États membres et fondateurs dont la France, les États Unis d'Amérique, la Chine, l'URSS à l'époque ainsi que le Royaume-Uni.

L'un des principaux objectifs de l'ONU est de résoudre les problèmes internationaux pour le bien de l'humanité en essayant d'englober le plus de domaines possibles. C'est ainsi que plusieurs entités ont été créées depuis la formation de l'ONU pour tendre à une unité internationale qui reste toutefois difficile à atteindre.

L'ONU se compose de **six organes principaux** qui sont :

- **L'Assemblée générale** où se réunissent les 193 États membres de l'ONU chaque année à New York et élitant chaque année un nouveau président.



- **Le Conseil de sécurité** qui a pour rôle de maintenir la sécurité et la paix dans le monde conseillant fortement à ses membres de respecter ses lignes directrices. Il n'est pas composé de tous les membres de l'ONU (se référer à la figure 1 plus bas). Ce conseil a vraiment pour rôle de maintenir un certain équilibre mondial et dispose en son sein des casques bleus. Il y a 5 membres permanents et 10 autres membres élus pour une durée de deux ans renouvelable.

- **Le Conseil économique et sociale** jouant un rôle de métronome pour les pays membres des Nations Unies dans les domaines environnemental, économique, et social.

- **Le Conseil de tutelle** mis en place en 1945 pour permettre l'insertion de certains pays par l'intermédiaire d'un pays tuteur. Ces missions initiales ont permis l'insertion de ces pays et donc ce conseil ne se réunit plus chaque année mais uniquement en cas de demande lors de l'Assemblée générale ou bien par la demande au sein du conseil de sécurité.

- **la Cour Internationale de Justice (CIJ)** est l'organe judiciaire de l'ONU qui a été instauré lors de la signature de la charte des Nations Unies en 1945 avant d'entamer son activité en avril 1946. C'est le seul organe qui n'a pas son siège à New York mais à La Haye au Pays-Bas. Il permet une coordination sur les thèmes juridiques des différents organes ainsi qu'entre les différentes institutions spécialisées.

- Enfin **le Secrétariat** qui est un organe central dirigé par un secrétaire général nommé lors de l'Assemblée générale pour une durée de 5 ans renouvelable sous couvert de l'approbation par le Conseil de sécurité. Il est le chef de l'administration de l'ONU et son travail est complété dans le monde par l'aide de nombreux fonctionnaires permettant ainsi d'accomplir les différentes tâches quotidiennes de l'organisation et d'en définir la politique directrice ainsi que ses programmes.

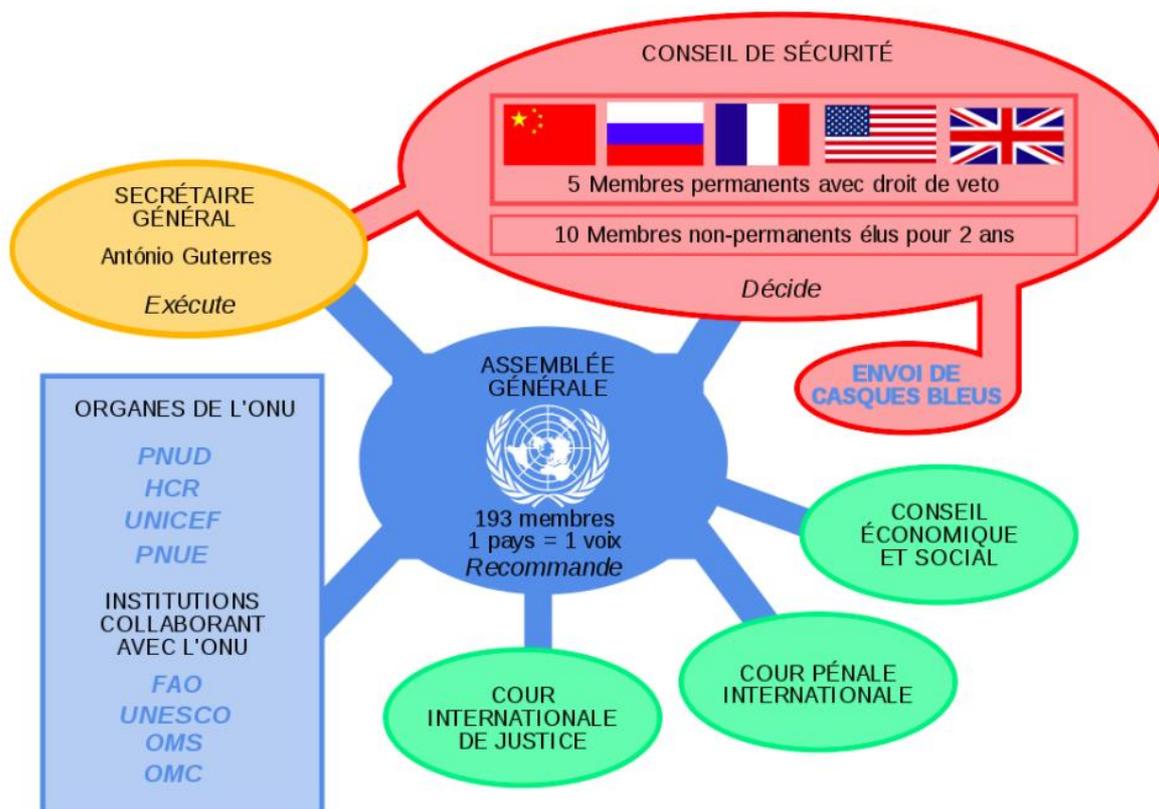


Figure 2 : l'organisation interne de l'ONU

Pour parfaire son organisation et son indépendance vis-à-vis des états fondateurs, il a été créé **des institutions spécialisées** qui sont juridiquement indépendantes de l'ONU et financées essentiellement par des contributions volontaires de la part des gouvernements, ou de particuliers permettant ainsi une coordination de travail avec l'ONU par le biais d'accords négociés.

C'est dans ce contexte qu'a vu le jour le **FMI** le 27 décembre 1945, le **Fond Monétaire International**, permettant la stabilité des monnaies, ou encore la **PAM** (le **Programme Alimentaire mondial**) et **l'UNICEF** (qui s'occupe de la protection des droits des enfants) qui ont une vocation sociale à savoir de limiter les inégalités dans le monde, chose qui reste difficile à honorer compte tenu des divergences politiques qui peuvent exister, je pense principalement aux pays sous l'emprise de « dictateurs ».

Nous ne détaillerons pas toutes les institutions spécialisées de l'ONU car elles sont trop nombreuses (17 à l'heure actuelle) et cela ne nous intéresse pas dans le contexte de cette thèse. Toutefois, nous en étudierons plus bas certaines comme l'OMS ou encore la FOA qui est en charge de la sphère alimentaire et en lien direct avec la santé.

Le but de cette description rapide est de comprendre la formation de l'ONU ainsi que les différents organes et institutions spécialisées (figures 2) qui en découlent, je trouve que le schéma ci-dessous donne une bonne vision des différentes structures qui constituent l'ONU et permet donc de comprendre son fonctionnement, chaque institution correspondant à un pilier de notre société.



Figure 3: Les institutions spécialisées de l'ONU

Il ne faut pas oublier que depuis sa création beaucoup d'hommes et de femmes ont donné leur vie pour essayer de faire vivre et fonctionner cette organisation, pour transmettre leurs valeurs et leurs principes.

L'ONU doit servir de métronome mondial et de fil conducteur pour nous alerter des problèmes mondiaux à résoudre mais également pour apporter des solutions et aider certains pays à s'intégrer dans cette société mondialisée.

Nous allons maintenant nous intéresser aux institutions spécialisées qui sont en lien direct ou indirect avec la santé dans le monde pour connaître les lignes directrices qui sont prônées par l'ONU afin d'atteindre un équilibre sanitaire et nous essaierons de comprendre son rôle durant cette crise majeure de pandémie qui touche le monde actuellement.

Il faudrait peut-être se recentrer sur ces institutions pour permettre une bonne circulation des informations, des moyens de préventions comme les masques, le problème a été élucidé mais a mis du temps à se résoudre comme nous avons pu le constater en début de crise où il n'y avait plus de stocks suffisants en France mais également dans le monde pour subvenir aux besoins de la population.

La question se pose aujourd'hui (Fin janvier 2021) concernant la quantité des vaccins attribués à tel ou tel pays en fonction des laboratoires producteurs et en fonction de leurs origines favorisant certains pays plus que d'autres.

Je pars du principe que cette crise sera résolue lorsque l'immunité collective sera atteinte au niveau mondial et pour y parvenir l'ONU par l'intermédiaire de l'OMS devrait peser plus sur la distribution des doses vaccinales dans le monde pour permettre plus d'équité entre les pays et une impartialité totale en limitant la guerre commerciale et donc économique qui fait rage en ce moment entre les laboratoires et les Etats. C'est la course à celui qui réussira à en commander le plus.

Pour éviter la chianlie actuelle, excusez mon langage très familier mais il n'y a pas d'autre mot pour décrire les inepties qui sont en train de se produire dans le monde avec un retard de distribution des doses pour des raisons pécuniaires et d'opportunismes de la part des différents acteurs.

Une institution comme l'ONU aurait dû prendre les choses en main et répartir lui-même les doses vaccinales contre le COVID.

En effet, il faut que nous gardions à l'esprit quelque chose de très important : le but ultime est de permettre au monde de sortir rapidement de la crise et cela doit passer par une unité mondiale, chose très compliquée de nos jours et cela est bien dommage, tout en résolvant une équation très compliquée : avoir la létalité la plus faible possible tout en permettant une sortie de crise la plus rapide en impactant le moins possible l'économie des pays et la vie des gens ayant un travail.

Pour ce faire, une Assemblée générale exceptionnelle aurait pu se tenir pour encadrer la distribution des doses de vaccins pour le monde entier via un vote des 193 états membres de l'ONU en se mettant d'accord sur une distribution dans les différents pays en fonction des besoins, de manière équitable et aurait peut-être empêché cette guerre de pouvoir et d'argent de certains pays qui essaient de récupérer les marchés pour eux.

Mais pourquoi ce n'est pas le cas ?

Les raisons en sont multifactorielles et je pense qu'une réponse manichéenne est impossible, trop de facteurs, de causes et d'acteurs s'entrecroisent mais nous pouvons essayer d'apporter un axe de réponse.

Les vaccins sont couverts par des brevets qui permettent aux laboratoires d'avoir une certaine immunité et des garanties. Ils peuvent fixer leurs prix et donc vendre au plus offrant en occultant les offres inférieures des pays en voies de développement pour lesquels le développement de laboratoires pharmaceutiques n'existe pas ou est minoritaire.

Nous devons donc nous poser plusieurs questions :

- Le monopole pharmaceutique est-il contrôlé par les grands groupes pharmaceutiques ?
- Pourquoi les USA et l'Europe ont été défavorables à des prix fixes pour les différents vaccins et donc une uniformité de distribution des doses vaccinales sur l'ensemble du globe en fonction des besoins ?

La réponse est elle aussi très complexe mais je fais juste part d'un constat : les laboratoires pharmaceutiques ayant confectionnés les vaccins viennent essentiellement des USA ou de l'Europe.

- Les ficelles sont-elles tirées par les différentes puissances mondiales par pression de leurs laboratoires, ou par la pression économique due à cette pandémie qui couve une crise économique mondiale sans précédent ?

Cette gestion des prix ne devrait pourtant pas poser de soucis car elle est gérée par l'OMC (l'Organisation Mondiale du Commerce : institution spécialisée de l'ONU), mais elle est administrée par les membres de l'ONU et surtout par ceux qui participent activement aux financements de ces institutions et en sont les leaders.

La conjecture se fait facilement et montre peut-être d'où vient cette dichotomie avec d'un côté une difficulté des états et donc des institutions à se positionner et de l'autre des messages forts venant de l'UNICEF, qui prévoit d'envoyer aux pays en voies de développement plus de 2 Milliards de doses de vaccins contre le COVID durant l'année 2021, ou du directeur de l'OMS en Europe avec la volonté d'aider les pays qui en ont le plus besoin pour vacciner leurs populations et donc essayer d'atteindre une immunité collective le plus rapidement possible.

L'échiquier est très complexe et nous n'avons pas toutes les pièces du puzzle pour comprendre exactement les raisons des difficultés rencontrées par le monde sur cette distribution des doses vaccinales malgré une législation bien établie pour l'ensemble de ces institutions.

Nous remarquons toutefois que la stratégie adoptée durant cette pandémie mondiale est différente en fonction des pays et reflète bien les différents systèmes de santé que nous étudierons plus bas : le système Bismarkien, Béveridgien, et le système français qui est un système hybride. Cette différence de gestion a impacté les pays en fonction des mesures prises et a obligé la France et certains pays à fermer leurs frontières comme l'a énoncé Jean Castex à partir du 31 janvier 2021 pour la France car la circulation du virus n'est pas la même dans le monde.

Je pense que cette institution datant de 1945 (l'ONU) pourrait être utilisée différemment pour permettre une certaine harmonie sur notre planète, mais cela est-il vraiment réalisable ? Je pense sincèrement que la réponse est difficile à apporter compte tenu de nos connaissances actuelles. Mais il ne faut pas oublier que ces institutions spécialisées en font beaucoup dans le monde. C'est ce que nous allons essayer d'expliquer maintenant.

b. L'OMS



Fonctionnement, organisation et financement planétaire de cette instance

(12) Le Dr **Tedros Adhanom Ghebreyesus** a été élu Directeur Général de l'OMS pour un mandat de 5 ans, par les États Membres de l'Organisation, lors de la soixante-dixième Assemblée Mondiale de la Santé, en mai 2017.

En 2020, l'OMS compte 194 états membres. Comme dit précédemment, l'OMS est une institution spécialisée de l'ONU chargée de diriger l'action sanitaire mondiale et dépendante d'un des organes principaux de l'ONU : « le Conseil économique et social ». Nous notifions également qu'en janvier 2021 Joe Biden, 46^{ème} président des USA est revenu sur le retrait de son pays de l'OMS, qui avait été commandité par Donald Trump en juillet 2020 mais qui demande un délai d'un an pour être effectif.

En se référant à l'**Annexe 1** de cette thèse nous pouvons voir l'organisation globale de l'OMS par son organigramme datant du 25 octobre 2016, il date d'avant l'élection du Dr **Tedros Adhanom Ghebreyesus** à la présidence de l'OMS donc les noms des directeurs régionaux et des postes clefs de cet organisme ne sont pas exacts mais le but est d'avoir une vue d'ensemble pour comprendre ses domaines d'appétences, ainsi que la constitution même des différents postes de cet organisme.

Le fonctionnement de cette organisation est centralisé autour de son siège situé à Genève ainsi que des 6 groupes géographiques ayant chacun un directeur régional et un siège régional (confère **figure 4**). En effet, on distingue 6 secteurs dans le monde :

- Afrique (en bleue sur la figure 4) son siège est basé à Brazzaville au Congo
- Amériques (en rouge) son siège se situe à Washington DC aux USA,
- Asie du Sud-Est (en vert) son siège est situé à New Delhi en Inde,

- Europe (en rose sur la figure) ayant son siège à Copenhague au Danemark,
- Méditerranée Orientale (en jaune sur la carte) avec son siège en Égypte au Caire et enfin,
- Le Pacifique Occidentale (en bleue turquoise) siégeant à Manilla au Philippines.

(19) En fait de par l'article 44 de sa constitution c'est l'Assemblée qui détermine les zones géographiques régionales et précise également qu'il ne pourra y avoir qu'une seule organisation par région et qui feront partie intégrante de l'OMS.

Chaque organisation régionale se compose d'un **comité régional** et d'un **bureau régional**. Tous les Etats membres sont représentés et répartis dans ses 6 comités régionaux et ont une grande autonomie concernant la politique régionale sanitaire. En effet l'article 50 a) et c) de la constitution de l'OMS lui permet de : « ... *formuler des directives se rapportant à des questions d'un caractère exclusivement régional* » et de « *proposer au bureau régional la réunion de conférences techniques ainsi que tout travail ou toute recherche additionnels sur des questions de santé qui, de l'avis du comité régional, seraient susceptibles d'atteindre le but poursuivi par l'Organisation dans la région...* ». De plus, ces comités permettent d'influencer les budgets régionaux (article 50 f) en aiguillant « *l'affectation de crédits régionaux supplémentaires par les gouvernements des régions respectives si la part du budget central de l'Organisation allouée à cette région est insuffisante pour l'accomplissement des fonctions régionales* ».

Ils permettent également grâce au Secrétariat et au directeur général de donner leurs avis concernant des sujets mondiaux et peuvent exercer des fonctions déléguées soit par le directeur général, soit par l'Assemblée ou le Conseil exécutif de l'OMS.

Les bureaux régionaux sont les organes administratifs des comités régionaux. Ils agissent donc en tant qu'organe exécutif de l'Assemblée et du Conseil exécutif en se cantonnant à sa région. Du point de vue réglementaire, les bureaux régionaux sont placés sous la houlette des comités régionaux et du Directeur Général. C'est le Conseil exécutif de l'OMS avec l'aval du Comité régional qui nomme le Directeur régional, mais le Bureau régional est façonné par un accord commun entre le Directeur Général et le Directeur régional. Cela permet donc d'avoir une certaine uniformité et une cohérence au sein de l'OMS.

Les comités régionaux se réunissent généralement une fois par an pour une durée d'une semaine dans un lieu préalablement défini mais ils peuvent se réunir autant de fois que nécessaire.

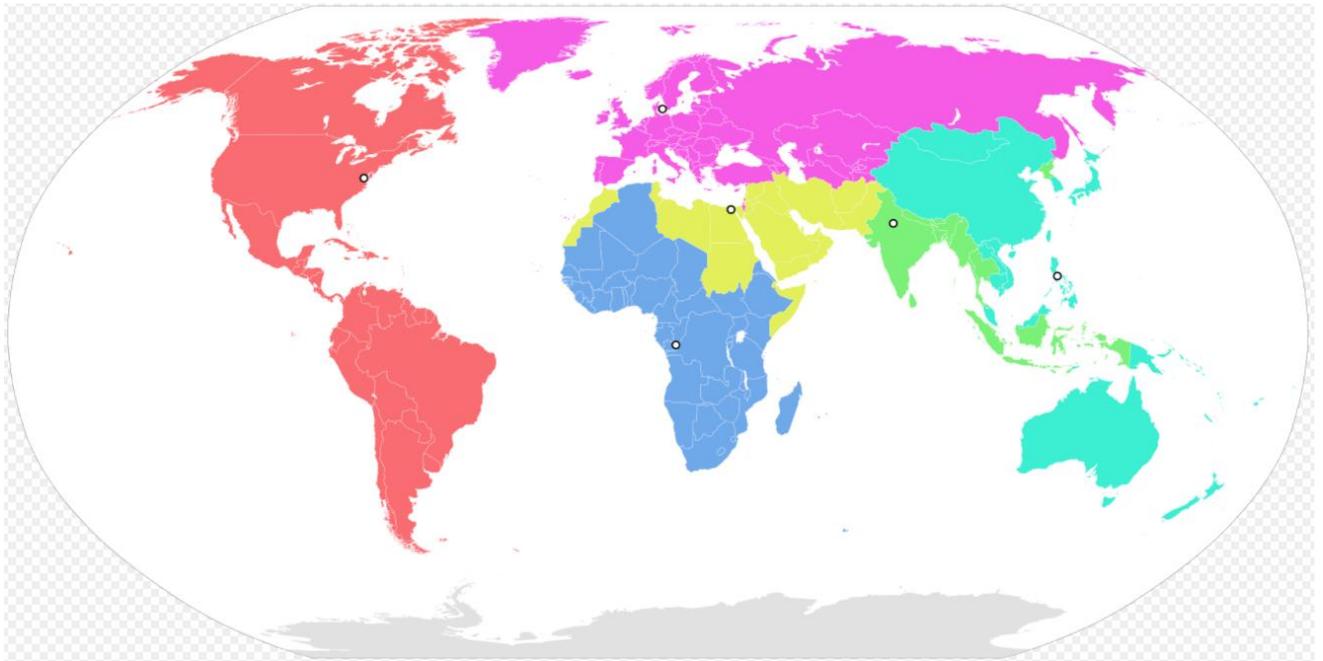


Figure 4 : zones régionales de l'OMS

Nous n'étudierons pas toutes les organisations régionales de l'OMS, mais à travers l'intervention médiatique de son directeur en Europe Hans Kluge pour parler de la gestion du COVID nous voyons bien la volonté pour l'OMS d'unifier les peuples. En effet, lors d'un entretien à l'agence France-Presse le 05 février 2021 comme le relate le Point **(15)** pour parler de la vaccination contre le COVID en Europe, il parle d'une volonté d'union des laboratoires pour permettre un taux de couverture vaccinale acceptable, car comme il l'a rappelé seul 2,5% de la population Européenne a reçu la 1^{ère} dose de vaccin à cette date, ce qui est évidemment trop faible pour le moment. Il espère une amélioration rapide mais reste perplexe sur les variants.

De plus, il espère une solidarité européenne pour répondre aux besoins des pays les plus pauvres en partageant leurs doses lorsque la couverture vaccinale aura atteint les 20% en Europe incluant les personnes âgées et vulnérables, ainsi que les personnes ayant des comorbidités. Il reste toutefois optimiste sur l'évolution de la situation.

(19) En plus de son siège central à Genève et des directeurs régionaux l'OMS s'appuie sur son Secrétariat, son organe décisionnel à savoir l'Assemblée Mondiale de la santé (AMS), ainsi que sur son Conseil exécutif.

Le Secrétariat qui est l'organe permanent de l'organisation englobe le Directeur Général (DG), actuellement le Dr **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ainsi que tout le personnel technique et administratif nécessaire au bon fonctionnement de cette organisation.

Le DG est le plus haut fonctionnaire de l'organisation, il est par conséquent le secrétaire de l'Assemblée (AMS), du Conseil exécutif ainsi que de tous les comités et commissions et des conférences commandées par l'organisation. Il a également le pouvoir de déléguer ses fonctions.

Cet organe permet d'être le lien via son DG avec les administrations sanitaires ainsi que les organisations nationales des régions. Il permet de coordonner l'action sanitaire des états membres. Il permet également d'entretenir d'étroites relations avec les organisations internationales qui sont en lien avec les champs de compétences de l'OMS (UNICEF et FOA par exemple).

Le Secrétariat permet grâce à son DG, qui est autorisé à nommer son personnel, (article 35 de sa constitution) de jouer un rôle central dans le processus décisionnel des finances de l'organisation en préparant les rapports budgétaires et financiers (article 34).

L'AMS est l'organe central de l'OMS qui comprend les 194 états membres de l'OMS se réunissant chaque année à Genève (au siège central de l'OMS). Son rôle est de définir les orientations politiques et donc les programmes de cette organisation et d'adopter des projets de convention dans ses domaines de compétences et de donner des recommandations aux états membres.

Elle peut aussi se réunir sur demande du Conseil exécutif ou de la majorité des membres et c'est le Conseil exécutif qui fixe le lieu et la date de cette réunion.

Chaque état membre a un droit de vote et envoie en général trois personnalités spécialisées dans la santé chaque année lors de l'Assemblée.

Les décisions importantes de l'Assemblée sont prises à la majorité des 2/3 des membres présents alors que pour les autres décisions la majorité simple des états membres présents et donc des votants est suffisante.

C'est elle qui dispose d'un pouvoir de contrôle sur les autres organes de l'OMS, elle contrôle et gère les budgets, les finances et choisit également les états qui désignent les membres du Conseil exécutif et nomme également le Directeur Général.

Elle a un pouvoir direct sur le Conseil exécutif et sur le Directeur Générale (même si celui-ci est placé sous l'autorité directe du Conseil).

Dans le contexte de sa relation étroite avec les Nations Unies, elle étudie les recommandations et fait un rapport sur les mesures qui en découlent et qui sont prises par l'OMS émanant des différentes instances des Nations Unies (Assemblée générale, Conseil économique et sociale, Conseil de tutelle ou encore le Conseil de sécurité).

Il y a également **le Conseil exécutif** qui joue un rôle central dans la gestion de l'OMS, il est composé de 31 membres désignés lors de l'Assemblée afin de tenir compte d'une répartition géographique mondiale équitable pour permettre d'avoir la vision la plus juste possible de l'état sanitaire mondiale. A noter également que les états doivent désigner des personnes qualifiées dans le domaine de la santé et c'est une obligation contrairement à l'AMS pour laquelle c'est une simple recommandation.

Tout cela est bien codifié dans sa Constitution est fait donc apparaitre sur le papier une organisation paritaire et non influencée par les grosses puissances.

Selon le statut des membres de ce Conseil n'est pas défini clairement par la constitution de l'OMS. En effet, d'un côté ils sont élus par les membres votants au sein de l'AMS et pourraient donc être considérés comme leurs représentants mais ils sont définis dans la Constitution comme des personnes et non pas des Etats membres et l'article 29 de sa Constitution affirme que « le Conseil exerce au nom de l'Assemblée de la santé tout entière, les pouvoirs qui lui sont délégués par cet organisme ».

Il faut savoir également que contrairement à son Secrétariat qui stipule une interdiction de son personnel de bénéficier d'avantages ou de sollicitations venant des gouvernements ou d'autorités étrangères et oblige en sens inverse les Etats membres à respecter le caractère exclusivement international du Directeur Général et de son personnel. Ce n'est pas le cas pour ce Conseil exécutif.

Il joue un rôle central car il peut convoquer des conférences en sollicitant les Etats membres concernés voir même les organismes régionaux de l'OMS et a également un rôle de représentativité car il peut représenter l'OMS lors de réunions d'autres institutions.

Il a également le pouvoir conféré par l'article 28i de sa Constitution « ... *dans le cadre des fonctions et des ressources financières de l'Organisation, toutes mesures d'urgences dans le cas d'évènements exigeant une action immédiate. Il peut en particulier autoriser le Directeur général à prendre les moyens nécessaires pour combattre les épidémies, participer à la mise en œuvre des secours sanitaires à porter aux victimes d'une calamité et entreprendre telles études ou recherches sur l'urgence desquelles son attention aura été attirée par un état quelconque ou par le directeur général* » et dispose pour à cet effet de fonds spéciaux (article 58).

(10) Maintenant que nous connaissons la structure de cette organisation nous allons nous intéresser à son financement.

Le financement de l'OMS provient de 2 sources différentes :

- **Les contributions fixées** des Etats membres, qui sont calculées en fonction du Produit Intérieur Brut de chaque Pays (PIB) et le pourcentage est fixé lors de l'Assemblée générale des Nations-Unis et approuvées par les états membres tous les deux ans. Elles couvrent un peu moins de 20% du budget global de l'OMS. L'autre partie du financement provient des contributions volontaires.

- **Les contributions volontaires** (approximativement 80%) des Etats membres et des partenaires qui peuvent provenir d'organisations intergouvernementales, d'autres organisations des Nations-Unis, du secteur privé ou encore de fondations philanthropiques.

On distingue 3 types de contributions volontaires :

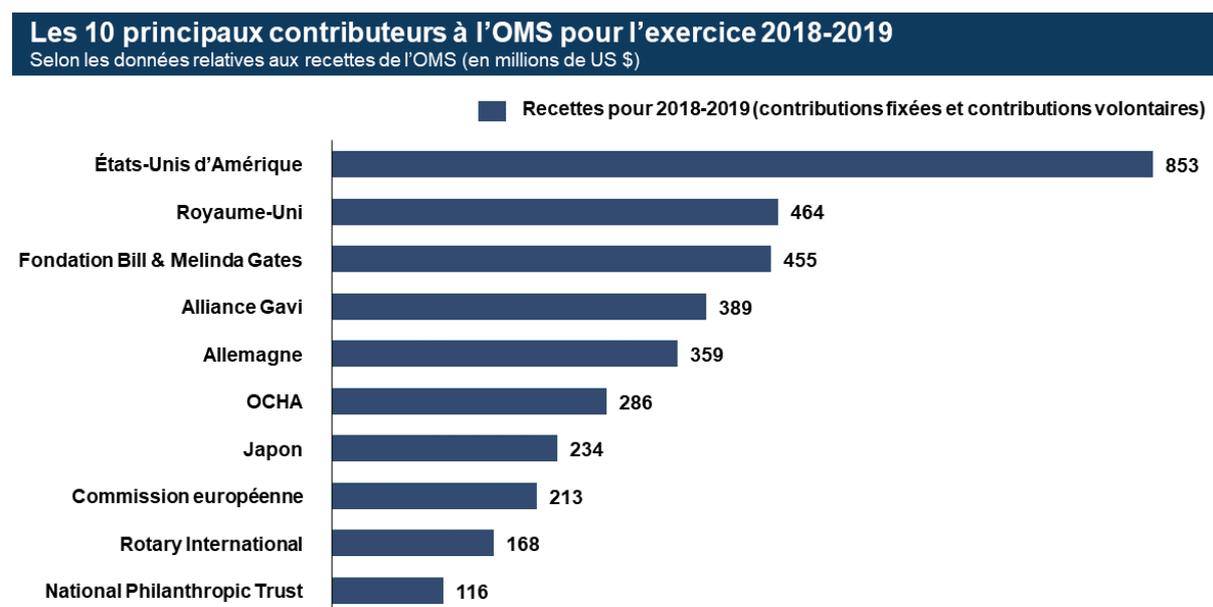
- **Les contributions volontaires de bases** qui sont considérées comme souples car l'OMS peut les utiliser comme bon lui semble. Elles représentent 3,9% des contributions volontaires.
- **Les fonds thématiques et de collaboration stratégique** qui sont considérés comme partiellement souples et représentent 6% des

contributions volontaires. En effet, ils permettent à l'OMS d'allouer cet argent de manière plus efficace et efficiente afin de se concentrer sur les résultats qui permettent de répondre aux priorités du moment.

- **Les contributions volontaires à objet désigné** représentent plus de 90% du financement des contributions volontaires et ne sont pas souples car elles sont versées pour un besoin déterminé donc l'OMS ne peut dispatcher ces financements comme elle l'entend.

Comme leur nom l'indique, les financements souples permettent à l'OMS de répartir le budget selon les besoins et a permis entre autres de promouvoir l'équité entre les sexes et les droits humains dans le domaine de la santé dans le monde notamment en Indonésie et au Népal, et également de permettre une amélioration sanitaire dans des pays qui en ont besoin comme dans les Iles Salomon ou encore au Rwanda.

Pour comprendre quels sont les Etats ou les associations qui ont de l'influence au sein de l'OMS, il faut s'intéresser aux pays et associations qui la financent. Nous voyons bien grâce à la figure 5 que les USA sont loin devant le Royaume-Uni, la fondation Bill et Melinda Gates ainsi qu'Alliance Gavi.



Ce graphique a été mis à jour en septembre 2020 pour tenir compte des contributions fixées aux taux de change de janvier 2019, selon les recettes rapportées dans les états financiers vérifiés. La version précédente du graphique était basée sur les contributions fixées aux taux de change de mai 2017, conformément à [ce qu'avait approuvé l'Assemblée mondiale de la Santé](#)

Figure 5 : les 10 principaux contributeurs à l'OMS pour l'exercice 2018-19

Maintenant que nous avons vu d'où viennent principalement les fonds de l'OMS nous allons nous intéresser à sa distribution sur la période 2020/2021 grâce à la **figure 6** qui permet d'avoir une vue d'ensemble.

En effet, il y a le budget de base (qui représente la plus grosse partie) qui permet entre autres de couvrir les besoins dans les domaines prioritaires (les maladies transmissibles et non transmissibles, la couverture sanitaire universelle ainsi que la santé de la mère à l'enfant). Il y a également le financement pour les programmes spéciaux qui mettent en relation plusieurs organisations comme l'UNICEF ou la banque mondiale par exemple.

A noter également que l'OMS dispose également d'un fond propre pour l'éradication de la poliomyélite dans le monde grâce à l'IMEP (l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite) qui est une stratégie sur 5 ans de 2019 à 2023 visant la disparition totale du poliovirus à l'état sauvage. L'OMS dispose également d'un budget pour pallier aux événements imprévus et qui sert bien évidemment à financer les mesures mondiales dans la gestion de la pandémie du SRAS COV-2.

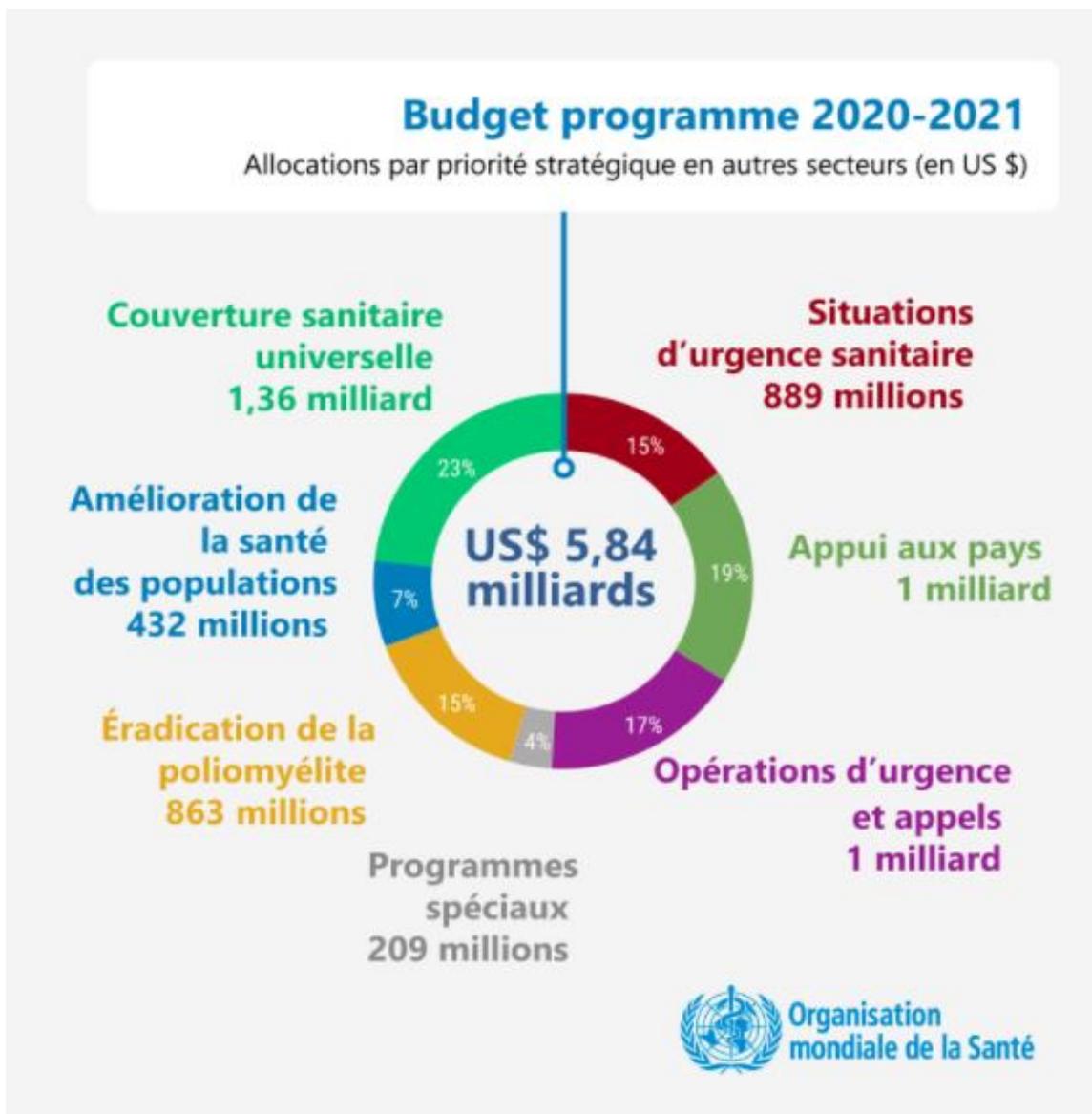


Figure 6 : budget de dépense de l'OMS pour la période 2020-2021

Nous allons voir que malgré cette volonté d'unifier le monde à travers les différentes problématiques sanitaires et épidémiques mondiales, l'OMS et les structures précédentes ont mis du temps à se mettre en place pour acquérir une légitimité totale.

Historique et actions à travers le monde

(I2) L'idée même de la création d'un Organisme mondial de la Santé a émergé des diplomates en 1945 lors de leur réunion pour la création de l'Organisation des Nations Unies (l'ONU) avec l'écriture de la Constitution de l'OMS qui est entrée en vigueur **le 7 Avril 1948**.

Concernant la Santé dans le monde plusieurs organisations ont vu le jour pour essayer d'enrayer certaines épidémies, pandémies et traumatismes dus à la guerre **(I4)**.

En 1851, a vu le jour la 1^{ère} conférence internationale de santé réunissant 12 pays pour lutter contre le choléra, la peste et la fièvre jaune. Elle représente cependant un échec car n'ayant été ratifiée que par la France et la Sardaigne mais ce ne fut que le début des instances de santé dans le monde.

En 1907, **l'OIHP** (Organisation International d'Hygiène Publique) fut créé à Rome et est composée de 13 nations avec son siège à Paris. La particularité de cette organisation est la présence d'un Secrétariat faisant d'elle une organisation permanente. Elle va réaliser dans les années qui suivent des conférences par le biais de son Comité permanent.

Elle a été mise en place pour permettre la surveillance de certaines épidémies/pandémies telles que la peste, le choléra et la fièvre jaune. Ses compétences se sont élargies au fur et à mesure des années en englobant d'autres pathologies comme la tuberculose. Elle adopte en 1927 une nouvelle convention sanitaire internationale prenant en compte également la variole et le typhus et concentre même ses compétences durant la Première Guerre mondiale sur les traumatismes induits par cette Grande Guerre.

A la fin de la Première Guerre mondiale, les USA s'opposent à l'incorporation de l'OIHP dans la toute nouvelle Société Des Nations (car comme évoqué précédemment elle n'en fait pas partie) et compte tenu du contexte sanitaire lié à la pandémie mondiale de grippe espagnole, elle pousse la SDN à la création du « **Comité d'hygiène** » qui est l'ancêtre de l'OMS.

Elle couvre à peu près 70% du globe et se tourne vers d'autres pathologies non prises en charge par l'OIHP comme le cancer, la lèpre et le paludisme. Ces deux « organismes » de santé coexistent en Europe jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale tandis qu'aux USA c'est **l'Organisation sanitaire panaméricaine** qui constitue à cette époque le 3^{ème} organisme de santé dans le monde.

Durant la Seconde Guerre mondiale, un comité inter allié a été créé et fut remplacé en 1943 par l'Administration des Nations Unies pour le Secours et la Reconstruction (**l'UNRRA**).

De 1946 à 1948 durant la formation de l'OMS, avant l'écriture de sa Constitution et sa ratification par les 194 états membres, il y a eu une intégration au sein de l'OMS des différents organismes de la santé existants (l'OIHP, le comité d'hygiène, l'organisation sanitaire panaméricaine, ainsi que l'UNRRA).

Je trouve ce parallèle intéressant pour comprendre l'origine de nos organismes internationaux actuels tels que l'ONU et l'OMS.

(16) Contrairement aux anciens organismes existants, l'OMS a pour principal objectif d'élever le niveau de santé au niveau mondiale en prenant l'intégralité des pays du globe et plus uniquement les pays membres des organisations. Bien entendu, elle est aidée par les autres organismes spécialisés de l'ONU qui sont en lien avec cet organisme comme l'UNICEF et la FOA qui nous décrivons plus bas.

A sa création l'OMS établit des objectifs et un plan d'action basé sur plusieurs axes :

- Une assistance pour les pays qui en font la demande
- L'organisation d'accords internationaux
- Le regroupement de données de santé par l'élaboration de statistiques pour établir des marqueurs dans le monde afin de tracer des stratégies d'actions futures.
- Et bien sûr un soutien à la recherche dans le monde et à la formation médicale disponible pour tous.

Tous ces axes doivent prendre en compte les préoccupations de l'époque qui se centrent autour de la santé de la mère et de l'enfant, du paludisme, de l'alimentation qui sera également encadrée par la FAO, la tuberculose et les MST.

A partir de 1973, la stratégie de l'OMS est la santé pour tous dans le monde en se recentrant sur la lutte contre la pauvreté avec une volonté de distribution des médicaments primaires pour l'ensemble de la population mondiale avec notamment en 1977 le listing des médicaments peu coûteux traitant les maladies à forte prévalence, avec un appel à la « santé pour tous » dans les années 2000 permettant une couverture sanitaire universelle forte volonté de l'OMS qui est toujours d'actualité. Elle porte son action sur un accès à l'eau potable pour tous, un accès à la vaccination équitable contre les maladies infectieuses à travers le monde pour permettre un contrôle à plus ou moins long terme des épidémies et pandémies. Cette stratégie a notamment permis l'éradication de la variole en 1979 **(17)**. Cependant, l'OMS perd progressivement sa notoriété et son poids dans les négociations sanitaires dans les années 80 à cause de sa politique du « quoi qu'il en coûte » en ne tenant pas compte de l'équilibre budgétaire. Cette vision est soutenue par certains auteurs et relayée par l'industrie pharmaceutique en contestant la liste des médicaments « essentiels » tant sur le principe que la forme. C'est dans ces conditions que l'OMS publie une liste élargie de 300 médicaments dit essentiels en 1979 en les recommandant uniquement pour les pays du Sud. Les USA durcissent le ton sous l'influence des laboratoires pharmaceutiques en 1986 en demandant à l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) de changer la politique de l'OMS. L'AMS en s'opposant aux USA entraîne la suspension du versement de leurs cotisations revenant à l'OMS et correspondant à 25% de son financement.

Mais en 1988 lors du changement du Directeur Général de l'OMS et la nomination du libéral Hiroshi Nakajima, ils ont repris une participation mais sous forme de contributions volontaires sur des programmes ciblés en dehors du contrôle de l'AMS. Cette année-là un programme d'éradication de la poliomyélite est lancé par l'OMS.

Dans les années 1990, l'OMS est concurrencée par la banque mondiale bien que les objectifs des deux instances soient très différents, d'un côté l'OMS qui a une approche clinique et non de rentabilité alors que la banque mondiale utilise un indicateur d'efficacité basé sur le rapport coût/bénéfice.

L'OMS est fortement critiquée et même marginalisée comme lors de sa recommandation pour les traitements de la tuberculose (stratégie TODS) en mettant un accent sur la recherche des résistances antibiotiques plutôt que sur la rentabilité et un accompagnement du patient sur son traitement ainsi que son suivi. **(18)** En effet, la banque mondiale et les fonds d'investissements adoptent une nouvelle stratégie en privilégiant les partenariats Public/Privé délaissant peu à peu l'OMS.

Lors d'un entretien le 31 octobre 2008, Patrick Zylberman historien, sociologue, professeur titulaire de la chaire d'histoire de la santé à l'école des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) avait répondu à la question : « *vous avez expliqué que l'OMS avait pris une initiative face à l'épidémie de SRAS. Est-ce qu'aujourd'hui la place de cet organisme est bien reconnue par les états ? Sa position n'est-elle pas fragilisée par les initiatives privées, telle que celle de la fondation Bill Gates ?* ». Il en était ressorti que pour lui l'OMS avait connu dans les années 1980 une traversée du désert mais dans les années 1995 l'OMS a changé sa stratégie en créant une nouvelle division des maladies transmissibles (1996), et le Global Outbreak Alert and Response Network (2001) étant chargé de signaler à Genève « tous les événements susceptibles de donner lieu à des urgences sanitaires de portée internationale » permettant ainsi à l'OMS de prévenir les épidémies et les pandémies dans le monde lui redonnant une importance sur la scène internationale en ouvrant son champ de prévention et de compétences qui se concentrait uniquement sur les trois pathologies de mises en quarantaine (peste, fièvre jaune, cholera). En effet, en 2005 le nouveau règlement sanitaire international dépossède les gouvernements de leurs droits de véto sur le renseignement et la déclaration des événements épidémiologiques dus à la recrudescence des épidémies (le Sida, la Peste en Inde en 1994, Ébola au Zaïre en 1996) et des résistances (comme entre les années 1985-1991 à New York avec l'apparition de résistances de la 1^{ère} ligne d'antibiothérapie contre la Tuberculose), redonnant ainsi du crédit à cette instance même si il ne faut pas se leurrer sur la bonne application de cette loi par la totalité des gouvernements. Cependant comme l'écrit Lion Murad dans son ouvrage *Des épidémies et des hommes* à l'édition la Martinière en 2008, c'est pour l'OMS « *une sorte de seconde naissance* » grâce à cette nouvelle époque et sera mise en avant notamment lors de son intervention en lançant une alerte globale le 12 mars 2003 sur les voyages et déplacements à destination de l'Asie et du Canada à cause de l'épidémie du SRAS sans l'accord préalable des gouvernements.

Elle a permis également d'alerter précocement sur l'épidémie du SRAS COV-2 apparue en Chine fin 2019 qui deviendra une pandémie mondiale en 2020 et qui n'est toujours pas réglée à l'heure actuelle mais elle a sûrement permis une réactivité précoce qui sans elle aurait pu avoir des conséquences effroyables pour l'humanité.

c. Les organismes mondiaux qui sont en lien direct avec l'OMS : L'UNICEF, la FOA



(11) Nous allons nous intéresser à cette organisation qui a été créée le 11 Décembre 1946 afin d'aider à la reconstruction ainsi qu'au soutien des enfants et de la jeunesse dans les pays touchés par la Seconde Guerre mondiale. Son siège se situe à New York, elle est présidée depuis le 1^{er} janvier 2018 par Madame **Henrietta Fore** qui a été nommée par le secrétaire générale de l'ONU. (12) Cette organisation est en lien direct avec l'OMS car elle a pour vocation de s'occuper de la protection des droits des enfants mais également de sa santé.

Nous allons nous intéresser aux champs de compétences de l'Unicef qui sont nombreux.

Cette organisation internationale travaille dans 190 pays à travers le monde afin **de protéger les enfants** et en les incluant tous quels que soient leur origine, leur genre, leur handicap, jusqu'aux enfants exclus de la société par une désertion familiale afin qu'ils puissent s'épanouir dans un environnement stable pour leurs futurs. Elle veut tendre vers **une égalité pour tous les enfants** à travers le monde et organise des missions humanitaires pour réduire au maximum la pauvreté infantile, sujet qui reste encore compliqué de nos jours dans certaines parties du globe. L'Unicef a également vocation à **aider les enfants à survivre** et à s'épanouir dans le monde qui les entourent, en s'assurant du bon développement de l'enfant au cours de la petite enfance à travers un accompagnement dans les pays qui en ont besoin par des campagnes de vaccination, de prévention notamment par la sensibilisation au VIH et donc à l'usage de moyens contraceptifs, mais également un accès à une alimentation et à l'eau potable pour tous ces enfants qui sont généralement dénutris. Elle met également un accent sur **l'éducation des enfants** à travers le monde quel que soit le niveau de développement du pays, le contexte de guerre ou de conflit qui sévissent encore aujourd'hui à travers le monde. Elle vise également à une **égalité hommes-femmes** à travers notre planète en se battant pour le droit des femmes et des jeunes filles, qu'elles aient accès à une éducation comme les hommes, et qu'elles prennent part au développement politique, économique et social de notre monde sans discrimination. L'Unicef est également là pour **faire face aux situations d'urgence** en s'efforçant d'intervenir auprès des enfants et des familles touchés par des conflits, des catastrophes naturelles comme ce fut le cas lors de la catastrophe survenue le 4 août 2020 au port de Beyrouth au Liban où plus de 2700 tonnes de nitrate d'ammonium ont explosé dans de vieux entrepôts (13). Suite à cette catastrophe l'Unicef a décidé d'envoyer une aide humanitaire dès le 7 août pour permettre de subvenir aux besoins de la population touchée en apportant matériels, médicaments, et moyens humains. L'Unicef concentre une partie de son action au **développement d'innovations** en faveur des enfants. En effet, elle estime que des solutions innovantes et créatives existent grâce à une recherche constante de nouvelles méthodes pour faire face aux difficultés rencontrées par les enfants grâce à des programmes de l'Unicef basés sur de la recherche de terrain afin de pouvoir analyser et de trouver des solutions adéquates aux problèmes rencontrés en contact avec les populations locales. Elle joue également un rôle prépondérant dans **l'approvisionnement et la logistique des médicaments** et de fournitures indispensables pour les enfants défavorisés.

(14) Elle entend également jouer un rôle prépondérant dans la distribution des vaccins contre le COVID-19. En effet, une distribution de plus de 2 Milliards de doses est prévue à travers le monde dans les pays en développement durant l'année 2021.

Cette opération gigantesque et historique nécessite une logistique anticipée parfaite afin d'acheminer les doses dans les pays qui en ont besoin. Pour cela près de 350 partenaires logistiques vont être sollicités durant cette année que ce soit le fret aérien, maritime.

En effet, l'Unicef va s'occuper de l'achat et la livraison des doses pour 92 pays aux revenus faibles. C'est grâce au mécanisme international composé de plusieurs organisations et dispositifs dont COVAX qui est cogéré par l'alliance GAVI pour les vaccins, mais également l'OMS et la coalition pour les innovations en matière de préparation pour les épidémies visant à garantir aux pays en développement l'accès aux vaccins lorsqu'ils seront disponibles. Cet article a été écrit avant la mise sur le marché des vaccins et même à l'heure où je vous parle (le 03 Mars 2021) tous les vaccins ne sont pas encore commercialisés.

Mais cette tribune montre bien la volonté de l'Unicef d'établir en amont une stratégie logistique pour pallier les besoins le moment venu.

Comme le fait valoir la directrice de la division des approvisionnements de l'Unicef, Madame Kadilli : « *Nous avons besoin de tout le monde sur le pont alors que nous nous préparons à livrer des doses de vaccin anti Covid-19, des seringues et d'autres équipements de protection individuelle pour protéger les travailleurs, qui sont première ligne dans le monde entier. En protégeant ces travailleurs, nous protégeons en fin de compte les millions d'enfants qui dépendent de leurs services essentiels* ». En effet, c'est pleinement le rôle de cette organisation car en temps normal le dispositif COVAX permet à l'Unicef d'acheter et de gérer la logistique en routine de plus de 2 milliards de doses de vaccins par an. Elle a également ajouté qu'il faudra avoir le soutien de tous : « *Le soutien des gouvernements, des partenaires et du secteur privé sera primordial pour transporter le plus efficacement possible les vaccins contre des maladies mortelles telles que la rougeole, la diphtérie et le tétanos, ainsi que pour la Covid-19* ».

Il ne faut également pas oublier que cette organisation a contribué à hauteur de 190 millions de dollars pour l'achat et la distribution de fournitures telles que les concentrateurs d'oxygène, les tests antigéniques, les masques, ainsi que les blouses à travers le globe durant cette épidémie.

La FAO



Food and Agriculture
Organization of the
United Nations

Je pense qu'il est important d'évoquer cette organisation car l'alimentation devient un sujet de plus en plus important dans notre société pour plusieurs raisons.

Premièrement, l'alimentation joue un rôle central afin de prévenir la santé des gens. En effet, pour le traitement des hypercholestérolémies la première indication est un régime alimentaire strict en diminuant au maximum les graisses saturées avant de passer à un traitement médicamenteux : les statines par exemple. Pour lutter contre le diabète, ainsi que les comorbidités des risques cardio-vasculaires, un consensus scientifique a été trouvé dans lequel on préconise le régime méditerranéen.

La nutrition et la micro-nutrition prennent un rôle de plus en plus important dans les pays développés, on préconise une alimentation saine pour éviter la survenue de pathologies en association avec une activité sportive régulière. Je pense que les pharmaciens peuvent jouer un rôle prépondérant dans ce changement de mentalité concernant l'alimentation des gens en les aiguillant et en conseillant des régimes alimentaires adaptés en fonction de leurs pathologies et de leurs traitements ainsi que des allergies s'il y en a.

Deuxièmement, le problème de l'alimentation ainsi que l'accès à l'eau potable pour les pays en voie de développement est prépondérant notamment en cas de catastrophe naturelle, d'épidémie, de pandémie. Ce rôle est partagé conjointement avec l'Unicef qui mène des actions communes pour éradiquer la famine dans le monde, objectif qui n'est pas atteint de nos jours.

Enfin, un des problèmes majeurs du XXIème siècle et des plus difficiles à résoudre sera la capacité dans les décennies à venir à pouvoir nourrir convenablement sans pénuries toute la population mondiale qui ne cesse de s'accroître au fil des siècles.

(15) Les gens du monde entier quelles que soient leurs professions doivent également s'interroger sur ce sujet et des initiatives comme des consultations citoyennes devraient fleurir à travers le monde comme ce fut le cas en France avec la consultation citoyenne sur le climat diligentée par E. Macron et lancée le 4 octobre 2019 menant à 149 propositions qui ont été approuvées par le gouvernement après un travail collaboratif de 6 week-ends.

Ce genre d'initiative devrait s'étendre dans d'autres pays et sur d'autres thèmes tels que l'alimentation mondiale, l'avenir de la production agro-alimentaire, et ainsi réfléchir aux grands changements futurs pour nourrir toute la population mondiale.

L'alimentation joue donc un rôle central sur la santé des gens c'est pour cela qu'elle est encadrée par cette organisation et nous allons la décrire succinctement.

(16) L'organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), agence spécialisée de l'ONU a pour vocation de lutter contre la famine et éradiquer la faim dans le monde grâce à l'aide des pays membres des Nations-Unies (194 pays membres), est présidé par **Qu Dongyu**. Elle travaille dans plus de 130 pays à travers le globe. Elle a été créée le 16 octobre 1945 lors de la création de l'ONU, son siège social se situe à Rome.

(17) Afin de comprendre son utilité et ses champs de compétences nous allons regarder le bilan de 2020 et les différentes actions menées par cette organisation.

La pandémie de COVID a permis à la FAO de renforcer ses collaborations et d'étendre sa présence à travers le monde. En effet, depuis mars 2020, les pays ont fermé progressivement leurs frontières, la FAO a fait un appel international pour que les ports et les frontières restent ouverts aux échanges commerciaux vitaux d'aliments.

Le président de cette organisation a reçu au cours de l'année 2020 le soutien de nombreux ministres de l'agriculture du monde entier. Il a également ajouté lors de la présentation du programme en juillet : *« nous devons travailler très dur pour limiter les effets préjudiciables de la COVID-19 sur la sécurité alimentaire et la nutrition. Nos actions doivent reposer davantage sur les pays pour nous montrer plus audacieux, et travailler en étroite collaboration main dans la main »*. Cette déclaration montre bien la volonté d'un changement profond de politique concernant l'agriculture mondiale.

Pour la première fois de son histoire le Directeur Général de la FAO a pris la parole au Parlement européen, déclarant que la vie de plus de la moitié de la population mondiale dépend des systèmes agroalimentaires et qu'il est donc vital de les réformer et de trouver des solutions pour avoir un équilibre alimentaire mondial afin d'éradiquer la pauvreté et la faim dans le monde dans les décennies à venir.

Début 2020 Mr Qu Dongyu s'est joint à des géants du numérique pour signer au Vatican l'appel de Rome afin d'encadrer la vie privée des gens et la dignité humaine des applications liées à l'intelligence artificielle notamment dans le secteur agroalimentaire.

C'est grâce à l'initiative main dans la main prônée par le président Qu Dongyu, qu'une plateforme géo spatiale connectée a vu le jour en juillet afin de collecter des données numériques concernant les sols, la terre, l'eau pour permettre une meilleure gestion future de notre politique agroalimentaire mondiale.

L'engagement de cette organisation a permis de récolter plus de 200 millions d'USD par les donateurs pour le financement de leur projet. Cela montre bien la confiance portée à cette organisation. La FAO devient l'une des 3 organisations prépondérante pour la réalisation des projets financés par les Fonds pour l'Environnement Mondial (FEM) (portefeuille FAO/FEM) s'élevant aujourd'hui à plus de 1,1 milliard d'USD.

La FAO est adhérente à des conventions, accords et traités relatifs à l'agriculture et l'alimentation. Elle travaille conjointement avec l'OMS pour mettre en œuvre le Codex Alimentarius protégeant la santé des consommateurs et veut promouvoir le commerce équitable des produits alimentaires. Elle permet également aux consommateurs du monde

entier d'avoir accès à des données législatives complètes pour avoir une meilleure connaissance en matière d'alimentation, d'agriculture et de gestion des ressources naturelles.

Après avoir étudié les différentes instances mondiales qui synchronisent la santé nous allons nous intéresser plus spécifiquement à celles se rapportant aux médicaments toujours à l'échelle planétaire.

2) Les instances du médicament dans le monde

Nous allons tous d'abord nous intéresser à la FIP qui est la **Fédération Internationale Pharmaceutique**. Il ne faut pas oublier que le mot médicament est associé dans le monde entier à la profession de pharmacien. En effet, le pharmacien est le gardien des drogues anciennement appelé apothicaire, c'est à lui que revient le devoir de vérifier les prescriptions médicales et d'en adapter le contenu en fonction des interactions médicamenteuses qui peuvent provenir soit d'autres ordonnances ou alors de conseils pharmaceutiques au comptoir ou ailleurs par la prise de plantes ou de compléments alimentaires. Cette profession est en pleine transformation, les évolutions de son rôle seront abordées dans la 3^{ème} partie.

(18) La FIP a été fondée en 1912, siégeant à la Haye au Pays-Bas et fait partie des organisations non gouvernementales représentant les pharmacies, les sciences pharmaceutiques, et joue un rôle dans la formation. Elle représente à travers ces 151 organisations nationales disséminées aux quatre coins du monde tous les professionnels correspondants à plus de 4 millions d'individus.

Elle fonctionne comme une organisation à but non lucratif, ainsi tous les excédents ne sont pas considérés comme des bénéfices pour les propriétaires ou actionnaires mais sont reversés pour les projets et les dépenses courantes de la fédération.

Comme son nom l'indique elle soutient la profession de pharmacien à travers le monde et suit une philosophie selon laquelle tout médicament naît de l'expertise pharmaceutique ajoutée par les professionnels compétents dans le domaine des sciences pharmaceutiques.

Il est donc de son devoir de promouvoir la profession en lui donnant du crédit dans le monde.

En effet, cette fédération est reconnue comme le leader mondial de la pharmacie et elle entretient des liens étroits avec les différentes instances mondiales de santé. C'est pourquoi elle peut donner des conseils en matière de sciences pharmaceutiques permettant ainsi d'apporter un avis complémentaire afin d'élaborer des stratégies politiques en matière de sciences pharmaceutiques et d'éducation.

La FIP est composée de son Conseil, de son Bureau ainsi que de son Comité exécutif. L'organe central de cette organisation est **son Conseil**, car tous ses membres (associations pharmaceutiques nationales ainsi que les associations scientifiques correspondantes du monde entier) sont représentés à ce conseil et possèdent un droit de vote. Mais il y a également des organisations observatrices qui participent aux échanges mais n'ont pas de droits de vote. Ce Conseil comprend également **les membres du Bureau** également appelé « Conseil d'administration de la FIP » composé de 14 membres élus :

- Président
- Secrétaire scientifique
- Secrétaire professionnelle
- Président de FIP Éducation
- Président sortant
- Président du Conseil des sciences pharmaceutiques
- Président du Conseil de pratique pharmaceutique
- Sept vice-présidents

Son Comité exécutif est composé quant à lui du Président, du Secrétaire scientifique et du Secrétaire professionnel et permet une coordination ainsi qu'une préparation de toutes les activités de cette fédération et transmet toutes ces informations au Bureau.

Le Directeur Général est membre de tous les organes de la FIP. Il n'a pas le droit de vote mais gère tous les différents et questionnements du personnel, ainsi que les affaires financières.

Les objectifs de développement de la FIP sont aux nombres de 21 (confère **figure 7**) et ont pour but de transformer la pharmacie à travers le monde dans les décennies à venir tout en servant de lignes directrices et de vitrine à cette fédération et tout en restant cohérent en appuyant ses missions (19) afin «*de soutenir la santé mondiale en permettant l'avancement de la pratique pharmaceutique, des sciences et de l'éducation et sont prêts à transformer la pharmacie en harmonie avec les impératifs mondiaux plus larges qui sous-tendent les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies* ».



Figure 7: les 21 objectifs de la FIP à travers le monde

Ces objectifs ont été lancés le 21 septembre 2020 et le mois de mars 2021 marque le lancement d'un nouveau programme numérique permettant de promouvoir chacun des 21 objectifs soutenus par la FIP en en fournissant une description, une orientation et un contexte, en expliquant également comment chaque région du monde peut soutenir et développer ces objectifs en fonction de leurs besoins tout en s'harmonisant avec les plans mondiaux et nationaux pour les décennies futures.

Il me semblait important de parler brièvement de cette fédération qui unit notre profession à travers le monde et pourra unir nos actions et notre développement pour la bonne adhésion thérapeutique des patients ainsi que des objectifs communs de santé publique et permettra d'avoir une vue d'ensemble des actions mises en œuvre et des résultats obtenus à travers le monde.

Centrons-nous maintenant sur les agences du médicament dans le monde. Nous parlerons dans cette partie de la FDA (Food and Drug Administration) et de l'AEM (Agence Européenne du Médicament) qui nous donnera une vision d'une bonne partie du monde concernant la gestion des médicaments avant de parler plus spécifiquement de la France via l'ANSM dans la 3^{ème} partie de cette thèse.

a. FDA

La **FDA** est la fédération aux USA contrôlant notamment la mise sur le marché des médicaments et leur suivi mais elle ne peut pas obliger le retrait d'un médicament, elle ne peut que le suggérer à l'entreprise concernée de le retirer de son propre fait.

Son siège se situe à Silver Spring dans le Maryland employant près de 10.000 personnes et gérant un budget annuel de plus de 2 milliards d'USD.

Le nom de FDA (Administration des denrées et médicaments ou Food and Drug Administration) est apparu en 1930 dans une loi concernant l'agriculture mais a été fondée par le président Théodore Roosevelt en signant le **Food and Drug Act** également appelé le Wiley act en juin 1906 qui est une importante loi fédérale permettant d'empêcher la production, la vente et le transport de nourritures ou d'alcools dénaturés ou portant un étiquetage mensonger.

Nous voyons bien que pendant ces premières années d'existence cette administration a été plus tournée vers les produits alimentaires que vers la partie médicament. Il faudra attendre 1938 avec la signature du **Federal Food, Drug and Cosmetic Act** qui fait suite au scandale sanitaire qui s'est produit sur le territoire Américain un an plus tôt et conduisant à la mort de plusieurs centaines de personnes après la prescription de Sulfanilamide (Antibiotique interdit de nos jours) qui été toxique par la présence de di-éthylène glycol.

Il faudra attendre 1953 pour que la FDA soit placée sous l'autorité du ministère de l'éducation, de la santé et du bien-être.

(I20) Depuis le 31 mars 2019 la FDA a commencé une restructuration profonde de son agence pour faire face aux défis d'innovation qui entre dans son champ de compétences afin de permettre une plus grande malléabilité structurelle pour faire face aux enjeux majeurs du 21^{ème} siècle que ce soit dans le domaine alimentaire ou sanitaire.

Cette fédération contrairement à l'AEM en Europe ou l'ANSM en France a un champ de compétences très large et prend en charge de nombreux domaines :

- Les aliments
- Les médicaments
- Les produits biologiques
- Les dispositifs médicaux
- Les produits électroniques qui émettent des radiations
- Les cosmétiques
- Les produits vétérinaires
- Les produits du tabac

Ce panel d'attribution élargi oblige le gouvernement Américain à avoir d'autres agences gouvernementales épaulant certains secteurs pouvant induire en erreur les Américains quant à l'instance à saisir pour émettre une demande ou une recommandation. En effet, la FTC s'occupe de tout ce qui attire à la publicité, alors que le TTB s'occupe de tout ce qui est en lien avec l'alcool ce qui peut porter à confusion pour les consommateurs quant à l'instance à saisir en cas de requête car instinctivement on pourrait penser à saisir la FDA comme pour le signalement des drogues abusives, par exemple, alors que c'est le DEA qui s'en charge qui est une administration du ministère de la justice.

Cette instance (FDA) a pu faire débat dans le passé, notamment en 2017 où elle a autorisé la commercialisation de médicaments traçables pour le traitement de patients schizophrènes soulevant des problèmes d'éthiques sur la vie privée des gens **(I21)**.

La loi Fédérale « *Food Drug and Cosmetic Act* » de 1938 fait également débat car elle demande à tous les laboratoires de fournir des études préalables sur les nouvelles molécules avant qu'elle soit mise sur le marché sur le territoire Américain.

Elle ne doit pas fournir d'études toxicologiques elle attend que les informations viennent des laboratoires.

En effet, comme le relate Marie-Monique Robin dans « le Monde selon Monsanto » **(I22)** après avoir interrogé le vétérinaire Burroughs qui était chargé d'examiner la demande d'AMM pour la somatotropine (hormone de croissance polypeptidique) et qui c'était rendu compte à travers la masse de datas fournie pour cette multi nationale que certaines informations et preuves n'étaient pas clairement établies et qu'il manquait des pièces au puzzle. Il a été licencié le 3 novembre 1989 après avoir demandé à Monsanto de revoir sa copie car cette hormone avait été mise sur le marché pour booster la production laitière.

Ces faits relatent avec justesse le pouvoir énorme de ces multinationales dans un pays libéral comme les USA, mais nous le verrons plus en profondeur lors du grand 2 de cette 1^{ère} partie quand nous étudierons le système de santé « Libéral » poussé à son paroxysme aux USA.

b. L'Agence Européen des Médicaments (AEM)

Intéressons-nous maintenant à la réglementation en vigueur en Europe concernant les médicaments par son Agence du médicament (l'AEM).

(I23) et (I24) Cette agence a été créée en 1995 pour permettre à l'Europe d'avoir une unité concernant les médicaments sur le continent Européen afin de garantir un contrôle et un suivi de la sécurité des médicaments à usage humain et vétérinaire au sein de l'Union Européenne tout en accordant une évaluation scientifique coordonnée au sein de l'Espace Économique Européen (l'EEE).

Elle emploie 10 fois moins de personnes que la FDA mais couvre également un terrain moins vaste. Son siège se situe à Amsterdam au Pays-Bas et elle est administrée par Guido Rasi qui est son Directeur exécutif.

L'AEM est dirigée par son Conseil d'administration comptant 36 membres nommés. Ils doivent être indépendants de toute organisation ou gouvernement pour avoir une neutralité et une impartialité parfaite. Ce Conseil établit le budget et approuve annuellement le programme de travail de l'agence.

Cette agence compte 7 comités scientifiques auxquels participent des milliers d'experts à travers l'Europe :

- **Le CHMP (The Committee for Medicinal Products for Human Use)** est responsable des médicaments à usage humain. Son rôle se résume à mettre en place l'évaluation initiale, les modifications ou les extensions des AMM pour les nouveaux médicaments sur le territoire européen. De plus, il évalue également les médicaments au niveau national sur le territoire pour permettre une harmonie au sein de l'Union Européenne. Outre le contrôle, ce Comité avec l'aide des groupes de travail fournit également des conseils scientifiques pour les entreprises qui élaborent de nouvelles molécules, ils ont donc un rôle d'accompagnement global.
- **Le COMP (The Committee for Orphan Medicinal Products)** est le comité qui s'occupe des médicaments qui traitent les maladies orphelines créée en 2000. Son rôle est d'évaluer la demande des laboratoires pour obtenir la désignation de « médicaments orphelins ». En effet, en Europe la définition d'une maladie rare se détermine lorsque la maladie touche moins de 5 personnes sur 10.000. Elle concerne les médicaments à visée diagnostic, prophylactique ou curatif et permet à la société pharmaceutique demandeur d'avoir des frais réduits et de les protéger contre la concurrence.
- **Le CAT (The Committee for Advanced Therapies)** se charge des médicaments de thérapie innovante en évaluant la qualité, la sécurité et l'efficacité de ses médicaments mais c'est le CHMP qui en délivre l'autorisation de mise sur le marché. Il mobilise de nombreux experts spécialistes permettant des études poussées et fournit des recommandations aux laboratoires.

- **Le PDCO (The Paediatric Committee)**, ce Comité est en charge des médicaments pour les enfants en permettant leur développement et aussi une expertise scientifique pour établir les besoins sur la population pédiatrique européenne. Ce Comité travail en coordination avec le CHMP afin d'étudier l'efficacité, la sécurité et la qualité de ces médicaments. Il a également un rôle primordial dans le conseil et dans l'orientation via des datas et des recherches à destination des Etats membres de l'UE. Mais attention le PDCO n'est pas responsable des AMM qui sont sous l'autorité du CHMP.

- **Le HMPC (Committee on Herbal Medicinal Products)** est le Comité de l'Agence Européenne du Médicament mis en place en septembre 2004 qui est en charge d'évaluer les datas scientifiques concernant les principes actifs des plantes, mais également les préparations et les associations de plantes pour avoir une harmonisation des données au niveau européen et permettant ainsi d'avoir une carte d'identité pour chacune des plantes. Ce Comité permet également d'avoir une convergence des avis pour une utilisation optimum grâce à de nombreux experts qui travaillent pour cette agence.
En effet, ce Comité a une double mission : il doit établir des monographies des plantes pour l'ensemble de l'Union Européenne en identifiant pour chaque substance végétale ou préparation à base de plante les usages thérapeutiques, les conditions de sécurité, les effets indésirables ainsi que les interactions possibles avec d'autres substances pour un usage bien établi ou alors traditionnel (venant du savoir de nos ancêtres) et il doit également faire une liste Européenne référençant toutes les substances végétales, de préparations à base de plantes et de leur associations en vue d'une utilisation dans des médicaments traditionnels à base de plantes.

- **Le PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee)** a la charge d'évaluer les risques en matière de pharmacovigilance au sein de l'AEM ce qui veut dire qu'il a pour mission d'assurer la sécurité des médicaments à usage humain. Il a été établi en 2012 conformément à la législation relative à la pharmacovigilance pour la sécurité des médicaments. C'est également lui qui gère la gestion des effets indésirables, de sa détection à son recensement en passant par la communication et la sensibilisation auprès des professionnels de santé pour pouvoir en informer les patients. Il permet également un suivi de ces effets indésirables en faisant des études de sécurité après l'AMM par un audit de pharmacovigilance.

- **Enfin, il y a le CVMP (The Committee for Medicinal Products for Veterinary)** qui s'occupe de tous les médicaments à usage vétérinaire en gérant les Autorisations de Mise sur le Marché ainsi que sa sécurité renforcée concernant certains médicaments notamment ceux destinés

aux animaux d'élevage et évalue s'ils apportent un rapport bénéfique/risque favorable sur la population animale destinée.

Ce Comité aide également les entreprises demandeurs d'AMM en les aiguillant et en leur donnant des conseils scientifiques pour répondre à leurs objectifs.

Tout ce travail des comités est permis grâce aux groupes de travail qui sont composés d'experts spécialisés dans les domaines correspondants et sont mis à disposition par les autorités compétentes des Etats membres de l'UE et permettent de délivrer les Autorisations de Mises sur le Marché des médicaments à usage humain et vétérinaire en Europe mais prodiguent également des conseils scientifiques.

Il ne faut pas oublier que pour certaines évaluations scientifiques, un processus d'examen par les pairs est réalisé afin de fournir une assurance qualité. C'est l'AEM qui rémunère les autorités nationales pour certains types de travaux qui mobilisent leurs experts.

3) Les atouts et les faiblesses de ces instances

Nous sommes forcés de constater qu'au niveau mondial la santé est représentée grâce à des organisations ou des agences permettant de faire le lien entre les différents pays du monde. Cela entretient une vision globale et une communication rapide par l'intermédiaire de toutes ces instances qui sont spécifiques et qui ont chacune un rôle.

On peut alors se demander pourquoi la communication d'informations est parfois biaisée, pourquoi les avis divergent comme nous pouvons le voir, notamment depuis le début de la crise du COVID où les « experts scientifiques » et « les professionnels de santé » ont défilé sur les plateaux télé semant la confusion notamment concernant la vaccination et les façons de gérer la crise.

Nous pouvons aborder plusieurs pistes sans vraiment apporter de réponse :

- L'uniformité des avis ne peut exister sur notre planète car les cultures et les modes de vies sont différents, les tempéraments et les avis peuvent également diverger.
- Les consultations au sein de chaque organisation prennent du temps et peuvent parfois ne pas aboutir dans le même sens, cela prend donc encore plus de temps pour trouver un terrain d'entente.
- La lourdeur administrative et structurelle de certaines instances empêche des prises de décision rapides et concises.
- Des intérêts politiques entremêlés au pouvoir pharmaceutique peuvent modifier certaines prises de position.
- La pression des laboratoires pharmaceutiques peut également être un poids sur les choix politiques des dirigeants européens et mondiaux.

Prenons comme exemple la crise sanitaire qui sévit dans le monde depuis le début de l'année 2020. Ces instances jouent un rôle important dans la diffusion d'informations et dans la prise de décision.

Je comprends tout à fait la divergence des points de vue compte tenu du contexte inédit de cette pandémie mais ces instances mondiales, continentales et nationales devraient informer d'avantage la population afin d'éviter de semer la confusion comme ce qu'il se passe actuellement avec la vaccination d'Astra Zeneca en faisant douter les populations alors que la priorité est de vacciner le plus rapidement possible pour enrayer l'épidémie qui coûte très cher en matière de vies humaines mais également d'emplois, d'économie, de santé mentale des populations qui se retrouvent parfois démunies.

Même si depuis le début de la crise sanitaire la France par le biais de mesures gouvernementales essaye de maintenir un équilibre global dans le pays afin de permettre aux gens de garder un salaire, un emploi, cette crise sanitaire sans précédent pèse lourd sur le monde.

Pour en sortir les pays doivent tenir compte des recommandations venant de ces organismes mondiaux.

Effectivement, ces agences permettent une rapidité d'exécution des tâches et de consultations d'experts.

Suite à la confusion concernant le vaccin Astra Zeneca et la suspension provisoire de la vaccination dans certains pays Européen **(125)** notamment au Danemark, Islande et en Norvège le jeudi 11 mars 2021 due à des cas de thrombose survenus sur des patients, l'avis de l'Agence Européenne du Médicaments (AEM) ou de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est prépondérant et attendu pour une prise de décision la plus impartiale possible pour le bien de la santé mondiale dans son ensemble.

Depuis d'autres pays ont suivi cette suspension provisoire notamment la Bulgarie, l'Irlande et les Pays-Bas et plus récemment (lundi 15 mars 2021) l'Allemagne, l'Italie puis la France en attendant un avis de l'Agence Européenne du Médicament.

Cela montre bien l'importance de ces organismes mondiaux et continentaux qui sont écoutés par l'ensemble des pays cherchant une couverture et un appui par l'intermédiaire des avis rendus par les experts de ces différentes instances ayant un impact fort sur l'ensemble de la population mondiale.

En effet, dès le début de la polémique l'ANSM a rendu son avis en conseillant de continuer la vaccination en France mais compte tenu de l'effet boule de neige de l'arrêt de la vaccination par Astra Zeneca dans de nombreux pays européens et même en Thaïlande où la campagne de vaccination avec ce vaccin a été retardée, la France a décidé de suspendre provisoirement la vaccination en attendant l'avis de l'AEM qui doit se réunir afin de réévaluer, après la consultation d'experts et l'exploitation de nouvelles données disponibles, le maintien ou non de la commercialisation de ce vaccin au niveau Européen.

L'OMS a également rendu son avis concernant ce vaccin en conseillant de continuer la campagne de vaccination en considérant que la balance bénéfique/risque reste favorable mais poursuit en parallèle des recherches plus approfondies suite à l'arrêt temporaire de la vaccination par ce vaccin dans de nombreux pays européens.

Nous verrons dans les jours à venir si la vaccination reprendra avec ce vaccin, mais le sujet ici est de montrer la place importante que prennent ces organismes dans les prises de décision des gouvernements.

Et pour cause, le 15 mars 2021 le Président Emmanuel Macron a annoncé qu'il se rangerait sur l'avis définitif qui sera rendu par l'Agence Européenne du Médicament en milieu de semaine. Cela montre bien que dans des périodes de turbulences dues à des avis divergents et un manque de recul évident face à des données encore insuffisantes pour certains ; de nombreux pays se rangeront derrière l'avis de ces organismes qui servent de boussoles pendant cette période difficile où chacun s'improvise expert et donne des avis sans véritables preuves et arguments.

(I26) Suite au second avis rendu par l'Agence Européenne du Médicament (l'AEM) le jeudi 18 mars 2020 et grâce à sa persévérance dans son discours, elle a réaffirmé l'intérêt certain de la poursuite de la vaccination par le vaccin du laboratoire Astra Zeneca.

Suite à cette annonce la France a recommencé la vaccination dès le lendemain après-midi après à la sortie d'un document de la Haute Autorité de Santé relayé par l'ordre des pharmaciens dans les différentes officines de France.

C'est également le cas du Premier Ministre Italien Mario Draghi qui a annoncé vendredi 19 mars qu'il allait se faire vacciner avec l'Astra Zeneca malgré sa suspension pendant quelques jours suite à la survenue de troubles de la coagulation sans lien avéré avec le sérum. Dans le même temps, Boris Johnson a reçu sa 1^{ère} injection avec le sérum d'Astra Zeneca.

Le retour progressif de sa commercialisation montre l'influence que jouent de telles instances sur des décisions importantes telles que l'arrêt ou non de sa commercialisation sur le territoire européen en calculant avec précision la balance bénéfice risque qui doit rester favorable pour continuer. C'est ce qui a été tranché par l'AEM ce jeudi 18 mars malgré la tourmente qui touche le laboratoire d'Astra Zeneca avec la possibilité que des doses ne soient pas acheminées dans les pays qui les avaient précommandées pour cause d'un tarif concurrentiel présenté au laboratoire par d'autres pays voisins.

(I27) C'est ce qui a forcé certains pays d'Europe notamment la France à jeter leur dévolu sur les vaccins Pfizer et Moderna pour compenser le nombre de doses. En effet, malgré le recours par la commission européenne à un comité de pilotage dirigé par Marie-Paule Kieny et à l'union de certains pays européens (France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Suède, Espagne, Pologne) pour l'achat des doses d'Astra Zeneca en faisant des précommandes groupées pour financer les centres de production, des retards de livraison n'ont pas pu être empêchés.

L'Europe a voulu parier sur un vaccin européen en mettant une grande partie de leurs investissements sur ce vaccin. Il semblerait que le coup des doses ne soit pas le seul problème, même si des arrangements de dernière minute ont vu le jour, l'autre problème est le manque de centres de production pour un carnet de commande trop rempli de la part du laboratoire Astra Zeneca.

Cela montre bien le pouvoir et l'emprise qu'exercent les lobbyistes pharmaceutiques sur des instances politiques en ayant un impact majeur sur divers territoires du monde retardant la vaccination par le retard des livraisons des doses prévues.

C'est l'exemple du territoire européen mais cela doit également être le cas sur le Continent Russe avec leur Vaccin Spoutnik ou dans d'autres pays.

Nous pouvons donc dire qu'en dépit de quelques dysfonctionnements au sein de ces instances, elles permettent toutefois de rendre un avis fiable et écouté par l'ensemble des classes politiques dans le monde.

Après avoir énuméré ces différentes instances et organismes de santé à travers le monde nous allons étudier les principaux systèmes de santé qui peuvent exister en Europe et ailleurs, afin de pouvoir les comparer avec notre système de santé en France.

II. Les trois principales orientations des systèmes de santé en Europe et dans le monde

1) Définition globale de ce qu'est un système de santé

a. Définition d'un système de santé et d'un système de soin

Tous d'abord comment est défini « **la santé** ». Pour l'OMS c'est un « état complet de bien-être physique, mental et social », concernant une personne.

(128) L'OMS dans les années 2000 a défini **un système de santé** comme étant toute activité dont le but essentiel est de promouvoir et d'entretenir la santé. Cette définition prend en compte l'ensemble des services de santé officiels, les professions moins reconnues comme les guérisseurs, le système de distribution des médicaments ainsi que l'ensemble des programmes qui sont mis en œuvre dans les différents pays du monde afin de mettre en avant la santé et la prévention, au sens large du terme, qu'il soit géré ou non par un ministère de la santé.

Nous voyons bien que le système de santé d'un pays englobe beaucoup de professions ainsi que beaucoup de professionnels, c'est un système complexe qui nécessite la participation de nombreux acteurs dont le but ultime est de maintenir l'Homme en bonne santé tout en maintenant une économie pérenne et un fonctionnement stable au sein d'un pays.

La mise en place d'un système de santé varie en fonction des pays, des modèles économiques ainsi que des époques. Nous le verrons par la suite avec le système bismarckien ou de Beveridge et une tendance à la libéralisation de la santé.

Quel que soit le système de santé il existe dans tout pays un marché de la santé par le biais des soins de santé qui sont effectués soit dans **des établissements d'hospitalisation** où le patient peut être logé et avoir des soins plus longs que dans **des établissements dit « de ville »** qu'on appelle les soins ambulatoires tels que les cabinets de médecine générale, les pharmacies, les soins infirmiers, les kinésithérapeutes et autres. Dans ce cas-là, c'est la santé qui vient au chevet du patient c'est une sorte de décentralisation des soins permettant un accès plus équitable à l'offre de soins pour les gens étant dans des zones géographiques qui ne bénéficient pas d'établissements d'hospitalisation. Malgré cette volonté universelle d'avoir un accès équitable pour tous et de partout de cette offre de soin, les disparités à travers le globe existent et même au sein d'un pays.

Le but d'un système de santé est donc de pouvoir soigner les gens. Il est donc impératif de définir ce qu'est **un système de soins**. Il a été défini par l'OMS dans les années 2000 comme étant : « *l'ensemble des services de santé qui ont pour principale fonction la prestation d'intervention préventives, curatives et palliatives en réponse à des besoins spécifiques de santé des individus ou des populations* ».

L'ensemble de ces services de santé est classé en plusieurs catégories : il y a les soins primaires, les soins secondaires puis tertiaires et quaternaires.

Tout d'abord, il y a **les soins primaires ou primary care** qui ont été définis par l'OMS en 1978 et confirmés en 2008 comme étant : « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays* ».

C'est en fait les soins qui permettent au patient de rentrer dans le système de santé c'est à dire les cabinets médicaux avec les médecins traitants les infirmiers mais il ne faut aussi pas oublier les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les psychomotriciens et j'en passe. On les définit comme étant les soins les plus courants pouvant être opérés en ambulatoire et ne nécessitant pas de grosses structures. C'est ce que l'on appelle les soins de premier recours.

Ensuite il y a ce que l'on appelle **les soins secondaires** c'est lorsqu'une personne doit être accueillie dans une structure de façon permanente ou transitoire mais nécessitant plus de moyens c'est à dire des lits, des appareils de diagnostic plus poussés. Cela s'apparente par exemple aux structures hospitalières, aux Ehpad. Les urgences font partie des soins secondaires même si c'est également une porte d'entrée au système de santé et au système de soins. On les loge à la même enseigne que les soins secondaires car ils nécessitent une prise en charge parfois lourdes.

Il y a enfin **les soins tertiaire et quaternaire** désignant les formes de soins les plus avancées et les plus spécialisées nécessitant des opérations complexes comme par exemple la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque et autres. Ils prennent également en compte les soins intensifs et les soins palliatifs. Les spécialistes sont inclus dans cette classification car cela nécessite des connaissances plus poussées dans un domaine spécifique et parfois du matériel de pointe pour le diagnostic ou la prévention.

Ces soins-là sont généralement plus durs d'accès car l'accessibilité est plus limitée et le temps d'attente peut être parfois long car les professionnels compétents dans ces domaines spécialisés sont moins nombreux.

Les soins quaternaires incluent également des traitements et des interventions expérimentaux.

Nous allons maintenant définir ce que l'on attend d'un système de santé, quels sont ses objectifs et quels sont les moyens que l'on met en œuvre pour y parvenir, autrement dit pour maintenir le cap d'un accès équitable aux soins.

b. Les attentes du système de santé équilibré : objectifs, moyens mis en œuvre.

(128) Un système de santé correspond à l'ensemble des moyens qui permet de réaliser les objectifs globaux d'une politique de santé afin de fournir des services de santé pour l'ensemble de la population.

On distingue plusieurs moyens mis en œuvre :

- **Les moyens organisationnels**, qui comprennent les institutions telles que le ministère de la santé, les administrations de la sécurité sociale, qui doivent permettre un équilibre financier et un accès pour tous et de partout sur le territoire concerné à l'offre de soin.
Ils perçoivent des recettes provenant de diverses sources en fonction des systèmes et les affectent à différentes activités permettant un bon déploiement des services de soin dans le pays ou la région en question.
- **Il y a également les moyens humains** avec le personnel médical, paramédical, associations de malades ainsi que les installations nécessaires à l'accueil des professionnels et des individus, les médicaments, le matériel.
- **Enfin les moyens administratifs** mis en œuvre sur l'ensemble d'un territoire permettant la coordination du financement et la mise à disposition des ressources humaines et structurelles ainsi que la feuille de route des actions prioritaires à mener pour suivre la politique de santé décidée par un gouvernement en fonction des besoins du moment. Ces moyens administratifs permettent également la mise en œuvre et la mesure de ses résultats.

En effet, afin d'atteindre un système de santé à l'équilibre il faut s'intéresser à la politique qui est menée et qui englobe de nombreuses attributions qui lui confère un spectre assez large, et je pense qu'il est important d'en définir le cadre et son champ de compétences.

La politique de la santé publique concerne :

- La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants
- La lutte contre les épidémies
- La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités
- L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes.
- L'information et l'éducation de la santé pour la population ainsi que l'organisation des débats publics sur les questions de santé et des risques sanitaires.
- L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé en lien avec des facteurs environnementaux et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer.
- La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics de l'ensemble du territoire.
- La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé.

- L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et des handicaps.
- Ainsi que la démographie des professionnels de santé avec cette fameuse loi pour l'installation des officines en fonction du nombre d'habitants mais nous y reviendrons plus tard et le numerus clausus qui va disparaître en France.

La politique de santé doit permettre d'atteindre des objectifs amenant l'équilibre d'un système de santé à l'échelle de la population afin de préserver et d'améliorer la santé ainsi que de fournir des services qui correspondent aux attentes des patients, leur permettant un accès 24h sur 24 pour des urgences ainsi qu'un accès à des spécialistes dans un délai acceptable ce qui n'est pas encore le cas de partout dans le monde et même dans les pays dit « développés » en fonction des régions.

Elle doit également assurer l'équité de l'accès au service public de santé en supprimant la barrière financière mais également en offrant la possibilité d'avoir un revenu pour subvenir au besoin de sa famille lorsqu'il est en incapacité temporaire ou définitive d'exercer son travail, lui assurant un revenu, due à une maladie ou à un accident.

c. Comment évaluons-nous l'efficacité et la performance d'un système de santé.

(129) Depuis quelques années essentiellement dans les pays industrialisés **l'efficacité** mais surtout **l'efficience** du système de santé devient prioritaire et primordiale pour les gouvernements afin de savoir si les mesures mises en place sont efficaces pour pallier les besoins des individus. En effet, il ne faut pas confondre le terme : efficacité et efficience.

L'efficience est la capacité de parvenir à des résultats maximums avec un minimum de moyens et de ressources mis en œuvre. Un système de santé peut être efficace mais cela veut dire qu'il met en jeu de nombreux moyens qui peuvent être disproportionnés alors que l'efficience utilise des moyens proportionnés pour avoir un maximum de résultats.

Il faut toutefois rester modeste avec cette évaluation car elle nécessite de nombreux instruments de mesures qui ont été mis en place au fil du temps et les interprétations peuvent varier en fonction des pays et des individus qui les étudient.

(130) la performance est essentielle pour préserver un système de santé à l'équilibre, cela permet d'avoir un regard sur les dépenses du système afin de ne pas accroître le déficit et permet donc de contrôler que les objectifs sont tenus. Mais il faut faire attention à la pression qui est mise sur les gestionnaires et les professionnels pour qu'ils améliorent de façon constante l'utilisation des ressources ainsi que la qualité des soins prodigués au sein d'un territoire.

Mais que veut dire ce terme et pourquoi est-il important pour le bon fonctionnement d'un système de santé ?

Il faut tout d'abord rappeler que l'OMS s'est engagée au sein de son Conseil exécutif à évaluer régulièrement la performance des systèmes de santé pour les Etats membres et d'établir tous les deux ans un rapport à ce sujet.

La performance englobe de nombreuses notions telles que : efficacité, efficience mais aussi démarches qualités, tableaux de bord et indicateurs de gestions qui permettent de l'évaluer.

La notion de performance correspond à l'atteinte des objectifs et des résultats attendus en créant de la valeur ajoutée. Dans le secteur privé, la notion de valeur ajoutée est associée à l'accroissement du profit mais doit être associée dans le secteur public à une optimisation des services rendus aux citoyens. Dans le domaine de la santé cette notion d'optimisation des services rendus doit être mis en exergue que ce soit dans les services publics (hôpitaux) ou dans les services privés de santé (tels que les cliniques, pharmacies, maisons de santé et autres).

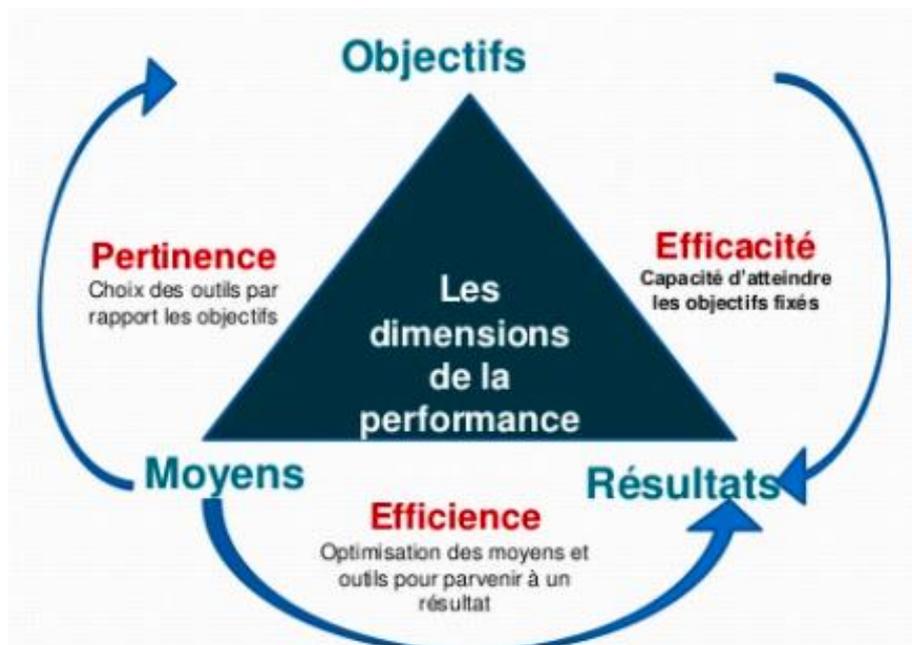


Figure 8 le model de Gilbert (1980), les composantes de la performance.

Cette figure permet de bien comprendre ce qu'est la performance, qui est un des paramètres essentiels pour le bon fonctionnement d'un système de santé.

La performance s'acquière à travers l'atteinte des objectifs qui exige la mise en place de moyens pertinents. Le but est d'arriver à des résultats cohérents et pour cela on se sert des objectifs fixés. Afin d'atteindre les résultats souhaités, l'optimisation des moyens ainsi que le développement d'outils est essentiel : c'est ce que nous appelons l'efficience.

C'est la mise en corrélation des moyens, des objectifs et des résultats qui permet la performance d'un système.

Dans notre cas, ce qui nous intéresse c'est la performance du système de santé qui est mis en exergue à travers un schéma montrant l'analyse de la performance d'un système de santé par l'OMS.

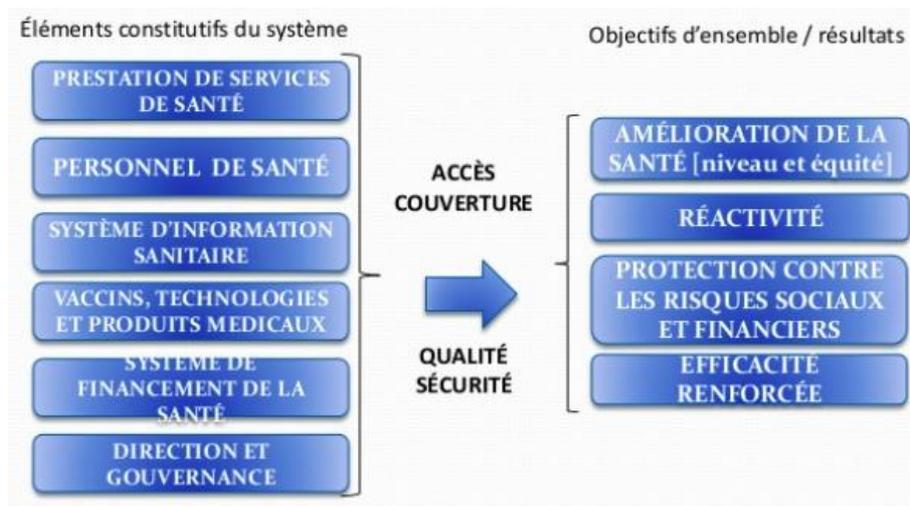


Figure 9 cadre conceptuel du système de santé proposé par l'OMS

En effet, c'est l'ensemble des moyens et des acteurs du système de santé tels que les prestations de services de santé, les professionnels qui participent au bon fonctionnement du système. Ces professionnels de la santé ne doivent pas oublier l'objectif 1^{er} qui est de soigner, de conseiller et d'orienter le patient de la meilleure manière permettant également de tenir les objectifs et les résultats attendus à l'égard d'un système de santé afin de le maintenir à l'équilibre.

Il ne faut pas oublier la mise en œuvre du système de financement de la santé joue également un rôle majeur mais aussi la direction et la gouvernance qui déterminent le cap à tenir. Pour l'OMS les objectifs à tenir pour un système de santé sont : l'amélioration de la santé, la protection contre les risques sociaux et financiers et une efficacité renforcée de ce système en prônant une réactivité en cas de besoin.

Il faut donc **permettre à un système de santé d'être réactif en cas de besoin** comme le conseille l'OMS en transformant les modalités d'organisations du système et ses pratiques pour faire face à une crise.

Nous en avons eu un bon exemple avec la crise du COVID qui a montré dans son ensemble un manque de coordination et de réactivité plongeant au début de cette pandémie le monde dans un confinement quasi-total contraignant la planète à un arrêt brutal pendant plusieurs mois.

Mais au fur et à mesure du temps, les systèmes de santé du monde entier se sont adaptés pour essayer de retrouver un équilibre global. Bien entendu nous ne pouvons pas dire que cette crise a été surmontée avec succès car premièrement nous n'en sommes pas encore sortis (en date du 10 avril 2021). Deuxièmement, pour en évaluer les conséquences économiques, sanitaires et sociales il nous faudra plusieurs années.

Mais nous voyons bien que les pays qui ont réussi à s'en sortir le mieux à des moments différents de la crise sont ceux qui ont réussi à s'adapter le plus rapidement. Prenons l'exemple de la Suède qui a réussi à ne pas confiner son pays en adoptant une stratégie différente des autres pays du globe permettant le maintien quasi total de son économie

interne, ou encore le Royaume-Uni et les USA qui ont réussi à sortir plus rapidement de la deuxième et troisième vague grâce à une stratégie de vaccination de masse rapide alors que ces 2 pays ont été gravement touchés lors de la première vague de la pandémie.

(129) L'évaluation de la performance est un concept qui a été mis en avant par l'OMS en 2008. Les 53 pays faisant partie de la région Europe de l'OMS ont signé la « Charte de Tallin » contraignant ces pays à rendre compte de leur performance de leurs systèmes de santé par des mesures objectives (WHO Régional office for Europe).

Cette charte n'assure qu'une continuité car plusieurs organisations internationales telles que l'OMS comparaient et comparent toujours les pays européens en matière de santé et de soins de santé notamment via son rapport de l'an 2000 sur « la santé dans le monde » (WHO 2002) mais aussi le rapport bisannuel « panorama de la santé en Europe » (OECD, 2010) qui est le fruit de la collaboration entre l'OCDE et l'Union européenne et nombreux autres.

Afin d'évaluer la performance d'un système de santé, le premier impératif est de mettre en place un cadre conceptuel permettant la modélisation du système en question et de définir les dimensions à évaluer permettant de visualiser les besoins tout en collectant les informations nécessaires.

Pour essayer de comprendre concrètement ce que cela veut dire nous prendrons le cas de la Belgique où ce cadre conceptuel a été utilisé dans le projet HSPA, décrit dans la figure qui suit, qui est inspiré également de celui des Pays-Bas et du Canada.

En outre, ce schéma décrit la façon dont on évalue la performance du système de santé Belge mais il montre également comment évaluer la performance de n'importe quel système de santé ; les indicateurs sont différents en fonction des pays mais ce schéma illustre bien la façon de procéder afin de voir l'efficacité à long terme d'un système de santé.

Il est basé sur 3 pôles qui sont tous reliés les uns les autres. Le premier est ***l'état de santé de la population***, le deuxième est composé ***des déterminants non médicaux de la santé*** comprenant le style de vie des personnes, les facteurs génétiques, les ressources personnelles des individus, les facteurs environnementaux et d'autres. Enfin, il y a ***le système de santé*** qui se compose de 5 piliers qui sont les services de soins : la promotion de la santé, les soins préventifs, les soins curatifs, les soins de longue durée et les soins autour de la fin de vie qui soulève encore de nombreux débats à travers le monde. Ces 5 piliers d'un système de santé peuvent être évalués par 5 dimensions que sont l'accessibilité de ces services, l'efficacité, la durabilité du système, l'équité de sa distribution considérée comme une dimension transversale et enfin la qualité des soins qui est évaluée en fonction de l'efficacité, de la pertinence, de la sécurité, de sa continuité et de la place du patient.

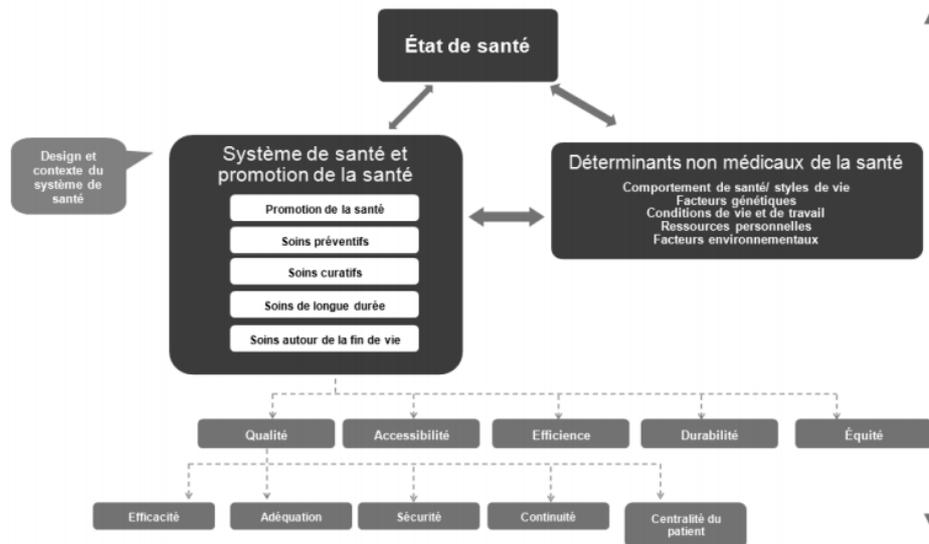


Figure 10 Cadre conceptuel d'évaluation de la performance du système de santé Belge

Afin d'évaluer la performance d'un processus il est crucial de choisir les bons *indicateurs*. Ils sont sélectionnés par des organismes comme Eurostat l'OECD ou WHO. Leur sélection est basée sur l'interprétation de 5 critères que sont la pertinence, la validité, la fiabilité et l'interprétabilité ainsi que le potentiel d'action afin de corriger d'éventuels mauvais résultats. La disponibilité des données n'intervient qu'en second lieu permettant d'éviter de choisir les indicateurs en fonction des données disponibles, et permet donc d'aller chercher les informations et les données manquantes.

Le but d'un système de santé est de maintenir et d'améliorer la santé des personnes afin d'atteindre les objectifs, le système de santé doit donc être performant. L'évaluation de la performance d'un système de santé grâce aux différents indicateurs qui sont mis en place permet de tirer des signaux d'alertes quant à l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la pérennité et l'équilibre du système de santé. L'ensemble de ces indicateurs et de ses processus permettent donc aux dirigeants politiques d'avoir une vue d'ensemble et d'acquérir des notions complémentaires lorsque cela est nécessaire dans le but d'améliorer le système de santé.

Mais il faut faire attention car évaluer une performance signifie comparer un résultat par rapport à une norme. Cette norme est souvent une valeur qui est souhaitée cela peut être un objectif chiffré ou alors une valeur antérieure qui peut être prise dans un autre pays, ou encore fondée sur des objectifs externes comme ceux fixés par l'OMS. En outre, la comparaison des performances entre les pays est délicate car la méthodologie n'est pas la même il faut donc être vigilant.

Il faut également un renouvellement permanent des données car elles deviennent vite obsolètes, surtout dans le domaine de la santé en fonction des évolutions technologiques, pandémiques, épidémiologiques et des nouvelles découvertes scientifiques.

Il est donc essentiel de bien comprendre ce qu'est un système de santé afin d'en évaluer les objectifs à travers la performance, l'efficacité, l'efficacité et nous voyons que pour les évaluer cela nécessite beaucoup de données qui sont souvent difficilement comparables entre les pays du fait de la différence des systèmes de santé.

Nous allons maintenant étudier les différents courants et les différents modèles de financement des couvertures maladies en Europe et ailleurs à travers le modèle bismarckien et Beveridgien ainsi qu'à travers l'émergence du modèle libéral venant des USA.

2) La différence des modèles des couvertures maladies et de l'organisation des systèmes de soins dans le système Bismarckien et Beveridgien ainsi que leurs influences dans les systèmes de santé européens.

a. Le modèle Bismarckien

■ Création et historique du modèle Allemand

(I31) L'influence idéologique du modèle bismarckien vient du **systeme allemand de protection sociale** qui s'est développé à la fin du 19ème siècle. Il s'inscrit autour de la **contribution d'assurance sociale**.

En effet, dans les années 1880 Le chancelier **Otto Von Bismarck** a mis en place une politique de réformes sociales en dotant l'Allemagne d'un système de sécurité des revenus basé sur le principe d'assurance.

Ce système mis en place par le chancelier a pour but de protéger les travailleurs en leur permettant d'avoir des revenus en cas de problème de santé.

Cette réforme de 1883 a ensuite été élargie aux accidents du travail en 1884 et il faudra attendre 1889 pour couvrir les invalidités ou la vieillesse. Mais ce n'est que dans les années 1920 qu'a été mise en place une esquisse d'assurance chômage.

Ce Chancelier a voulu mettre en place un **systeme basé sur la solidarité interprofessionnelle pour faire face aux risques sociaux**.

(I33) Depuis **2005**, au cours du mandat **d'Angela Merkel** les caisses d'assurance-maladie sont gérées entre représentants des employeurs et des salariés. À partir de 2009, les caisses ont la possibilité de négocier les tarifs des prestations de soins. Cette loi rend également **obligatoire l'affiliation à l'assurance maladie qu'elle soit publique ou privée**.

Compte tenu de l'obligation d'équilibrer leurs comptes, les caisses d'assurances ont la possibilité de compléter leurs recettes en percevant des cotisations complémentaires provenant des assurés. Afin de tendre à l'équilibre budgétaire pour répondre à la loi de 2009 les interdisant d'être en déficit, elles se sont regroupées réduisant significativement leurs nombres passant de 1223 en 1992 à 124 fin 2014. Elles ont également été obligées d'augmenter la part salariale des cotisations et d'organisant une solidarité financière entre les différentes caisses existantes. De par ce stratagème l'assurance maladie a accumulé de forts excédents entre 2004 et 2013.

En 2009, 85% des salariés sont affiliés aux caisses primaires d'assurance couvrant toute la famille de l'assuré, 10 % des affiliés se tournent quant à eux vers des assurances privées (cela concerne les personnes gagnant plus de 49500€ par an) et les 5 % restants concernent les régimes spéciaux notamment l'armée.

En 2014 des fonds supplémentaires ont été attribués aux hôpitaux grâce à l'excédent de ses caisses mais comme en France, l'Allemagne a effectué une démarche de réduction des lits hospitaliers (moins 10,5 pour 100 entre 2000 et 2012). De ce fait, il y a eu une forte progression des hôpitaux privés lucratifs.

■ Le modèle de couverture maladie et différences entre pays.

Les différents pays qui ont une influence bismarckienne dans leur modèle de couverture maladie sont bien entendu **l'Allemagne** mais aussi **la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Suisse, l'Autriche** mais également **la France et les États-Unis**.

En effet, même si la France est un mélange de plusieurs modèles en confondant le système d'assurance privé mais également un fonctionnement basé sur les services nationaux de santé il y a quand même un fondement idéologique provenant du modèle bismarckien.

C'est également le cas des États Unis qui eux sont issus du système libéral mais financé par un système d'assurance. La différence est que les cotisations sont individuelles.

(I32) Selon le modèle bismarckien la couverture maladie est basée sur un **modèle contributif** hérité des premières assurances sociales : c'est un système d'assurance maladie. Dans ce système les soins de santé sont dispensés par des professionnels rattachés au secteur public ou privé.

Les patients avancent en général les frais et ils sont remboursés à posteriori par les caisses gérées par les partenaires sociaux qui sont autonomes. Mais une partie reste souvent à la charge du patient sauf pour les personnes en situation de précarité.

Ces régimes d'assurance maladie sont en principe obligatoires sauf en Allemagne et aux Pays-Bas car les personnes à hauts revenus peuvent être dispensées de s'assurer auprès des régimes publics.

Ce modèle basé sur la cotisation d'assurance permet d'avoir une offre de soins plus diversifiée qu'avec le modèle basé sur les systèmes nationaux de santé.

Ce système est majoritairement **financé par des cotisations salariales et patronales** mais il est confronté à des difficultés financières qui l'obligent à s'adapter et à recourir dans certains pays aux recettes fiscales (Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg, Pays Bas) en mettant en place des enveloppes budgétaires pour contrôler les dépenses.

Le financement de la couverture maladie est calculé en fonction des conditions d'activité professionnelle des travailleurs qui payent des cotisations salariales. Ce financement est secondé par des mécanismes d'assistance permettant aux personnes avec de faibles revenus d'avoir une couverture maladie avec une prise en charge de leurs soins.

(31) Dans ce système les droits des bénéficiaires dépendent du statut de salarié car il contribue directement au financement du système. **La protection sociale est donc limitée aux personnes qui travaillent et qui ont donc pu ouvrir des droits.** Ce financement des assurances sociales permet de compenser la perte des salaires afin de sauvegarder le niveau de vie des personnes qui ont rencontré un problème à un moment de leur vie. Bien entendu les cotisations et les prestations sont proportionnelles aux salaires des affiliés.

Ce système est administré via les partenaires sociaux en étroite collaboration avec les responsables de la gestion des caisses. Les charges sont réparties entre les assurés et les employeurs qui peuvent varier en fonction des branches.

■ **L'organisation des systèmes de soins avec ce modèle et divergences entre les pays.**

(I32) Un système de santé doit prendre en compte la mise en place de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire ainsi que les moyens qu'il mobilise afin de gérer la demande de soins provenant de la population. Il y a donc une gestion de l'offre et de la demande.

Dans **le système bismarckien il y a plus de liberté pour le patient qui peut choisir plus facilement ces services de soins.**

En Belgique, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Suisse et en Autriche l'offre de soins est plus abondante c'est la médecine dite libérale, ce qui signifie qu'il y a un libre choix d'installation pour le praticien et le patient peut le choisir librement. Les prix sont donc librement fixés par le professionnel de santé. Il y a une diversification de l'offre de soins avec notamment des spécialistes.

En Allemagne comme **en France, le généraliste de famille joue un rôle de distribution des offres de soins au sein du système de santé** c'est à dire que c'est lui qui aiguille son patient soit chez un spécialiste, au laboratoire, dans des cliniques spécialisées ou alors dans les hôpitaux publics et même dans les Ehpad quand cela est nécessaire pour les personnes plus âgées.

Aux Pays-Bas et en Allemagne la rémunération des médecins est basée sur le principe de capitation. La **rémunération par capitation** ne se fonde pas sur une rémunération par comptabilisation des actes mais sur le nombre de malades potentiels. En effet, les personnes couvertes choisissent leur praticien sur une période donnée via une liste et c'est le nombre de patients qui sert de base de rémunération pour le praticien. **Le montant de la capitation correspond au forfait qui représente un volume d'activité.**

Dans ce système qui est basé sur le modèle contributif, la médecine de ville est plus diversifiée et plus abondante grâce notamment à un plus grand nombre de médecins spécialistes exerçant dans le secteur libéral. Mais cela ne veut pas dire une meilleure accessibilité aux soins car souvent ces services sont inégalement répartis sur le territoire comme c'est le cas en France où des régions du Nord sont moins peuplées de médecins par rapport au Sud.

Dans ce système à tendance bismarckienne il y a toutefois une **évolution vers une couverture pour les personnes les plus démunies** qui ne rentre pas dans les critères de l'activité professionnelle. Il doit s'adapter en intégrant le chômage, la maladie et la formation professionnelle au sein du système d'assurance maladie.

b. Le modèle Beveridgien

■ Création et historique du modèle Britannique

(I31) Le modèle beveridgien qui suit une logique d'assurance universelle a émergé après la Seconde Guerre mondiale, assimilé à une période de reconstruction et de renouveau dans tous les domaines.

Cette influence de modèle provient du Royaume-Uni dans un contexte d'après-guerre et de solidarité nationale émanant notamment du Premier Ministre britannique Winston Churchill qui s'est battu au début de la guerre seul contre tous pour préserver l'unité de son pays qui été promise à l'Allemagne lors de la conquête de la quasi-totalité de l'Europe par Adolf Hitler.

C'est dans ce contexte et dans cette mouvance idéologique que **William Beveridge**, économiste et homme politique britannique a mis place ce **système d'assurance universel basé sur l'impôt**.

En effet, dans ces travaux et dans son rapport de 1942 qui a conduit à l'adoption d'une loi sur l'assurance maladie et l'assurance invalidité, il y pose les bases théoriques de cette nouvelle doctrine qui constitue une étape fondamentale dans l'histoire de la protection sociale étatique.

La doctrine de Beveridge est fondée sur la triade idéologique : unité, universalité et uniformité.

En effet, son principe consiste à unifier tous les régimes d'assurance sociale en un système d'assurance nationale placée sous l'autorité unique de l'Etat afin d'assurer une protection à tous les citoyens quel que soit leurs conditions sociales.

(I33) Le Royaume-Uni a toujours mis **le médecin généraliste au cœur de sa politique de santé** tout en apportant une attention particulière à la prévention.

Afin de réduire les dépenses hospitalières au sein du système de santé britannique la politique de santé s'est orientée depuis 1980 vers **un renforcement du système de soins primaires**.

Cette politique a été reconduite durant **la période Thatcher** dans les années 1990 en donnant la possibilité aux médecins qui exerçaient en groupe d'engager des infirmières afin de déléguer une partie des tâches toujours dans le but de renforcer la prévention, le dépistage ainsi que l'éducation thérapeutique pour les malades atteints de maladies chroniques.

Toujours dans cette continuité **les réformes de Tony Blair** à partir de 1997 mettent en place des équipes, gérant des soins pluridisciplinaires, de grandes tailles que l'on appelle les « Primary Care Groups ». Il renforce également le pouvoir des infirmiers en les dotant de la possibilité de prescrire mais de façon encadrée.

L'arrivée des conservateurs au pouvoir à partir de 2010 a entraîné une politique de réduction des dépenses publiques afin de diminuer les déficits. Malgré cette réduction des dépenses, compte tenu du vieillissement de sa population, le parti conservateur s'est engagé à fournir

un budget de 8 milliards de livres au National Health Service (NHS) ce qui reste toutefois insuffisant par rapport au besoin recommandé par cette même instance qui était de plus de 30 milliards de livres à l'horizon 2021.

Ce besoin ne tient bien évidemment pas compte de cette pandémie mondiale. Il faudra donc dans les années futures trouver d'autres astuces et d'autres financements pour combler ces déficits. Mais ce problème ne concerne pas que le Royaume-Uni mais l'ensemble des pays européens et du globe.

Même dans ce système qui est la base de l'idéologie de Beveridge conduisant un financement du système de santé par les finances publiques, le gouvernement anglais a dû adopter une nouvelle stratégie en votant en mars 2012 un nouveau programme appelé le **HSC Act (Health and Social Care Act)**.

Sa philosophie est de faire évoluer le NHS (National Health Service) en la passant d'un statut de fournisseur de prestations à celui d'un fournisseur d'assurance santé.

Ce qui montre bien l'évolution de ce système et qu'il n'y a pas d'idéologie unique mais qu'elles sont complémentaires.

Ces systèmes de santé sous influence Beveridgienne, que l'on appelle systèmes nationaux de santé sont utilisés par de nombreux pays européens comme ***l'Espagne, le Portugal, le Danemark, la Finlande, l'Italie et bien entendu le Royaume-Uni où l'idée même de ce système est née, la Suède, la Finlande et l'Irlande.***

■ Le modèle de couverture maladie et différence entre les pays.

(I32) Dans le système imaginé par Beveridge qui est un système non contributif qu'on appelle système national de santé, ***les soins sont dispensés via un système universel accessible pour tous via l'impôt sur le revenu.***

Au ***Royaume-Uni***, en ***Suède***, en ***Finlande*** et en ***Italie*** tous les résidents ont le droit à l'intégralité des services et des prestations de santé.

Les services nationaux de santé sont majoritairement financés par l'impôt mais ils cherchent de nouveaux moyens de financement par les revenus professionnels en percevant une fraction des cotisations sociales c'est notamment le cas du Royaume-Uni et de l'Irlande.

Au ***Royaume-Uni*** et ***en Finlande*** les prestations de soins (médecin privé, hôpitaux, centre de soins privé) sont mises en concurrence au sein d'un marché interne de la santé ou les acheteurs qui sont les autorités sanitaires achètent un panier de soins pour les patients de leur secteur et les mettent donc automatiquement en concurrence afin de réguler les prix.

Aux ***Pays-Bas*** la concurrence est également établie mais d'une autre façon : pour les gros risques de santé (handicap, hospitalisation, convalescence de longue durée ou nécessité d'une assistance quotidienne à domicile) le système Beveridgien reste le principale modèle mais

pour les risques ordinaires les personnes dont les salaires dépassent une certaine somme (33 000€ par an), ce qui représente à peu près 25% de la population, doivent passer par des assureurs privés qui proposent différentes offres à des tarifs différents et ne bénéficient pas de l'assurance maladie.

■ **L'organisation des systèmes de soins avec ce modèle et divergences entre les pays.**

(I32) Dans ces systèmes nationaux de santé la liberté du patient dans **le choix, de ses professionnels et de ses services de santé, est plus restreint** que dans le système d'assurance. Il est plus contrôlé du au financement de ce système qui est d'ordre public. Ce système de référence à la citoyenneté ne débouche pas sur une véritable universalisation des droits sociaux car la réalité fait face à des logiques de ciblage et d'efficacité budgétaire nécessitant une limitation du financement de certaines prestations.

La médecine de ville dite libérale est une médecine plus générale où sont prodigués les soins primaires et paramédicaux (tels que les kinés et les soins infirmiers). Ils sont pratiqués en cabinet comme au Royaume-Uni ou alors dans des centres de soins comme en Suède et en Finlande.

Au **Royaume-Uni**, le médecin généraliste est le passage obligatoire pour avoir accès au système de santé. L'accès au spécialiste se fait par une liste d'attente.

En Suède, le passage dans les centres de santé est obligatoire pour avoir accès aux spécialistes de l'hôpital.

Au Royaume-Uni, en Italie et au Danemark, la rémunération des médecins est faite par capitations.

En Finlande, tout le monde bénéficie des services de santé qu'il soit en mesure de les payer ou non et quelle que soit sa classe sociale mais l'organisation très individuelle des soins par les municipalités menacent l'égalité des droits fondamentaux entre les citoyens.

En **Afrique du Sud** à la fin de l'Apartheid, le gouvernement a accordé à tous les citoyens sud-africains un accès aux services de santé et de sécurité sociale par souci d'égalité au sein de sa population.

En Finlande et au Royaume-Uni les hôpitaux ont un statut indépendant leur permettant d'être en concurrence comme en France avec le privé par la possibilité de réinvestir leurs bénéfices.

Dans ce système, l'offre de soins devrait être mieux répartie car il y a l'intervention de l'Etat qui a une volonté d'apporter l'offre de soins partout sur son territoire et qui ne regarde pas le profit. Ils définissent des pratiques médicales soumises à des sanctions et limitent les budgets dans les régions où l'offre est plus importante que la demande permettant normalement un rééquilibrage de l'offre sur un territoire donné.

c. Malgré la divergence de ces deux systèmes nous voyons une convergence sur certains points.

(I31) Malgré la divergence idéologique de ces deux systèmes concernant le mode de financement de la couverture sociale ainsi que du système de santé, que nous allons résumer à travers le tableau ci-joint, le but ultime d'un système de santé quel que soit son modèle idéologique et structurel est de permettre une couverture maximale des soins de santé sur un territoire afin de permettre à chaque individu de se soigner selon ses besoins.

	Modèle bismarckien	Modèle beveridgien	
Objectifs	Maintenir un niveau de vie et assurer un revenu de remplacement	Lutter contre la pauvreté et couvrir les besoins primaires	
Principes	Solidarité interprofessionnelle	Solidarité nationale	
Techniques	Assurance	Assurance	Assistance
Bénéficiaires	Les salariés et leurs familles	Toute la population (Universalité)	
Prestations	Contributives Proportionnelles au salaire	Contributives Forfaitaires et identiques pour tous (Uniformité)	Non contributives Forfaitaires et identiques pour tous (Uniformité)
Financement	Cotisations assises sur les revenus professionnels	Cotisations sociales et Impôt	Impôt
Gestion	Rôle des partenaires sociaux dans la gouvernance	État (Unité de gestion)	

Source : Unédic

Figure 11 : tableau de synthèse du modèle Bismarckien et beveridgien montrant les divergences de ces 2 systèmes.

Même si le système bismarckien est assimilé à une tendance plus élitiste car il dépend du revenu du travailleur et donc de son statut social, ces deux systèmes se rejoignent sur plusieurs points que nous allons évoquer maintenant.

(I32) Dans ces 2 systèmes : Bismarckien et Beveridgien, l'appartenance professionnelle ou le statut de citoyen permet de bénéficier d'une assurance maladie générale. C'est ce qu'on appelle **la couverture maladie de base**, mais en réalité ce qui conditionne la bonne prise en charge du patient d'un point de vue financier (remboursement des frais médicaux et paramédicaux ainsi que produits de santé) c'est **la couverture maladie complémentaire** qui reste à la charge du patient quel que soit le système.

Cette couverture complémentaire peut être prise en charge soit par l'entreprise dans laquelle il travaille mais les taux de couverture dépendent généralement de la taille de l'entreprise ainsi que du statut du salarié (cadre ou non). C'est le cas dans les systèmes gérés au niveau national ou par le biais d'assurances complémentaires privées.

Le lien entre **le système d'assurance maladie (système bismarckien)** et **le système national de santé (système Bévérigien)** est assez étroit car dans ces systèmes il y a recours à la **notion d'ayant droit et d'ouvrant droit**. En effet, les ayants droit (enfant ou conjoint) ont un statut leur permettant d'avoir une couverture équivalente à l'ouvrant droit qui est celui qui cotise ou qui bénéficie des droits. Cette notion contribue à une convergence de ces systèmes car ils permettent à des individus qui ne cotisent pas ou qui ne sont pas prélevés par l'impôt de bénéficier d'une assurance maladie.

La question de la concentration de la protection sociale sur les plus démunis se pose quel que soit le système. En effet, l'objectif est soit d'améliorer la situation des plus pauvres pour réduire les inégalités, soit de diminuer le poids des prélèvements et donc de dégager des marges pour le marché de l'assurance privée. Ce recadrage quel que soit le modèle entraîne une dégradation des classes populaires et des classes moyenne.

Nous voyons également que ces deux systèmes se rejoignent de plus en plus, en effet une **mixité du financement voit le jour** notamment avec le modèle du Royaume-Uni qui était totalement fiscalisé et qui a introduit progressivement des contributions sociales. Ils permettent désormais aux personnes d'acquérir une assurance santé individuelle par le paiement d'une assurance privée. À l'inverse le système allemand a ajouté des revenus fiscaux aux ressources assurancielles du financement du système de santé. Il est également permis aux personnes dont les revenus sont les plus élevés de souscrire à une assurance privée remplaçant totalement l'assurance santé publique chose qui n'est pas possible au Royaume Uni.

La France est aussi un exemple de convergence de ces deux modèles car depuis 1993 une fiscalisation progressive du financement de son système de santé a été mise en place pour augmenter les ressources dédiées au système. C'est notamment grâce à la CSG (Contribution Sociale Généralisée) qui est déduite du bulletin de salaire de tous les salariés. Il ne reste en France que les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail d'un salarié qui sont encore financées par les cotisations sociales, reliquat du principe d'assurance lié au travail.

Nous voyons également en Europe un recentrage des systèmes de soins sur les soins primaires et une prise en charge organisée pour les maladies chroniques qui ont une prévalence élevée dans ces pays dits riches.

Il y a également une union concernant la santé en Europe car chaque résident de l'Union Européenne peut se faire soigner dans n'importe quel pays membre de cette union grâce à **la carte européenne d'assurance maladie. Elle permet à chaque citoyen européen de bénéficier d'une prise en charge pour les soins médicaux urgents** et nécessaires survenus à l'occasion de vacances, de séjours professionnels, linguistiques et autres. Cette carte est aussi valable en Norvège, au Liechtenstein, en Islande et en Suisse.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'émergence du modèle libéral venant des USA.

3) L'émergence du modèle libéral de santé

a. Principes et valeurs de ce système

(32) Le modèle libéral de santé se base sur le principe de l'assurance individuelle. Cette structuration du système de santé se base sur un remboursement strictement privé par le biais de l'activité professionnelle de chaque personne cotisant via son entreprise ou via des systèmes d'assurance privée. Comme dans le modèle de Bismarck il faut donc prêter attention à la taille de l'entreprise car le remboursement des prestations de soins y est souvent proportionnel conditionnant une couverture maladie plus ou moins étendue.

De plus, compte tenu du caractère non obligatoire de cette prise en charge beaucoup de familles préfèrent ne pas y souscrire leur conférant un salaire mensuel plus élevé.

Même si ce système est basé sur des cotisations individuelles les personnes qui ont besoin de soins urgents avec des moyens modestes, comme les personnes les plus âgées, ou les personnes handicapées bénéficient d'un soutien pour les prestations de santé à travers différentes aides publiques.

Afin d'expliquer le fonctionnement du modèle libéral de santé nous prendrons l'exemple des États-Unis d'Amérique où le financement et la fourniture des soins reposent essentiellement sur le secteur privé.

Cependant, depuis 1965 « l'assurance publique » prend une part dans ce système libéral à travers deux programmes fédéraux destinés à couvrir une certaine partie de la population américaine :

- Le plan « Medicaid » qui vient en aide aux personnes en situation de précarité.
- Et le programme « Medicare » qui vient en aide aux personnes âgées de plus de 65 ans ainsi qu'aux personnes handicapées.

De plus, il y a une restructuration du système de santé américain avec le Président Barack Obama et son plan de restructuration de la santé surnommé « l'Obamacare ».

Dans le système libéral et notamment aux États-Unis les hôpitaux ont un statut indépendant comme en France, en Finlande, ou au Royaume Uni leur permettant donc de réinvestir les bénéfices et de mettre en concurrence les établissements privés de santé.

b. Le système de santé libéral expliqué grâce à l'exemple des États-Unis.

(133) Le système libéral de santé émerge dans de nombreux pays européens possédant une culture de la santé basée sur les principes de Beveridge ou de Bismarck.

Nous allons essayer de comprendre le fonctionnement d'un système libéral de santé à travers les États-Unis qui représente le mieux le libéralisme d'un système de santé qui possède des avantages mais également des inconvénients car il est basé sur l'individualisme de prise en charge des soins de santé.

Nous allons voir à travers l'exemple des USA que cette tendance libérale pure n'existe plus réellement notamment grâce au président Obama qui a voulu une couverture maladie pour tous. C'est le cas également des autres systèmes de santé dans le monde pour combler les failles de leurs propres systèmes de santé.

Aux Etats-Unis, l'intervention de l'état dans le système de santé américain est limitée car il n'existe pas de couverture généralisée pour toute la population et pour tous les types de soins financés par le gouvernement Américain.

Dans les années 2000, 64% de la population américaine était couverte grâce à une assurance privée liée à l'emploi. Les primes d'assurance santé sont en hausse constante et montrent des incapacités de financement pour les petites entreprises qui n'arrivent plus à les financer pour leurs salariés. En 2011, on constate que 17% de la population ne bénéficiaient pas de couverture maladie.

L'Etat américain a tout de même voulu intervenir dans le système de santé par l'intermédiaire de l'Etat fédéral et des Etats fédérés. Ce fut le cas en 1965 avec des programmes publics que nous avons énoncé précédemment (**Médicare et medicaid**).

De plus, depuis 1997 un programme destiné aux enfants a été mis en place (**State Children's Health Insurance Program SCHIP**) par l'administration Clinton suite à l'échec du plan de couverture maladie universelle de 1993 qui prévoit une assurance santé pour les enfants des familles ne bénéficiant pas du plan Medicaid mais ayant tous de même de faibles revenus.

Le financement est assuré en grande partie par l'Etat fédéral mais aussi par les Etats fédérés.

L'organisation des soins aux États-Unis était basée sur les assurances, proposées par les employeurs, appelées **MCO (Managed Care Organizations)** proposant une offre groupée comprenant les médecins de ville, les hôpitaux ainsi que les médicaments. Cependant, les patients interrogés ont indiqué que les MCO étaient orientées vers les économies conduisant les médecins à passer moins de temps avec leurs patients et entraînant également un accès plus compliqué pour les patients aux spécialistes.

C'est dans ce contexte que dans les années 2000 les services de soins ont été augmentés pour une certaine tranche de la population pouvant augmenter les primes versées aux assurances posant donc un problème éthique qui est l'une des principales failles du système de santé libéral conditionnant les soins de santé à la réussite sociale c'est ce que l'on appelle aux États-Unis la **PPO (Preferred Provider Organizations)**.

Malgré la sélection faite par l'argent, cette organisation du système de soins présente des points positifs. En effet, des politiques de prévention sont mises en place, des services d'éducation à la santé sont proposés et des programmes de coordination de soins pour les pathologies chroniques lourdes et coûteuses telles que le diabète ou le cancer sont mis en place.

Ensuite, il y a eu les années Obama où a été mise en place une politique publique de santé déjà initiée dès 2006 dans le Massachusetts. En effet, dans cet État il existe une couverture maladie étendue pour les personnes non assurées avec une structure de gestion publique.

Elle propose des assurances santé aux entreprises en réduisant les coûts pour les petites entreprises et les individus en facilitant l'achat de lots d'assurance. Des réformes similaires ont vu le jour dans le Vermont, le Maine ou encore la Californie. Cette idée d'une assurance santé pour tous a été conçue dans les années 2000 et satisfait alors les partisans du libéralisme économique car cette contribution obligatoire à une couverture de santé fait marcher le business des assurances en préservant leur économie.

C'est dans ce contexte que Barack Obama a étendu l'assurance obligatoire de santé dans tout le pays devenant un symbole de la volonté de l'administration fédérale de mettre en place une politique de santé portée à gauche.

L'Affordable Care Act (ACA) surnommé « l'Obama care » est la loi, protégeant les patients et leur permettant d'avoir accès au système de soins de façon abordable, a été promulguée par le président Barack Obama le 23 mars 2010.

Cette réforme du système de santé américain est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014 obligeant toutes les personnes du territoire américain payant des impôts dans leur pays de se doter d'une assurance santé. Cette Assurance santé remplit certaines garanties pour le patient :

- Accès au service ambulatoire.
- Accès aux services d'urgence.
- Accès à l'hospitalisation.
- La prise en charge de l'accouchement ainsi que du nouveau-né.
- Un accompagnement dans la prise en charge des maladies mentales.
- Un remboursement sur les prescriptions médicales ainsi que sur les services de rééducation et des analyses de laboratoire.
- Ainsi qu'une prise en charge des soins pédiatriques.

Les assurances obligatoires contractées au vu de cette réforme couvre tout acte médical quels que soient les antécédents du patient, ils ne justifient en rien une exclusion ni une rupture de contrat. De plus, une consommation excessive de soins de santé ne peut donner lieu à une résiliation par l'assureur. Les assureurs ont un devoir de remboursement auprès des personnes si moins de 80% de la prime d'assurance versée n'a pas été utilisée par l'assuré en comptant les frais des médicaments. Dans ce cas l'assureur restitue une partie de la prime. Toute hausse des primes supérieures à 10% doit être justifiée et les enfants de moins de 26 ans sont couverts par la police d'assurance souscrite par leurs parents.

Le taux de remboursement dépend quant à elle du niveau de prime choisi, plus elle est importante plus la couverture est maximale :

- La **couverture bronze** rembourse à hauteur de 60%
- La **couverture Silver** prend en charge 70% des dépenses
- La **couverture Gold** quant à elle prend en charge 80%
- Et enfin la **couverture platinum** qui couvre 90 % des dépenses de santé est réservée aux personnes les plus fortunées ou travaillant dans des entreprises pouvant déboursier de grosses sommes pour ces assurances.

Cette politique de santé menée par le président Obama avait pour cible 26 millions de personnes. Au final, l'ACA a permis à 20 millions d'américains d'avoir une couverture maladie. Le taux de souscription varie suivant les Etats avec une plus forte réticence des Etats du Sud.

Vient ensuite les dispositions prises par le gouvernement Trump. L'administration Trump a mis en place certaines lignes directrices changeant de cap par rapport au président Obama :

- Donald Trump en rejoignant les démocrates a eu la volonté que « medicare » puisse négocier le prix des médicaments en partenariat avec les prestataires.
- Sa volonté a également été d'importer des médicaments venant de pays étrangers comme le Canada pour faire baisser le coût des dépenses des médicaments.
- Il a également permis aux assureurs de pouvoir vendre un plan d'assurance à plusieurs Etats afin d'éviter le monopole et donc une augmentation des prix du fait de la non-concurrence dans un territoire donné.
- Il a également demandé l'application stricte des lois afin de réduire les coûts médicaux liés à l'immigration clandestine.
- Enfin il a offert la possibilité de déduire en totalité les primes d'assurance des revenus imposables.

Nous voyons bien que les orientations prises par les gouvernements américains ne suivent pas une ligne aussi tranchée comme nous pouvons le voir dans les politiques européennes à travers les modèles bismarckien et beveridgien ainsi qu'à travers le système français.

Cela est dû en partie aux Etats qui gardent une autonomie par rapport à la prise de décision gouvernementale. Cela fait également partie de la doctrine libérale qui prône en outre les libertés individuelles et qui favorise la liberté économique à travers un pouvoir donné aux entreprises en permettant la libre concurrence.

La politique libérale de santé donne une grande autonomie aux entreprises et aux assureurs avec une volonté de perfectionner le système tout en gardant à flot l'économie du pays.

C'est pour cela que cette politique libérale de santé s'explique à travers une grande variabilité en fonction des époques, des moyens et des gouvernements qui se succèdent.

C'est dans ce contexte que nous allons étudier le système de santé français qui s'imprègne de toutes ces idéologies qui proviennent d'Europe mais aussi des États-Unis.

Nous le verrons à travers notre deuxième partie que le système français est un système hybride permettant d'être l'un des meilleurs systèmes de santé au monde mais présentant de nombreuses limites que nous avons pu constater durant cette pandémie du Covid conduisant l'État français à une réflexion concernant les services publics de santé.

PARTIE II : LE SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE

L'OMS définit la politique de la santé comme des actions susceptibles de prévenir de soigner ou de guérir les maladies, les imperfections organiques, fonctionnelles ou psychiques qui peuvent compromettre, limiter ou interdire l'activité familiale, professionnelle ou sociale d'un individu.

Elle couvre aussi l'ensemble des moyens juridiques, institutionnels, humains, techniques, économiques, financiers et budgétaires, susceptibles d'empêcher l'apparition de maladies ou faire régresser celles qui se sont déclarées dans une perspective très large de protection de la santé publique.

Il faudra toutefois attendre 1920 pour que la France se dote d'un ministère de la santé publique à la suite de la Première Guerre mondiale lors de la pandémie de grippe espagnol qui a fait 30 Millions de morts.

Puis en 1999 par la loi du 27 juillet, avec la création d'une couverture de maladie universelle (CMU).

La politique de la Santé pourrait se résumer à l'énumération de l'ensemble des règles juridiques mais malgré que la santé n'ait pas de prix elle a un coût. En effet, elle implique des démarches médicales qui ont un impact physique et psychique sur les individus, c'est pourquoi il faut recourir à une réglementation poussée avec un modèle économique viable.

LES ORIENTATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE

L'OMS a fixé pour les années 2000 aux Etats de la région européenne trois objectifs : **ajouter des années à la vie** (objectif quantitatif) et deux objectifs qualitatifs : **ajouter de la vie aux années** et **ajouter de la santé à la vie**.

I. Les axes principaux de la politique de santé

En France il y a deux axes : la protection de la santé et la lutte contre les maladies et les dépendances.

1) La protection de la santé

a. La protection des personnes

(II1) La protection des personnes s'est faite par **les lois de Bioéthiques** des 1^{er} et 29 Juillet 1994 permettant de constituer un statut juridique au corps humain par **le principe d'inviolabilité** (consentement préalable) ainsi que le **principe d'indisponibilité** (pas de commerce avec le corps humain).

En outre, le malade en France dispose du choix de son médecin ou de ses spécialistes, du régime d'hospitalisation et de son lieu d'hospitalisation dans la mesure du possible.

Le principe d'information des malades garantit désormais à toute personne le droit d'être informé sur son état de santé, ses différents traitements, les différentes actions de prévention qui peuvent être proposées.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner », a permis une réflexion essentielle sur la place du malade dans le cadre des soins médicaux. Ce texte législatif a placé en tête du code de la santé publique un **article L.1111-2** exposant dans le détail le droit à l'information du patient :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...) ».

Dans ces indications, je pense que le pharmacien d'officine mais également hospitalier ont un rôle d'information envers le patient pour lui expliquer son traitement et malheureusement il y a encore des lacunes dans ce domaine.

De trop nombreuses fois les patients sortent de chez leur médecin et de chez leur pharmacien sans connaître réellement ce qu'ils prennent comme traitements et les risques potentiels, les effets indésirables qu'ils encourent.

(II2) En effet, le commentaire du code de déontologie médical édité par l'Ordre National des médecins montre que les autorités sont conscientes de ce phénomène :

« En France, comme dans d'autres pays occidentaux, le premier reproche adressé aux médecins se résume par la formule : "Il ne m'a rien dit". Cela doit s'entendre souvent comme : "il ne m'a pas dit ce que j'attendais de lui" ou : "je n'ai pas compris ce qu'il m'a dit". Ce défaut d'information est la cause la plus fréquente des procédures engagées contre un médecin ».

Malgré cette prise de conscience, trop de patients ont un sentiment d'infériorité vis à vis du corps médical et par conséquent n'osent pas demander des indications sur le déroulement de leur traitement. C'est donc à nous pharmaciens de prendre le relais et de jouer ce rôle de proximité avec nos patients qui viennent très souvent en pharmacie car il y a une disponibilité qui n'existe nulle part ailleurs.

En effet, on entre dans une officine de ville sans prendre rendez-vous et lorsque que les patients viennent nous voir, nous devons prendre le temps de leur expliquer le traitement au risque d'être rébarbatif, mais il est préférable que l'information soit délivrée plusieurs fois plutôt que pas du tout.

Nous voyons bien que « l'individu » est très bien protégé en France d'un point de vue juridique. Il faut bien rappeler qu'aucun acte médical ou aucun traitement ne peut être exercé sur une personne sans son accord préalable et son consentement peut être retiré à tout moment.

Comme le dit Marie Grosset dans son ouvrage **(II3)**, un des principaux accomplissements pour les professionnels de santé est la recherche permanente de la volonté réelle du patient. Mais il faut faire attention car cette protection atteint son paroxysme concernant la fin de vie ou une personne ne peut pas choisir librement sa fin dans un cadre légal. C'est ainsi que nous allons aborder le sujet de l'euthanasie dans notre pays.

→ En effet, cette protection des individus apparaît comme absolue dans la mesure où l'euthanasie demeure interdite en France.

Néanmoins, il y a eu des avancées concernant la fin de vie des personnes en France avec la **loi du 9 juin 1999** visant à garantir l'accès aux soins palliatifs, **la loi du 4 Mars 2002** établissant un droit de refus de l'acharnement thérapeutique ainsi que **la loi du 22 Avril 2005** dite loi Léonetti révisée en 2016 qui permet de traduire la volonté de toute personne à travers des directives anticipées, ou en désignant une personne de confiance. Les professionnels de santé peuvent alors se référer à ces directives ou à cette personne de confiance lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Effectivement, **la loi du 2 février 2016 dite loi Claeys-Leonetti** a fait évoluer celle de 2005 en conférant à chaque individu la possibilité de mettre par écrit leurs propres directives anticipées qui n'est désormais plus un souhait mais qui exprime par écrit une volonté qui doit être respectée par le corps médical. Cet écrit permet à certaines personnes d'échapper à des contentieux familiaux et de renseigner le personnel soignant sur la marche à suivre en cas d'impossibilité d'exprimer pleinement son consentement.

La loi du 4 Mars 2002 met en exergue la personne de confiance. Elle figure dans l'article L.1111-6 du code de la santé public. Néanmoins sa parole n'a pas la portée d'un représentant légal, mais sa voix sera prédominante sur les autres tiers.

Il y a donc beaucoup de lois qui assurent la protection des individus dans notre pays, protégeant la santé et donc la vie en allant même à l'encontre de la volonté du patient. C'est dans cette continuité de protection absolue de la vie humaine que **le droit à l'euthanasie est toujours prohibé en France.**

Il y a de nombreuses associations qui soutiennent sa légalisation en France, comme l'Association pour le droit de mourir dans la dignité créée en 1980.

Dans les années qui viennent, il faudra se poser sérieusement la question de l'euthanasie dans notre pays car cette pratique est déjà légalisée dans certains pays.

Il faut bien faire la distinction entre l'euthanasie et le suicide assisté. En effet, le terme d'**euthanasie** est utilisé **lorsqu'un professionnel de santé injecte au patient la dose létale** alors que **le suicide assisté** consiste à **donner au patient un médicament contenant la dose létale mais c'est à lui de les prendre sans assistance médicale.**

(II4) En mars 2021 l'**Espagne** devient le sixième pays au monde et le quatrième pays européen à légaliser l'**euthanasie** dans son pays. On compte actuellement les **Pays-Bas**, le **Luxembourg** et la **Belgique** pour les pays européens sans oublier le **Canada** et la **Nouvelle-Zélande** dans le reste du monde.

Le suicide assisté est quant à lui légal en *Suisse* ainsi que dans cinq États américains (*Oregon, Washington, Montana, Vermont* et *Californie*).

La loi adoptée par le Premier ministre espagnol Pedro Sanchez concernant le droit à l'euthanasie entrera en vigueur en juin dans le pays et permettra aux personnes ayant « une maladie grave et incurable » ou ayant « des douleurs chroniques les plaçant dans une situation d'incapacité » de pouvoir mourir dans la dignité dans un cadre légal par supervision du corps médical soit par l'euthanasie, soit par un suicide assisté.

Cette loi est approuvée en majorité par le peuple espagnol qui y était favorable à plus de 85%. Cela montre bien l'évolution de l'état d'esprit de la population dans notre civilisation actuelle.

En effet, une enquête IFOP/JDD datant de décembre 2020 qui a été réalisée en France confirme cette tendance. Selon cette étude **88% des français sont favorables à la législation de l'euthanasie** dans notre pays.

Pour ce genre de réforme sociétale un referendum pourrait être une solution à envisager car elle concerne la constitution même de l'être humain et doit donc être approuvée par la majorité de nos concitoyens et non par une minorité de parlementaires.

(II5) Nous prendrons pour exemple *l'affaire Lambert* qui a suscité une consternation d'une part de la population et qui a relancé le débat sur l'acharnement thérapeutique qui fait référence aux valeurs défendues par les personnes prônant le droit à l'euthanasie et au suicide assisté.

Vincent Lambert, n'a pas laissé de directives écrites, en effet il n'y avait ni directives anticipées, ni une personne de confiance désignée laissant donc un vide juridique qui a conduit à une médiatisation sans précédent de cette affaire.

Pour rappel, en 2008 Vincent Lambert est victime d'un terrible accident de la route qui le plonge dans un état végétatif, maintenu en vie par des sondes.

Il y aura un clivage important entre la femme de V. Lambert et certains de ses frères et sœurs voulant l'arrêt de l'acharnement thérapeutique conformément à la loi Léonetti et conformément à sa volonté exprimée par orale tout au long de sa vie et de ses parents qui mènera à une lutte juridique sans merci allant même jusqu'au sommet de l'État pour empêcher un arrêt des protocoles de soins (qui dans ce cas était une alimentation et une hydratation via des sondes) qui le maintenait en vie.

En mai 2014, l'expertise autorise l'arrêt des traitements en concluant selon Rémi Keller, le rapporteur public du Conseil d'Etat à cette époque que : « *la poursuite du traitement n'a pas d'autre effet que de maintenir Vincent Lambert artificiellement en vie, emmuré dans sa nuit de solitude et d'inconscience* ».

Les parents saisissent par la suite la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), mais en décembre 2016 sa femme, Rachel Lambert se voit confier la tutelle de son mari par la Cour de Cassation.

Après de multiples rebondissements, qui bouleverseront même les instances juridiques (en effet l'ordre judiciaire représenté par la Cour de cassation et l'ordre administratif représenté quant à lui par le Conseil d'État se sont opposés sur l'interprétation de la loi concernant l'arrêt des soins car elle n'est pas clairement définie concernant la définition même de l'acharnement thérapeutique) l'arrêt définitif des traitements fût commencé le 2 Juillet 2019 par le CHU de Reims qui ***entraîna la mort de V. Lambert le 11 Juillet.***

Nous voyons bien que même dans les plus hautes sphères du pouvoir il y a un clivage important concernant cette idéologie qui reste tabou en France mais également dans le reste du monde.

Trop peu de pays ont légalisé l'euthanasie ou le suicide assisté portant atteinte selon moi aux libertés individuelles de chaque individu. Nous verrons dans les décennies à venir le tournant que prendra la société sur ce sujet même si je pense que l'évolution idéologique est en marche.

b. La protection du milieu

→ Il y a ensuite la ***protection par la justice du patient et du personnel soignant*** qui a permis par ***la loi du 4 Mars 2002*** de conférer un cadre législatif et réglementaire à une potentielle faute du corps médical. En effet, cette loi exclut l'application des jurisprudences de ***Bianchi et Gomez*** qui admettaient une responsabilité sans faute du médecin.

Désormais cette loi admet la responsabilité des professionnelles de santé uniquement pour faute.

Elle a également organisé et encadré la réparation financière par les assureurs en cas de faute d'un établissement de santé ou d'un professionnel de santé lors d'un acte médical par ***la CRCI*** (Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation) qui émet des avis et qui permet une prise en charge financière des parties qui ont été touchées.

Il y a également une prise en charge en l'absence de faute du corps médical en cas d'affections médicales non fautives, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales par ***l'ONIAM*** (l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) au titre de la solidarité nationale.

→ Il y a la ***protection par la morale et par l'éthique pour concilier les progrès de la science et la dignité humaine.***

Outre la création spontanée de comités d'éthiques locaux dans les centres hospitalo-universitaires, il y a eu la création par le décret du 25 février 1983 du ***Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)*** pour les sciences de la Vie et de la Santé. Il a été longtemps présidé par le professeur Jean Bernard et est composé de 39 membres. Ses moyens de fonctionnement lui sont fournis par l'INSERM et son domaine d'investigation est déjà très important englobant de nombreux sujets notamment : « *le maintien de vie des prématurés de moins de 300g* », « *emploi de l'hormone de croissance* », « *empreinte génétiques* », « *mères porteuses* ».

Son rôle va devenir de plus en plus important avec l'apparition de la haute technologie dans le domaine médical notamment avec l'innovation des exosquelettes qui permettent aux paraplégiques de pouvoir remarcher, des membres robotisés qui deviennent plus performants et ne vieillissent pas comme notre corps ou encore la culture de cellules spécialisées comme par exemple les cardiomyocytes au stade embryonnaire qui constitue une avancée majeure.

Toutes ces avancées permettront dans les prochaines décennies de conduire l'homme vers une forme d'immortalité. C'est là où la question de l'éthique entre en jeu pour mettre en place des réglementations afin de concilier avancée technologique et interdiction de l'eugénisme. Le CCNE tire la sonnette d'alarme sur ces sujets.

Hormis les USA et la Grande Bretagne, de nombreux pays occidentaux se sont engagés sur cette voie comme le Danemark, le Canada, les Pays-Bas, l'Espagne, l'Italie et d'autres.

En France les Ordres Professionnels et les codes de déontologies se veulent les garants d'une morale et d'une éthique professionnelle. **Le 1^{er} code de déontologie est hérité du serment d'Hippocrate créé en 1947**, actuellement c'est le **décret n°2012-694 du 7 mai 2012** qui le fixe. D'autres professions de santé ont été pourvues de règles déontologiques : c'est le cas des Sages-Femmes (**décret du 17 Juillet 2012**), des infirmiers (**décret du 16 Février 1993**) et des Pharmaciens (**décret du 14 Mars 1995 sur la base du serment de Galien**).

→ **L'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile** qui comprend notamment des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et de leurs enfants mais qui prend également en compte les jeunes mamans qui sont les plus démunis.

Des actions de prévention et de dépistage en faveur des handicaps concernant les enfants de moins de 6 ans ainsi que des conseils aux familles pour les prendre en charge sont également mis en place. Ces organismes portent aussi des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risque de l'être. C'est le département qui en assure l'organisation et le financement.

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) permet également une protection des libertés de la femme. Elle est encadrée juridiquement et ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la 12^{ème} semaine et uniquement par un médecin dans un établissement de santé public ou privé. Elle est réalisée dans le cadre de **l'article 16 du Code Civil** qui stipule que :

« La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie ».

Il est systématiquement proposé à la femme majeure après l'intervention une consultation pour prendre en charge psychologiquement le couple.

Cependant des sanctions pénales peuvent être appliquées notamment en cas de provocation à l'interruption de grossesse, d'interruption illégale de grossesse et d'entrave à l'interruption légale de grossesse conformément à **l'article L. 2221-1 à 2221-4 et L. 2223-1 et -2 du CSP** lorsque la loi n'est pas respectée.

2) La lutte contre les maladies, les dépendances et les comportements déviants

a. Lutte contre les maladies

→ En premier lieu pour lutter contre les maladies, il faut que notre système de santé mette l'accent sur **les actions de prévention**.

On définit la prévention en 3 stades : il y a tout d'abord la **prévention primaire** qui consiste en l'information sanitaire et l'organisation de campagnes de vaccinations.

D'après le décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire (II6), les nouveaux nés sont désormais soumis à 11 vaccins obligatoires : le DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), la Coqueluche, le ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole), Hépatite B, Haemophilus Influenzae, pneumocoque et méningocoque C.

Cette politique vaccinale est élaborée par le ministre chargé de la santé après avis du HCSP. Toutefois malgré ces obligations en cas de préjudices subis par la vaccination obligatoire l'ONIAM (Organisation National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) prend en charge l'indemnisation au titre de l'article L. 1142-22 du CSP.

Il y a ensuite **la prévention secondaire** qui consiste à dépister les maladies dont on n'a pas pu éviter les apparitions et la **prévention tertiaire** qui a pour objectif d'éviter les rechutes.

→ **La lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)** a débuté dans les années 1983 par un consensus erroné, pensant qu'il existait des groupes à risques en incluant les homosexuels, les héroïnomanes, les haïtiens et les hémophiles en excluant les hétérosexuelles aboutissant à une discrimination de ces catégories de personnes alors qu'en réalité, il s'agit de pratiques à risques qu'il faut combattre pour lutter contre ce virus : rapports sexuels non protégés, utilisation de seringues infectées, multiplicité des partenaires sexuels. Ce virus peut toucher toutes les personnes qui ne luttent pas contre ses pratiques. A cause de cette fausse idée en plus de la discrimination elle a abouti à une propagation du VIH en France et ailleurs.

Ce qui a conduit à une précision dans **l'article L. 3121-1 du CSP** :

« *La définition de la politique de lutte contre le VIH relève de l'Etat* » qui a délégué aux ARS, par le biais du Directeur, la possibilité de réaliser des consultations gratuites et anonymes destinées à la prévention, au diagnostic et au dépistage du VIH.

De plus, l'État prend en charge les indemnisations des victimes du VIH lors de transfusions sanguines ou d'injections de produits dérivés du sang produit sur le territoire Français.

→ **La lutte contre les maladies mentales est encadrée par l'article L. 3211-1 du CSP** qui stipule qu'une personne ne peut sans son consentement ou sans celui de son représentant légal être hospitalisée dans un établissement psychiatrique hormis le cas prévu par la loi. Une personne est hospitalisée selon 3 modes : **soit en hospitalisation libre avec le consentement du patient, soit sur la demande d'un tiers si le patient ne peut pas exercer son consentement, soit en hospitalisation d'office si son état le rend nuisible pour lui-même ou pour autrui.**

Ce dernier mode a fait l'objet d'une réforme le 5 juillet 2011 davantage protectrice pour les personnes et lorsque le patient est hospitalisé de force il a néanmoins des droits qu'il peut faire prévaloir.

L'architecture de ces structures psychiatriques est imbriquée de telle sorte qu'il y ait le moins d'injustice possible et que l'encadrement soit strict. En effet, dans chaque département il y a une commission départementale des hospitalisations psychiatriques comprenant un psychiatre, un magistrat et deux personnalités qualifiées désignées respectivement par le procureur général de la cour d'appel, par le Premier Président de la cour d'appel, par le Préfet du département et par le Président du Conseil départemental.

Bien évidemment la prévention ainsi que les maladies mentales ou encore le VIH ne sont pas les seules maladies qui sont prises en charge par l'État français et par les nombreux organismes et services de la santé.

La lutte englobe toutes les maladies, épidémies et pandémies qui nuisent à la santé des populations. Il y a notamment le COVID-19 qui a fait couler beaucoup d'encre. Là encore l'État français ainsi que le système de santé s'est employé et s'emploie encore pour sortir le plus rapidement de la crise. Mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'en parler dans cette thèse car nous n'avons pas encore assez de recul pour analyser la stratégie de la France et des autres pays concernant cette maladie.

Non allons-nous intéresser aux moyens employés par les services de l'État et de la santé pour lutter contre les dépendances qu'elles soient légales ou non.

b. Lutte contre les dépendances légales aux yeux de la loi

Nous allons nous focaliser sur l'alcool qui devient un fléau majeur chez les jeunes mais également les moins jeunes pouvant entraîner de nombreuses pathologies aiguës ou chroniques telles que les cirrhoses mais aussi de nombreux cancers.

Dans un second temps nous évoquerons le tabac dont l'addiction est très forte à cause de la dépendance à la nicotine et entraînant également de nombreuses pathologies dont la plus connue le cancer du poumon.

→L'alcoolisme

Nous n'allons pas dans cette partie s'intéresser aux sanctions et aux délits qui en découlent comme la conduite en état d'ébriété mais plutôt nous focaliser sur les articles de loi visant la prévention et les moyens mis en œuvre par les différentes instances de l'Etat et de la santé pour combattre la dépendance à l'alcool.

Il faut tout de même bien comprendre que l'équation est compliquée car elle met en jeu des aspects économiques notamment la production de vin qui est une institution en France avec les nombreux vignobles et vigneron qui peuplent notre territoire et qui font partie de nos traditions viticoles et gastronomiques.

Toutefois, depuis de nombreuses années les instances politiques sont de plus en plus à l'écoute et de plus en plus répressif à l'encontre de cette substance qui fait de nombreux ravages dans notre société.

(II7) En 2014 selon le baromètre santé 39% des personnes interrogées déclarent consommer hebdomadairement de l'alcool, le vin étant la boisson alcoolisée la plus consommée dans notre pays suivi de la bière et des spiritueux.

C'est pour ces raisons que l'alcool est encadré par des textes de loi afin de prévenir et d'informer la population concernant les fléaux qu'il peut entraîner.

(II8) La lutte contre l'alcoolisme est encadrée par l'Etat par le biais de plusieurs articles du code de la santé publique :

« **Art. L. 3311-1.** - *L'État organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme, sans préjudice du dispositif prévu à l'article L. 3221-1.*

Les dépenses entraînées par l'application du présent article sont à la charge de l'Etat, sans préjudice de la participation des régimes d'assurance maladie aux dépenses de soins de ville et d'hospitalisation, et aux dépenses médico-sociales des centres mentionnés à l'article L. 3311-2.

Art. L. 3311-2. - *Les centres de cure ambulatoire mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille.*

Art. L. 3311-3. - *Les campagnes d'information menées dans le cadre de la lutte antialcoolique doivent comporter des messages de prévention et d'éducation. Ces messages ne doivent pas présenter de caractères discriminatoires entre les différents produits.*

Art. L. 3311-4. - *Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »*

Ces articles montrent l'engagement porté par l'Etat envers l'addiction à cette substance pour dans un premier temps la prévenir par l'information. C'est notamment là que toutes les professions médicales ont un rôle à jouer pour expliquer ce qu'est l'alcoolisme afin de la prévenir sans pour autant diaboliser cette substance. Je pense que le pharmacien peut jouer un rôle dans la prévention lors d'entretiens par exemple mais nous en parlerons dans la 4^{ème} partie.

(II7) Passons à des exemples concrets notamment par l'avis d'experts en 2017, rassemblant santé publique France et l'institut national du cancer. Les avis rendus montrent l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool dans notre pays modifiant les recommandations pour une consommation d'alcool à moindre risque.

En effet, il est désormais préconisé de ne pas consommer plus dix verres d'alcool standard par semaine et pas plus de 2 verres par jour pour un homme ou pour une femme et il faut également des jours sans consommation d'alcool.

Rappelons brièvement la définition d'un verre d'alcool standard par l'intermédiaire du schéma ci-dessous provenant d'alcool info service.



Figure 12 : équivalence en alcool des boissons représentant un verre d'alcool standard.

L'avis des experts rendu en 2017 prend également en compte les consommations excessives d'alcool notamment à cause de l'augmentation des API (Alcoolisation Ponctuelle Importante) qui se mesure par la consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion.

En effet, la moitié des jeunes de 17 ans affirme avoir connu cette situation dans le mois précédant l'enquête. Toutefois, cette enquête montre une diminution des chiffres sur la période de 2014 à 2017 en passant de 48,8% à 44% en 2017. Cette diminution est due entre autres par la prise de conscience des pouvoirs publics à travers plusieurs instances : Santé Publique France et l'Institut National du Cancer qui conseillent de réduire la quantité totale d'alcool consommée en buvant lentement, en mangeant et également en évitant les lieux et les activités propices à une consommation excessive et enfin d'avoir un Sam pour pouvoir rentrer chez soi sans problème.

Ce comité d'experts conseille également de ne pas consommer d'alcool pour les femmes envisageant une grossesse, celles qui sont enceintes, afin de limiter les risques pour leur santé et celle du futur enfant.

La France mais également l'ensemble des pays du monde mettent en place des moyens pour diagnostiquer une addiction à l'alcool ou à d'autres drogues notamment par le **test ASSIST** que nous mettrons en **annexe 2** qui concerne 8 produits dont les produits stupéfiants les plus fréquemment associés aux troubles d'usages dans la population. Il a été validé par l'OMS en plusieurs langues et permet un dépistage ciblé et de connaître ou non l'addiction d'une personne à ces substances.

Concernant l'alcool un test plus spécifique existe c'est ce que l'on appelle le questionnaire AUDIT qui comporte 10 questions permettant d'établir ou non une alcoolodépendance du sujet, s'il est supérieur à 4 pour une femme et à 5 pour un homme. Ce questionnaire sera mis en **annexe 3**.

Nous voyons donc que des outils sont mis en place pour lutter contre ces dépendances. Après le dépistage la France s'est attachée à **la prévention de l'alcoolisme** afin d'éviter le passage d'un usage simple vers un usage à risque et d'éviter par la suite le passage d'un

mésusage d'alcool (prévention primaire) vers une dépendance alcoolique entraînant notamment des alcoolopathies (prévention secondaire).

Il faut toutefois rappeler que nous ne sommes pas tous égaux devant la maladie alcoolique il existe des facteurs de vulnérabilité tels que le sexe, l'âge, les facteurs individuels et également les facteurs familiaux.

La prise en compte de ces facteurs de vulnérabilité permet de faire de la prévention primaire sur les personnes les plus vulnérables. Pour la prévention secondaire la stratégie est de réduire la consommation d'alcool pour éviter la survenue d'une dépendance à l'alcool, c'est ce qu'on appelle le principe du repérage précoce d'intervention brève (RPIB) qui est mis en place en France depuis plusieurs années.

Il s'agit de permettre à un consommateur d'alcool qui est dans le mésusage de le faire redescendre sous le seuil fixé par l'OMS en réduisant sa consommation (seuil fixé par l'OMS par les repères de consommation promus par l'avis d'experts en 2017 incluant Santé Publique France et l'Institut national du cancer).

La réduction de la consommation peut se faire de deux façons, soit en réduisant la consommation par occasion et par jour ou bien par une réduction de la fréquence des consommations.

Les pouvoirs publics s'engagent donc à réduire la consommation d'alcool des individus par des messages de prévention et des moyens mis en œuvre afin de dépister et d'informer les Français.

→ Le tabagisme

La lutte contre le tabagisme est imputée également à l'Etat et est inscrite dans le Code de la Santé Public : **livre 5 du CSP aux articles L. 3511-1 à L. 3512-4.**

(II7) En effet, les pouvoirs publics se sont emparés de ce fléau qu'est le tabac car cette substance est responsable de nombreuses pathologies telles que le cancer du poumon, les cancers de la sphère ORL, les pathologies coronariennes, les AVC, les infections respiratoires basses, les otites et l'aggravation de l'asthme chez l'enfant.

De plus, en France le nombre de décès annuel qui est attribué à la consommation de tabac est estimé à 73 000 personnes correspondant à plus d'un décès sur 9 par rapport à la population générale et le tabagisme passif est responsable tous les ans entre 2500 et 3000 décès pour les maladies cardiovasculaires, plus de 100 décès pour les cancers du poumon ainsi que 100 décès imputés aux infections chez l'enfant.

Il y a eu aussi une augmentation de la consommation quotidienne de tabac chez les adultes de 18 à 75 ans entre 2005 et 2010 passant de 28% à 30%.

L'accumulation de ces données a fait prendre conscience à l'État français de l'importance d'une prise en charge et d'une prévention de cette substance.

L'émergence de la lutte antitabac a débuté dans le monde à la fin du 20^{ème} siècle. En effet, en mai 1999 les 194 États membres de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) qui est pour rappel l'organe central de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ont approuvé à l'unanimité **la mise en place et l'élaboration d'une Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac appelée le CCLAT.**

La CCLAT, qui est un traité international, a été signée par 184 États membres de l'OMS qui ont pour obligation de mettre en œuvre le contenu de la Convention. La France n'est devenue signataire de ce traité qu'en 2004.

Le principal objectif de ce traité est de permettre une réduction au niveau mondial des conséquences liées au tabagisme sur la santé en mettant en place une action internationale collective pour faire baisser la consommation de tabac.

La CCLAT est un instrument permettant de promouvoir les actions de santé publique pour lutter contre le tabagisme dans le monde en agissant de plusieurs façons :

- Tout d'abord, en **luttant contre le commerce illicite des produits de tabac** et une interdiction de la vente aux personnes mineures
- Ensuite avec la volonté de **réduire la demande de tabac** afin de diminuer les risques d'exposition pour la population générale.
- Enfin en **soutenant la mise à disposition de services d'aide au sevrage tabagique** ainsi que leurs financements et en permettant de soutenir les activités de recherches dans ce domaine.

En France, diverses stratégies ont été adoptées au fil des années pour essayer de réduire la consommation de tabac et par la même la mortalité due à cette substance.

Une des premières stratégies mise en place par le gouvernement français **est la loi Evin du 1^{er} janvier 1993 interdisant toute publicité en faveur des produits du tabac** à l'exception de certaines revues spécialisées ainsi que le parrainage d'évènements de sports mécaniques ou encore le placement de produits de tabac dans les films.

Le gouvernement français a, ensuite, mis en place par le décret Bertrand **une interdiction de fumer dans les lieux publics.** Le but était d'obtenir une diminution de la mortalité due au tabagisme passif comme ça avait été le cas en Écosse où on avait observé une réduction de 17% des admissions hospitalières pour le syndrome coronarien aigu en 2006. En France, cette réduction n'a pas eu lieu mais on a observé une augmentation significative de 26% du taux de sevrage à 3 mois chez les sujets suivis par un tabacologue.

Une des autres stratégies mises en place par le gouvernement français pour la lutte anti tabagique **est la mise en place d'une taxe sur les produits de tabac.** En effet, le prix du paquet de cigarettes, d'une des marques la plus vendue, est passé de 3, 20 euros à 8€ de 2010 à 2018. Cette augmentation de prix est corrélée à une diminution de la consommation totale de tabac et montre donc l'efficacité de cette mesure.

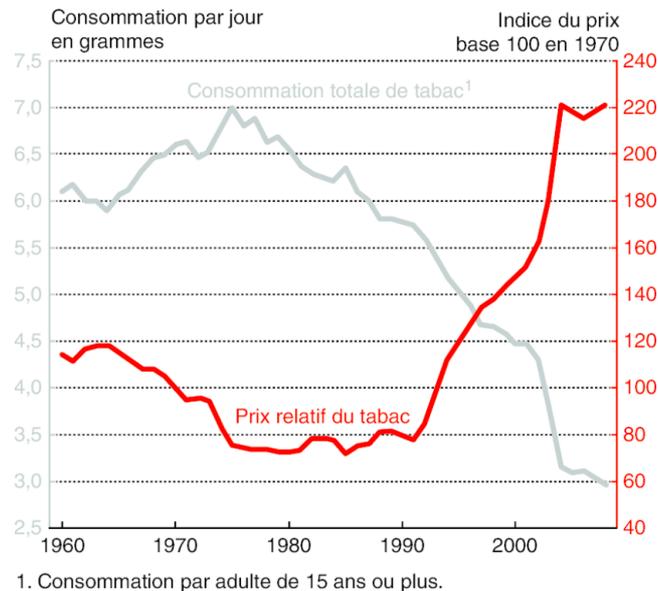


Figure 13: Évolution de la consommation de tabac en France en rapport de son prix.

L'autre axe qui a été adopté par le gouvernement français a été **de passer des messages préventifs peu agressifs à une campagne médiatique choquante mettant l'accent sur les effets néfastes du tabagisme sur notre santé**. En effet, une campagne télévisée en 2002 montrait l'agonie d'un fumeur atteint d'un cancer du poumon. En 2009, l'Institut National de Prévention et d'Éducation de la Santé (INPES) a lancé une campagne avec comme slogan « un fumeur sur 2 meurt prématurément de son tabagisme ». En 2014, la campagne de lutte contre le tabagisme a mis en scène des existences écourtées dues aux maladies causées par le tabagisme.

L'INPES qui est devenu partie intégrante de Santé Publique France, outre sa campagne choquante, a également **accompagné les professionnels de santé dans le rôle de relais de l'information auprès des patients** en mettant à leur disposition des affichettes et des dépliants reprenant les messages des campagnes anti-tabac. Toutefois, sa diffusion n'est pas assez conséquente car seulement 15% des fumeurs ayant consulté un médecin traitant déclarent avoir reçu des brochures d'information de leur part. Je pense également que ce message doit être relayé dans les officines mais nous le verrons plus en détail dans la dernière partie de cette thèse.

La France a également adopté **la mise en place d'avertissements sanitaires illustrés sur les paquets de cigarettes** ainsi que sur les produits de tabac ayant pour but d'informer sur les risques liés à cette consommation. Cette réglementation oblige qu'au moins 65% des parties visibles de l'emballage d'un paquet de cigarettes soient recouvertes de ces informations.

Ces messages de prévention directement sur les produits de consommation ont permis une amélioration de la connaissance et de la compréhension des risques sur la santé par les fumeurs ayant pour conséquence une augmentation des appels vers les lignes nationales d'aide à l'arrêt du tabac lorsque le celui-ci est mentionné sur le paquet.

De plus depuis le 1^{er} janvier 2017 en France, les paquets de cigarettes sont devenus uniformes, se ressemblant tous, sans les logos des marques de tabac. Le mois de novembre 2017 marque le lancement du mois sans tabac encourageant les fumeurs à arrêter de fumer avec un accompagnement pour les personnes qui le souhaitent.

Nous voyons bien que depuis le début du 21^{ème} siècle les pouvoirs publics se sont emparés du problème tabagique permettant notamment une diminution de la consommation.

Ces actions ont été permises dans notre pays grâce à la mise en place depuis 2014 du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT).

Ce plan national de lutte contre le tabac (PNRT) est actualisé depuis 2014. Le plan allant de 2018 à 2022 comporte 4 axes qui sont en cohérence avec les actions menées par le gouvernement depuis la mise en place de mesures luttant contre le tabagisme :

- ***L'axe 1*** prévoit de protéger les enfants afin d'éviter leur entrée dans le tabagisme
- ***L'axe 2*** est d'encourager en accompagnant les fumeurs à s'insérer dans le processus du sevrage tabagique.
- ***L'axe 3*** agit sur l'économie du tabac afin de protéger la santé publique.
- ***Et enfin le dernier axe*** est basé sur la surveillance, l'évaluation et la diffusion des connaissances liées au tabac. La recherche concernant la tabacologie s'effectue désormais dans le cadre des fonds de lutte contre les addictions avec un montant de 120 millions d'euros attribué en 2019.

Après avoir parlé des dispositions prises par le gouvernement concernant les dépendances légales nous allons maintenant aborder ce que les instances publiques ainsi que les professionnels de santé font s'agissant des substances illicites.

c. *Lutte contre les comportements déviants, et les comportements addictifs.*

La lutte contre la toxicomanie jongle entre une politique de soins et une politique répressive.

Prenons comme exemple l'expérimentation de « ***salles de shoots*** » qui ont été autorisées par l'Assemblée Nationale le 7 avril 2015 (***article 9 du projet de loi de modernisation du système de santé***) et plus récemment la généralisation de forfaitisation des délits de stupéfiants. Cette procédure met en place une amende forfaitaire de 200 euros, s'appliquant à toutes les drogues mais vise d'abord les usagers de cannabis a annoncé le Premier Ministre Jean Castex le 25 Juillet lors d'une allocution à Nice (***II9***).

Nous étudierons plus loin les effets bénéfiques du cannabis fondés sur des études en cours ainsi que la légalisation du CBD mais ce n'est pas le sujet ici.

(II7) L'utilisation des substances psychoactives telles que ***le cannabis, la cocaïne, les amphétamines, les opiacés et autres drogues de synthèse*** s'est profondément transformée depuis plusieurs années notamment par l'apparition d'internet et des réseaux sociaux qui permettent d'avoir beaucoup d'informations en un temps record.

Les jeunes sont friands de ces substances qui sont néfastes pour leur développement cérébral ainsi que pour leur insertion dans la vie sociale et professionnelle.

L'inquiétude vis-à-vis de ces substances grandit dans la tête des pouvoirs public et des professionnels de santé avec ***l'arrivée des produits de synthèse*** qui sont pour certains peu ou mal connu et difficilement identifiable et classable dans la catégorie des stupéfiants de par l'utilisation de substances encore non classées dans cette catégorie.

Ils ont des répercussions à court, moyen ou long terme sur les jeunes mais également les moins jeunes et peuvent entraîner un décrochage scolaire ou un isolement chez les adultes qui est tout bonnement le comportement d'une addiction et d'une dépendance à une substance.

La politique de réduction des risques permet aux professionnels de santé d'adopter une attitude de neutralité bienveillante envers le patient, de ne pas le juger mais simplement de l'écouter afin de comprendre les raisons de la prise de ces substances. Le dialogue est la première porte d'entrée permettant au patient de sortir de ses addictions et de ses dépendances car la discussion ouvre le champ des solutions qui sont spécifiques en fonction de la situation des patients. Tous les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans la détection de ces comportements mais également dans le processus de prise en charge.

Une dépendance peut être due à des substances légales également car l'addiction et la dépendance vont au-delà du licite ou de l'illicite mais ici nous parlerons des substances illicites entraînant des comportements déviants qui sont répréhensibles par la loi.

Les gouvernements ont mis en place de nombreuses mesures répressives mais également éducatives alternant entre politique de répression et politique de prévention et d'accompagnement.

Il y a notamment **le test ASSIST** que nous avons vu précédemment incluant aussi l'alcool et permet la détection d'une addiction à une de ses substances en permettant de à une phase préventive et de suivi du patient pour l'inciter à sortir de cette dépendance.

Ce qui est important de connaître c'est le retentissement de cette dépendance sur la personne.

En effet, l'addiction a une de ces substances ***peut entraîner la perte de son emploi, un éloignement de son entourage*** et peut conduire à une ***perte de son hébergement***.

Il faut également avoir un message de prévention sur les infections sexuellement transmissibles (***IST***) qui peut être une des conséquences de l'utilisation de ces substances par le non-respect de certaines pratiques telles que l'utilisation des préservatifs.

De plus, ces substances peuvent avoir un ***retentissement sur la conduite automobile***, il faut avoir un message de prévention sur la conduite de véhicule sous l'emprise de stupéfiants.

Il faut également avoir un œil sur les éventuelles ***overdoses*** que peuvent entraîner ces substances qui s'expliquent également par le mode de prise : par intraveineuse notamment ce qui est beaucoup plus délétère pour l'individu.

Il faut également porter une attention particulière sur les nouvelles substances psychoactives appelées officiellement par l'Organisation des Nations Unies (ONU) et l'Union Européenne (UE) de ***nouvelles substances psychoactives (NSP)*** qui sont à la fois d'origine naturelle et synthétique et qui sont pour la plupart non classées comme stupéfiant d'où leur appellation de « ***legal High*** ».

C'est pour cela que certains Etats classent désormais des familles plutôt que des molécules individuellement portant ainsi le nombre à plus de 100 nouvelles substances psychoactives détectées par l'Union Européenne en 2014 contre 81 en 2013. **Ce qui porte le nombre de NPS à 450, surveillées par l'Union européenne dont la moitié a été identifiée dans les 3 ans.**

Ces molécules recréaient les effets des substances illicites mais peuvent parfois être plus dangereuses que celles-ci, ce qui alerte les autorités sanitaires.

C'est dans ce contexte que l'État français depuis plus de 30 ans a durci les lois concernant l'usage des produits illicites. **La MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives)** préconise une évolution de la réponse pénale à l'usage simple pour permettre qu'elle soit plus adaptée. C'est ainsi que plusieurs solutions ont été privilégiées avec tout d'abord une contravention de 5^{ème} classe avec forfaitisation de l'amende entraînant l'extinction de l'action publique pour les personnes majeures qui sont pris pour la première fois.

Il y a également une individualisation de la réponse pénale pour les mineurs et les personnes qui récidivent pour permettre une action plus rapide en justice.

Il faut rappeler que **l'usage des produits stupéfiants est interdit par la loi du 31 décembre 1970** dont les dispositions ont été inscrites dans le code pénal mais également dans le code de la santé publique. Cette loi considère l'usager de drogue comme un individu qui est malade et délinquant.

Il faudra toutefois se poser certaines questions dans les années futures comme par exemple considérer ou non le cannabis comme une drogue. Est-ce que des personnes qui l'utilisent pour des bienfaits thérapeutiques peuvent être considérées comme étant des personnes délinquantes pénalement ??

La politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives est une politique interministérielle dans notre pays car elle mobilise de nombreux ministères tels que les ministères des solidarités et de la santé, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation des sports et j'en passe.

Le document de **politique transversale de 2018 de lutte contre les drogues et les conduites addictives** présente un effort financier colossal consacré par l'Etat à la politique de lutte contre ces comportements et ces substances. En effet, il affecte 1,48 milliards d'euros à cette tâche, sans compter bien évidemment les crédits d'assurance maladie.

La MILEDECA met en place la prévention des conduites addictives au sein même des établissements scolaires en suivant 2 axes :

- Tout d'abord **une politique éducative tout au long de la scolarité avec des enseignements sur les effets des produits**, un développement des compétences psychosociales contre les pressions poussant à la consommation de ces substances.

Le gouvernement met également en place **un travail de repérage des jeunes en difficulté** et des moyens pour leur permettre de demander de l'aide à l'intérieur mais également à l'extérieur de l'établissement scolaire. Enfin, il y a également la mise en place **d'actions pédagogiques et éducatives comme par exemple la mise en place du service sanitaire** obligatoire pour les étudiants en santé.

En effet, ce **service sanitaire** a été mis en place par le gouvernement Macron assurant dans un premier temps la formation des étudiants sur les différentes substances illicites mais également licites comme le tabac et l'alcool permettant de rafraichir et d'uniformiser les connaissances des étudiants venant de cursus différents et n'abordant pas de la même façon ses sujets.

De par cet enseignement, les étudiants des différentes filières, qu'ils s'agissent des infirmiers, des pharmaciens, des médecins, des kinés, des maïeutiques, sont mélangés en groupe et réalisent un travail de recherche afin d'élaborer un support digital comme par exemple un diaporama qui sera ensuite diffusé dans les établissements scolaires ciblés par le gouvernement afin de prévenir les jeunes à l'encontre de ces addictions. Qui de mieux pour parler de ses addictions que les étudiants en santé.

Cette initiative est très bonne mais a malheureusement été stoppée par la Covid ne nous laissant pas la possibilité de finir les séances au sein des établissements scolaires.

Je mettrai en **annexe 4** le document que nous avons réalisé dans ce cadre qui est un power point sur les différentes substances licites et illicites que nous avons diffusé dans l'établissement scolaire qui nous a été affecté.

- Le 2^{ème} axe ciblé par le gouvernement est **un dispositif réglementaire** interdisant de fumer totalement dans les établissements scolaires qu'ils soient fermés ou couverts incluant également cette interdiction pour le personnel. Il y a également une interdiction de servir ou de consommer des boissons énergisantes ou alcoolisées dans ces établissements, une interdiction au téléphone portable à l'école et au collège pour éviter la transmission de fausses informations entre camarades de classe.

La lutte contre ces substances psychoactives mobilise de nombreux intervenants en France. La politique préventive à l'égard de ces substances ainsi que l'information impliquent de nombreuses personnes et de nombreux collectifs tels que le milieu associatif, les services de l'État, les collectivités territoriales mais également les comités d'éducation à la santé, Santé Publique France ainsi que son réseau dans les régions et départements.

De plus un **service téléphonique gratuit d'information a été mis à disposition du public (drogues info service)** permettant un appel anonyme de 8h à 2h00 du matin 7 jours sur 7.

Outre, cette politique répressive nécessaire pour combattre l'apparition et la consommation de ces substances pouvant être destructrices pour les individus, il a également été mis en place un **dispositif de réduction des risques** visant à faciliter l'accès aux matériels d'injections et par la diffusion de messages préventifs parmi les populations à haut risque afin d'éviter de nombreuses maladies comme par exemple VIH ou le virus de l'hépatite C.

Différentes actions sont mises en place comme **la vente libre de seringues en officine que l'on appelle les Stériboxs** ou encore des lieux permettant un usage dans des conditions sanitaires acceptables « **salles de shoot** » et également **des tests rapides d'orientation diagnostic** que l'on peut également retrouver en pharmacie.

Nous voyons bien que la problématique est compliquée car elle doit allier répression mais également prévention et secours pour les populations en détresse.

II. L'encadrement juridique des moyens sanitaires

1) La répartition des établissements et des professions de santé

a. Les différentes structures de notre système de santé en France

La contrepartie de la grande autonomie juridique aussi bien des établissements de santé publics que privés du fait de leurs implications avec les services de l'Etat est un contrôle administratif strict.

Ce contrôle administratif des établissements de santé porte pour le plus grand nombre sur nos établissements publics aussi bien sur les actes que sur les personnes.

Le budget de ces institutions est contrôlé par les **directeurs des ARS** qui établissent un état prévisionnel des recettes et des dépenses, soumis à leur approbation, pour essayer d'atteindre un certain équilibre financier des hôpitaux publics également géré par les **Chambres Régionales des Comptes (CRC)** qui exercent un contrôle financier et comptable.

En ce qui concerne les praticiens et les directeurs hospitaliers des établissements publics, ils sont depuis une ordonnance du 1^{er} septembre 2005 nommés et gérés par un **Centre National de Gestion (CNG)** situé à Paris.

L'article L.1411-1 du Code de la Santé Public précise que :

« La nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuelles. La détermination de ces objectifs, la conception de plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'état »

Cette responsabilité est prise par la promulgation de certains plans nationaux qui permettent à l'état de gérer le système dans sa globalité. En effet, ces différents axes permettent de balayer dans son ensemble notre système. Ils comprennent la santé générale des populations, les maladies chroniques, les risques infectieux, la santé environnementale, ainsi que la préparation et la gestion des alertes sanitaires.

Pour appliquer ces axes l'Etat s'est muni d'institutions et d'agences qui lui permettent d'avoir des remontées et des avis afin de mener à bien cette politique.

Pour cela, il agit à deux échelles, soit au niveau national par la sphère centralisée de l'Etat soit au niveau local via des instances décentralisées au cœur de la population.

(II10) Le rôle majeur dans l'administration de notre système de santé en France incombe à l'Etat qui est le garant de l'intérêt public ainsi que la protection de la santé de la population. En effet, il définit les politiques de santé publique, assure la formation des professionnels de santé et définit également leurs conditions d'exercice. Il assure également le respect normatif quant à la qualité et la sécurité de nos établissements de santé, des produits de santé ainsi que des pratiques professionnelles. Il veille à la bonne tenue des structures de soins ainsi que des centres de prévention en permettant une bonne régulation de l'offre de soins comprenant le personnel, les établissements ainsi que les équipements lourds.

C'est également l'Etat qui assure la protection sociale de notre population en intervenant notamment sur les modalités de son financement afin de couvrir l'ensemble de la population agissant sur la prise en charge financière de ces soins.

→ Au niveau national :

(II10) L'Etat intervient au niveau national par le Parlement et son Gouvernement avec notamment le ministère en charge de la santé.

Tout d'abord dans notre pays le **Parlement** a un rôle important de suivi dans la politique de santé publique grâce à son travail législatif qui permet d'analyser mais aussi d'apporter des amendements sur les lois en cours.

En effet, il vote les lois relatives au système de santé notamment **la loi relative à la politique de santé publique de 2004** mais également **les lois Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) la dernière en date de 2009**. Il a également voté la loi relative à la bioéthique en 2011. **Depuis 1996 le Parlement vote annuellement une loi finançant la sécurité sociale : la LFSS**, qui est l'objectif prévisionnel de dépenses d'assurance maladie pour l'année qui arrive c'est ce que l'on appelle l'objectif national des dépenses d'assurance maladie plus connu sous le nom d'ONDAM.

L'exécutif joue également un rôle important dans l'organisation et la gestion du système de santé. En effet, **c'est le ministère chargé de la santé qui intervient au nom de l'exécutif pour l'Etat.**

De plus, l'Etat afin de se spécialiser dans certains domaines de la santé a créé depuis le début des années 90 des organismes ayant des compétences spécifiques dans un domaine : ce **sont les agences sanitaires** que nous étudierons juste après.

Le nom du ministère de la santé varie régulièrement en fonction des gouvernements en y associant, pour certains, plusieurs fonctions comme c'est le cas depuis 2018 où ce ministère se dénomme **le ministère des solidarités et de la santé** et n'est donc pas spécifique à la santé. Je pense personnellement que ce n'est pas une bonne chose d'y associer d'autres éléments car la santé englobe déjà de nombreux domaines qui se suffisent à eux-mêmes.

Depuis son élection le 7 Mai 2017 Emmanuel Macron a nommé tout d'abord **Agnès Buzyn** à ce ministère puis au début de la crise sanitaire elle a été remplacée par **Olivier Veran**.

Ce ministère englobe donc de nouvelles missions tels que la cohésion sociale, la solidarité mais traite bien entendu les sujets de santé publique et d'organisation du système de santé. Ce ministère met en œuvre et prépare la politique gouvernementale dans le domaine de la protection sociale en lien avec le ministre de l'Action et des comptes publics.

Le ministre des Solidarités et de la santé a de nombreuses missions afin de préparer et mettre en œuvre la politique gouvernementale relative à la famille, à l'enfant, aux personnes âgées, ainsi qu'aux dépendances :

→ **Le ministre est responsable de l'organisation et de la prévention des soins et assurent une collaboration et une liaison avec les autres ministères** compétents afin de mettre en place les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les dures et les divers risques susceptibles de l'altérer.

→ Il est également **compétent en matière de professions médicales et paramédicales** ainsi que des métiers de la fonction publique hospitalière.

→ Il a également un **rôle avec son ministère dans la lutte contre les toxicomanies** comme nous l'avons vu précédemment.

→ il participe également grâce à l'action gouvernementale en relation étroite avec les autres ministères qui sont compétents en matière de recherche et de promotion à ***l'innovation dans le domaine de la santé*** comme nous pouvons le voir actuellement avec la crise du Covid qui met en haleine de nombreuses entreprises afin de trouver des innovations technologiques pour lutter contre cette pandémie que ce soit au niveau prophylactique en cherchant des vaccins ou curatif avec un traitement ou même pour trouver des moyens différents afin de gérer la santé comme par exemple l'oxygénothérapie à domicile pour les patients atteints du covid qui demande une logistique assez lourde et une coopération interprofessionnelle rigoureuse.

→ Le ministre avec l'ensemble de son ministère ***met également en œuvre les règles relatives au régime et à la gestion des organismes de sécurité sociale ainsi que les organismes complémentaires*** que nous étudierons ensuite. ***Il gère aussi les dispositifs concernant les assurances vieillesse, les prestations familiales d'assurance maladie et de maternité.***

Il travaille donc conjointement avec différents ministres et ministères tels que le ministère du Travail en corrélation avec les accidents du travail et les maladies professionnelles et avec le ministère de l'Action et des comptes publics afin de préparer les lois de financement de la sécurité sociale et d'assurer également le suivi de son exécution.

→ Il travaille également en collaboration avec le ministère de la Transition écologique et solidaire afin de ***préparer la politique de développement de l'économie sociale et solidaire*** en mettant en œuvre des programmes pour lutter contre la pauvreté. Il travaille également en collaboration avec d'autres ministères sur les minima sociaux, l'insertion économique et sociale et l'innovation sociale.

Le ministre pour s'aider dans ses travaux dispose d'une autorité sur différentes structures lui permettant de gérer le système de santé :

- **Il y a la Direction générale de la Santé DGS :**

(II11) Cette direction a été fondée en 1956 en fusionnant la direction de l'hygiène publique et celle de l'hygiène sociale devenant ainsi la direction générale de la santé. Ses missions lui sont confiées par le code de la santé publique.

Elle est en charge de préparer la politique de santé publique proposée par le ministère et donc par le ministre de la santé. Ses actions sont définies à travers plusieurs objectifs :

→ Préserver et améliorer l'état de santé des citoyens

→ Protéger la population des menaces sanitaires

→ Garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé en mobilisant et en coordonnant les différents partenaires.

Son Directeur est nommé par décret du président de la République il est donc sous son autorité et sous l'autorité du ministère de la santé et de son ministre actuellement Olivier Véran.

Il en est de même pour le Directeur général adjoint qui le seconde. Ces deux personnes dirigent et coordonnent l'ensemble des sous-directions et les missions qui sont visibles à travers l'organigramme ci-dessous. En effet, il y a plusieurs sous-directions : une s'occupe de

la santé des populations ainsi que de la prévention des maladies chroniques, une autre s'occupe de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins, la troisième s'attelle à la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation et la dernière veille la sécurité sanitaire.

Son Directeur actuel est le professeur Jérôme Salomon que nous avons vu régulièrement durant cette crise sanitaire et notamment lors du premier confinement en compagnie du ministre de la santé Olivier Véran parlant régulièrement et donnant les chiffres concernant la pandémie du Covid. Cela montre donc bien la relation étroite et coopérative entre cette direction et le ministère des Solidarités et de la santé.

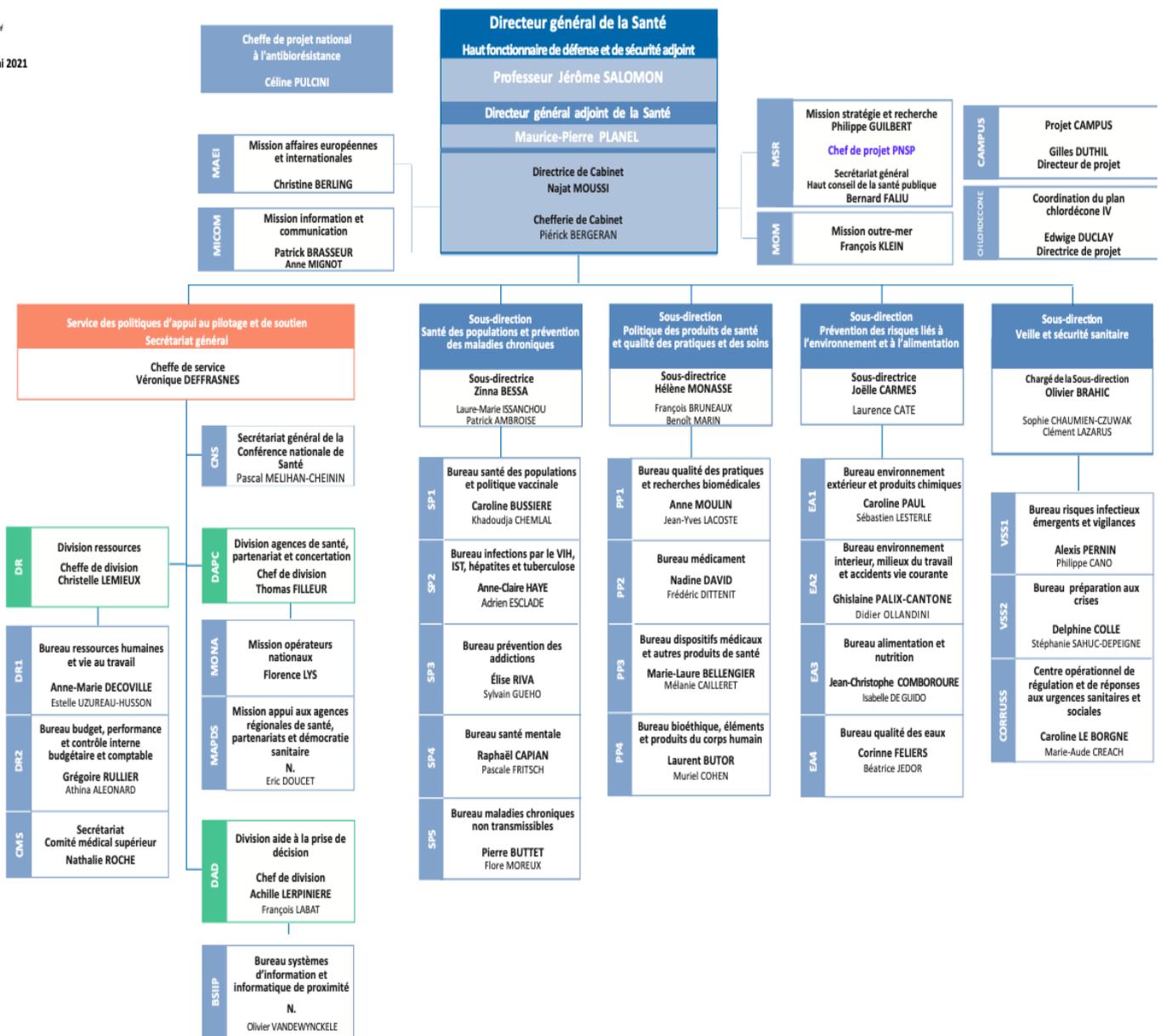


Figure 14 Organigramme de la Direction Générale de la Santé

- **La Direction générale de l'offre de soins DGOS :**

(II12) La Direction générale de l'offre de soins fait partie intégrante du ministère chargé de la santé. Cette direction se substitue depuis le 16 mars 2010 à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Le changement de cette direction va bien au-delà du changement du nom. En effet, elle vise à s'inscrire dans une nouvelle gouvernance du système de santé rendue possible grâce à la création des agences régionales de santé (ARS). Elle cherche à avoir une approche globale de l'offre de soins et ne plus se concentrer uniquement sur l'hôpital et les services publics mais également prendre en compte les services de soins en ville.

Ce changement implique donc une volonté de l'État à globaliser l'offre de soins en ne l'incluant plus uniquement à l'offre publique symbolisée par les hôpitaux. La DGOS passe donc d'une logique d'expertise à une logique de pilotage permettant le contrôle, l'évaluation et l'animation de l'offre de soins dans sa globalité.

Elle participe au comité plénier et au groupe de travail du Conseil national de la santé mentale permettant notamment un suivi du bien-être et de la souffrance psychique de la grossesse à l'âge adulte.

Elle a également une commission travaillant sur l'accès aux soins et les accompagnements ainsi qu'à la diversité et à la complémentarité des pratiques afin de développer des parcours coordonnés impliquant tous les professionnels de santé. Elle agit également sur la précarité, la vulnérabilité ainsi que sur la prévention du suicide et un comité de pilotage sur la psychiatrie.

Elle participe au comité de suivi de parcours de soins pour la prise en charge de l'obésité sévère de l'enfant et de l'adolescent et ***pilote la médecine générale du groupe de travail sur la recherche en soins primaires afin de permettre une meilleure prise en charge du parcours de soins des patients.*** Enfin, elle participe également au plan national triennal pour le développement des soins palliatifs comprenant les soins de la fin de vie, thème qui reste tabou dans notre société de par sa composante éthique.

Nous voyons bien que cette direction brosse la santé dans son intégralité afin de fournir au patient le meilleur parcours de soins possibles et donc une meilleure prise en charge, toujours dans La recherche de son propre intérêt.

- **La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) :**

Cette direction est sous l'autorité du Premier ministre et du ministre en charge de la Transition écologique et solidaire.

- **Il a également autorité sur la Direction de la sécurité sociale (SS) :**

Cette autorité est conjointe avec le ministère en charge de l'Action et des comptes publics qui est nécessaire pour l'élaboration des plans annuels de financement de la sécurité sociale qui doit allier une couverture sanitaire suffisante pour le patient et un équilibre des comptes public.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est voté chaque année à l'Assemblée nationale permettant ainsi d'établir les nouveaux axes de dépenses indispensables pour la politique sanitaire à effectuer dans l'année.

- **Le ministère de la santé a également autorité sur la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS).**

Conjointement avec le ministère de l'Action et des comptes publics et le ministre du Travail. **(II12*)** Cette direction a été mise en place par le décret du 30 novembre 1998 ayant pour mission de doter ses ministères de tutelle d'une meilleure capacité d'observation et d'évaluation sur les actions mises en place et sur l'environnement concernant le domaine médical. La DRESS **est un service statistique public** avec l'INSEE **permettant de fournir des informations fiables ainsi que des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales qui sont en cours** au Gouvernement et membres des ministères concernés, aux responsables économiques mais également aux citoyens permettant de voir si les politiques mises en œuvre portent leurs fruits.

- **La Direction générale de la prévention des risques (DGPR)**

Elle fait appel à cette Direction lorsque l'État et le ministre de la santé a besoin de ses compétences en matière de radioprotection notamment pour gérer ces risques dans les hôpitaux et les salles d'examen.

Le ministère de la santé peut disposer de certaines structures afin de l'aider à mener à bien ses actions dans la politique de santé publique :

Le ministre et par conséquent le ministère peut s'appuyer sur différentes structures comme :

- **La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) :**

Cette mission permet d'agir et de répondre aux questions concernant les substances illicites ainsi que les comportements addictifs qui sévissent notamment chez les jeunes comme nous avons pu le voir précédemment.

- Il a également l'appui de plusieurs administrations telles que la **Direction générale des Collectivités locales**, la **Direction générale des Finances publiques**, la **Direction générale du Travail**, la **Direction de l'Animation de la recherche, des études et des statistiques** et j'en passe.
- Elle dispose également de l'aide de la **Direction du budget** :

En effet, ses attributions sont requises en matière de retraite avec notamment le projet d'Emmanuel Macron d'uniformiser les caisses de retraite pour faire une caisse commune. Mais cette ébauche de réforme a été stoppée par la crise sanitaire. Ira-t-il au bout ? Suite au prochain mandat ?

- De plus le ministère peut compter sur **des organismes régionaux** qui ont compétence nationale afin de relayer l'action publique mis en place par le Gouvernement et par le ministère de la Santé.

Cela passe par les Agences régionales de santé que nous décrivons plus bas mais également les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

- Le ministère de la santé peut s'appuyer sur un grand nombre d'établissements publics présents en région mais qui ont compétence nationale tels que **les caisses nationales de sécurité sociale** et les **agences sanitaires** que nous allons décrire maintenant.

Les pouvoirs publics ont souhaité dissocier l'évaluation des risques sanitaires et la décision politique suite à l'affaire du sang contaminé dans les années 1980-1990 grâce à la création et à la mise en place **d'agences sanitaires** capable de donner des avis scientifiques à ceux qui prennent des décisions concernant la santé dans notre pays.

Ce sont des agences spécialisées qui ont vu le jour dans certains domaines balayant diverses missions tels que la sécurité sanitaire, la veille sanitaire, la prévention, la transfusion sanguine et la greffe d'organes.

L'activité de ces agences est coordonnée autour du Comité d'Animation du Système d'Agence (CASA) permettant des réunions régulières de leurs directeurs généraux.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) fait également partie du CASA tout comme **l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)** et **un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS)** permettant une coordination entre ces différentes agences et le sommet de l'état pour une meilleure couverture du parcours de soins dans notre pays.

Nous allons à présent parler de ces différentes agences sanitaires qui permettent une consultation spécialisée de la part du ministère de la santé afin de prendre des décisions et de rendre son avis sur des questions sanitaires.

Nous avons vu le rôle que ces agences ont joué afin de fournir des informations fiables et rapides sur la situation de la crise sanitaire inédite que nous vivons dans notre pays et dans le monde entier actuellement.

Elles servent de baromètre permettant d'avoir des chiffres et des statistiques fiables afin de prendre les décisions les plus adéquates.

Les différentes agences sanitaires sont :

- **L'Agence National de Santé Publique (l'ANSP),** aussi connue sous le nom de **Santé Publique France (SPF) :**



Elle a été créée par la loi de modernisation du système de santé en 2016 en fusionnant ***l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (l'INPES)*** créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et ***l'Institut national de veille sanitaire (INVS)*** qui concourait aux différents dispositifs de vigilances ainsi que ***l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.***

Cette agence est placée sous la tutelle du ministère chargé de la santé et dont le président du conseil d'administration est nommé par décret du président de la République. Cette instance permet au gouvernement et au ministère chargé de la santé de relayer des informations via la télévision ou les réseaux sociaux. C'est ce que nous avons pu voir et ce que nous voyons encore lors des messages relayés concernant la pandémie actuelle ou lors de campagnes publicitaires de prévention.

(II10) Cette agence scientifique est en charge de l'observation épidémiologique et de la surveillance de l'état de santé des populations. Elle doit également veiller aux risques sanitaires pouvant engendrer des menaces pour les populations.

Mais elle est également en charge de la prévention et donc de l'éducation de la santé avec notamment des actions de prévention et d'information dès le collège.

Elle a également un rôle de préparation et de réponse face aux menaces. Elle doit donc être rapidement informée et alertée en cas de crise sanitaire lui permettant de lancer une alerte sanitaire et d'y faire face.

- **La Haute Autorité de Santé (HAS) (II13) :**



(II10) Créée par la loi du 13 août 2004, elle contribue à ***la sécurité des patients, à l'organisation des soins*** notamment par la rédaction de recommandations sur les pathologies et les médicaments, ainsi qu'à ***l'évaluation des actes professionnels.***

Elle est consultée régulièrement pour donner son avis sur différents sujets de santé. Nous l'avons entendu récemment rendre son avis concernant les différents vaccins mis sur le marché en France contre le coronavirus.

Il faut bien préciser que la Haute Autorité de Santé ***a un statut juridique d'autorité publique indépendante,*** c'est la forme la plus aboutie en matière d'indépendance pour une autorité administrative dans notre pays car elle dispose d'une personnalité juridique distincte de celle de l'État depuis le 1^{er} janvier 2005.

Son siège est à Saint-Denis et la HAS avait un budget de fonctionnement en 2014 de l'ordre de 50 millions d'euros en employant 410 personnes et avait recours à près de 3000 experts et professionnels de santé externes. Ces chiffres nous permettent de donner un ordre de grandeur de cette agence sanitaire.

Elle est gouvernée par un collège composé de 7 membres dont son président est nommé par le président de la République et les autres membres sont nommés par décret du président sur proposition du ministre des Affaires sociales et de la santé pour 3 d'entre eux, du président du Sénat pour l'un d'entre eux, du président de l'Assemblée nationale également pour un et enfin du président du Conseil économique social et environnemental pour la dernière personne de ce collège.

Pour rappel **Agnès Buzyn** fut membre et présidente du collège à partir du 5 mars 2016 par décret gouvernemental. Son mandat a été renouvelé pour une durée de 6 ans par le décret du 7 avril 2017 et a mis fin à ses fonctions lors de sa nomination au ministère des Solidarités et de la santé.

Il faut rappeler que **la Haute Autorité de Santé est un organisme d'expertise scientifique qui est consulté régulièrement**. De plus, elle contribue à de nombreuses missions afin de réguler notre système de santé tout en améliorant sa qualité et son efficacité.

Elle est chargée d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes dispensés dans notre système de santé ainsi que des prestations et des produits de santé qui sont pris en charge par l'assurance maladie.

C'est également elle qui **met en œuvre la certification des établissements de santé afin de respecter les normes pour que le système fonctionne**.

Un de ses rôles majeurs est de **promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels mais également auprès des patients** et donc du grand public.

Pour cela la HAS met à disposition des acteurs de santé des outils, des fiches, des méthodes afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients.

- **L'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé (ANSM) (II14) :**



Elle s'est substituée le 1er mai 2012 à **l'Agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (Afssaps)** dont elle a repris les missions, droits et obligations.

Ses deux missions principales sont d'**offrir un accès équitable à l'innovation thérapeutique** pour tous les patients et de **garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie**.

Sa compétence est très large car elle englobe les médicaments qui disposent de l'Autorisation de Mise sur le Marché, mais également les dispositifs médicaux, les produits biologiques ainsi que les produits cosmétiques et de tatouages mais également les matières premières.

Elle est en charge d'évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des produits de santé au cours de leur cycle de vie. Elle a donc un rôle très important pour la sécurité des patients.

- **L'agence de Biomédecine (II15) :**



C'est une agence de l'État qui doit assurer les règles de sécurité sanitaire tant sur le plan de l'équité que de l'éthique en matière médicale scientifique en lien avec les greffes.

Elle a été créée par la loi de bioéthique du 6 août 2004 relative aux processus de gestion globale des dons d'organes pour les greffes et les transplantations. **Elle gère également le don**

des gamètes, l'embryologie ainsi que la génétique humaine, qui comprend donc la procréation médicalement assistée et l'insémination artificielle ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel qui fait suite à la demande parentale d'un couple.

- **L'Institut National du Cancer (INCa) (II16) :**



Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, **il est chargé de coordonner et développer les actions de lutte contre le cancer** dans le domaine de **prévention**, du **dépistage** ainsi que des **soins** et de la **recherche**. Nous le verrons dans notre 4^{ème} partie mais il y a désormais un rôle que peut prendre l'officine dans le suivi des cancers notamment par l'apparition des chimiothérapies orales et des thérapies ciblées permettant au patient d'être plus chez lui et donc le suivi doit être fait dans son officine par l'intermédiaire des entretiens pharmaceutiques oncologiques qui sont désormais remboursés par la sécurité sociale depuis mars 2021.

- **Les Établissements français du sang (EFS) :**

(II10) Cet établissement est le garant de la sécurité de la chaîne transfusionnelle du donneur au receveur. Sa mission première est donc d'assurer l'autosuffisance de la France en produits sanguins en gérant les dons du sang, de plaquettes ou de plasma ainsi qu'en faisant des opérations dans différents établissements publics mais également scolaires ou même au sein des entreprises.



Son rôle est également **d'assurer un lien entre la générosité des donneurs et les besoins des malades**. C'est un établissement complet qui s'occupe de toutes les étapes du recueil du sang à la transfusion du receveur en fonction des besoins.

Il doit donc gérer toute la collecte, la préparation, la distribution des produits sanguins labiles afin de les fournir dans plus de 1900 établissements de santé comprenant les hôpitaux et les cliniques partout sur notre territoire.

- **Il y a enfin l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) :**



C'est une agence qui a pour but d'assurer la sécurité sanitaire humaine dans les domaines de l'alimentation, du travail et de l'environnement.

Ses missions sont élargies à la protection de la santé et du bien-être des animaux et des végétaux et également à l'évaluation des propriétés nutritionnelles et fonctionnelles de nos aliments. C'est elle qui exerce des missions relatives aux médicaments vétérinaires.

Le ministère de la santé peut également s'appuyer outre ces agences sanitaires sur un certain nombre d'organismes nationaux qui ont compétence dans le domaine de la santé tels que :

- **Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) :**



Créé par le décret du 25 février 1983 pour les sciences de la vie et de la santé et aborde de nombreux sujets comme la PMA, les mères porteuses (interdit en France) et bien d'autres encore qui font partie des réflexions de fond de notre société. Ce Comité n'est pas constitué exclusivement de professionnels de santé, il y a en son sein des philosophes, des professeurs d'éthique ainsi que des professionnels d'autres corporations permettant ainsi d'avoir une réflexion globale sur des sujets sensibles concernant notre société.

- **Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) :**



Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 qui permet de réajuster les objectifs en matière de santé publique tous les 5 ans par **la promulgation d'une loi HPST** et de rester au plus près des problématiques temporelles.

- **L'École des hautes études en santé publique (EHESP) :**



(II17) L'ambition qui a présidé la mise en place de l'EHESP, créée par la loi de santé publique d'août 2004, est de construire en France un grand établissement de santé publique capable d'avoir un important rayonnement international. L'École des hautes études en santé publique est un établissement public exerçant ainsi une double mission de formation et de recherche en santé publique et en action sociale.

Les 4 missions définies pour l'École sont les suivantes : **assurer la formation des personnes** ayant à exercer des fonctions de direction, de gestion, d'inspection ou de contrôle dans les domaines sanitaires, sociaux ou médicosociaux ; **assurer en réseau un enseignement supérieur en matière de santé publique**; **contribuer aux activités de recherche en santé publique** et **développer les relations internationales** notamment par des échanges avec les établissements dispensant des enseignements comparables à l'étranger.

- **Et enfin le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) :**



(II18) Ce Haut conseil **est une instance de réflexion d'où résulte des propositions** lui permettant d'avoir une meilleure connaissance des enjeux et du fonctionnement ainsi que des évolutions à mettre en place pour faire évoluer la politique d'assurance-maladie en fonction des besoins.

Elle a été créée en 2003 et est composée de 66 membres qui se répartissent en plusieurs collèges. Ses membres sont très diversifiés car ils proviennent de différentes branches. Il y a notamment les partenaires sociaux, les parlementaires, l'État, les CNAM, les organismes d'assurance complémentaire santé, les représentants des professionnels des établissements et des entreprises de la santé et il y a également des représentants des agences régionales de santé (ARS) et des usagers. Ce panel très varié est force de propositions adéquates et permet donc de guider la politique en matière d'assurance maladie en donnant notamment son avis sur les financements de cette dernière.

L'article 72 de la loi du 19 décembre 2005 du financement de la sécurité sociale a confirmé ce Haut conseil ainsi que ses missions qui ont pour but d'évaluer le système d'assurance maladie ainsi que ses évolutions, mais également de décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'analyser les conditions pour assurer leur pérennité à long terme.

Il doit également veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'accès des soins de haute qualité pour tous. **Il travaille dans le cadre d'un programme annuel** et peut saisir le Premier ministre et le ministre en charge de la santé et de l'assurance maladie. Ce Haut conseil sert donc de guide dans les politiques de financement de l'assurance maladie et permet de par ses membres diverses et variées d'avoir une vision globale et pérenne pour le financement ainsi que le bon déroulement de l'assurance maladie sur notre territoire.

→ **Au niveau régional, départemental et communal :**

- **Au niveau régional :**

L'État se fait également aider à l'échelon des territoires par les **ARS (Agence Régionale de Santé)**, dirigées par un Directeur général qui est nommé en conseil des ministres et administré par un conseil de surveillance.



Depuis la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009, les ARS ont été créées afin de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, des principes fondamentaux du code de la sécurité sociale, ainsi que de la prévention et de la maîtrise de la dynamique des coûts.

Ces agences régionales ont pour but d'assurer l'efficacité du système de santé. Elles s'occupent aussi bien des secteurs ambulatoires tels que la médecine de ville, les officines et tous les professionnels libéraux mais également du secteur médico-social afin d'aider et d'accompagner les personnes âgées et handicapées, et également du secteur hospitalier.

Elle coordonne les activités entre ces différents secteurs et attribue le budget de fonctionnement des hôpitaux, des cliniques, des centres de soins ainsi que des structures pour les personnes âgées, handicapées et dépendantes pour **permettre une meilleure répartition de l'offre de soins sur notre territoire** incluant tous ces secteurs mais elle comporte aussi une **dimension économique afin de maîtriser au mieux les dépenses de santé dans leur globalité et d'utiliser au mieux les ressources disponibles.**

Ces Agences régionales de santé sont au nombre de 17 depuis 2016, leur action est **coordonnée au niveau national par le Conseil national de pilotage des ARS** que l'on appelle le CNP qui fixe les objectifs des ARS, gère leurs moyens financiers et humains et permet la coordination entre le ministère chargé de la santé, l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie et le CNSA qui est la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie.

Leurs compétences et leurs devoirs d'intervention sont basés sur 3 axes que sont :

- **L'observation de la santé ainsi que la veille et la sécurité sanitaire.**
- **La définition du financement ainsi que l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé dans nos régions.**
- **L'anticipation ainsi que la préparation et la gestion des crises sanitaires en liaison avec le Préfet** que nous allons détailler un peu plus bas.

Ces ARS possèdent divers leviers qui sont mis à disposition du Directeur général de l'agence permettant une gestion globale.

En effet, c'est elle qui **a le pouvoir d'autoriser la création des installations (telles que les officines) et les activités des établissements de santé** ainsi que des établissements et des services médicaux sociaux. Elles ont un rôle de régulation des infrastructures au sein du système de santé et permettent également d'assurer l'évaluation et la formation des professionnels de santé tout au long de leur carrière.

Les ARS **permettent à l'État de s'implanter et de naviguer à vue au sein même de la population et des territoires** via un conseil national de pilotage qui assure ce lien.

Ces ARS sont en constante évolution et adaptation car elles établissent un programme annuel de contrôle avec les services de l'État, (médecins et pharmaciens de santé publique, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale) au niveau de chaque région et ensuite de chaque département.

Le projet régional de santé (PRSP) définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS et s'inscrit dans les objectifs de la politique nationale de santé.

Dans chacun des territoires, le directeur de l'ARS constitue une conférence de territoire composée des représentants des différents acteurs du système de santé ainsi que des usagers du système de santé qui permet de faire ressortir les besoins locaux et donc de définir les grandes lignes de la politique de santé locale.

Elles ont également des moyens d'action afin de **prévenir et de gérer le risque assurantiel c'est à dire l'équilibre recettes dépenses de la santé en région** en coordination avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA).

- **Au niveau départemental :**

Comme dit précédemment notre système de santé cherche à pouvoir s'adapter rapidement en cas de crise sanitaire. C'est possible en France grâce à nos institutions en cas de menaces sanitaires par l'intermédiaire du Ministre chargé de la santé qui par arrêté motivé, peut actionner les Préfets des différents départements avec information au procureur de la République afin de mettre en place des directives territorialisées en fonction des besoins à l'instant T.

De plus, **les délégations départementales de l'ARS permettent de décliner les politiques régionales en fonction des besoins territoriaux au sein même des différents départements d'une région** permettant d'accompagner au mieux les acteurs locaux dans la mise en place de leurs projets. c'est en quelque sorte la vitrine de l'État par l'intermédiaire des ARS au sein des départements. Elles ont un rôle majeur dans l'animation territoriale ; **il existe autant de délégation des ARS qu'il y a de départements dans une région et elles sont toutes organisées sur le même modèle comprenant 2 pôles :**

- Le premier est **centré sur l'offre de santé territorialisée** comprenant aussi bien l'offre ambulatoire qu'hospitalière et reprend également les politiques en faveur des personnes handicapées et âgées.
- Le second est **focalisé quant à lui sur la prévention et la gestion des risques au sein du département** assurant la veille et la gestion des alertes sanitaires.

De plus, chaque établissement de santé est doté d'un dispositif en cas de crise sanitaire dénommé « **plan-blanc d'établissement** » permettant une mobilisation immédiate de tous les moyens utiles pour faire face à un afflux massif de malades ou de victimes (**article L. 3131-7 du CSP**) ainsi que d'un corps de réserve sanitaire en cas de besoin.

Cette malléabilité d'urgence de nos institutions de santé a été testée de nombreuses fois comme récemment avec la pandémie du COVID qui a permis à l'État Français de réagir très rapidement à partir de l'allocution du président de la République Emmanuel Macron du 16 mars 2020 lorsqu'il a déclaré au Français que nous étions « en guerre ».

La publication de décrets applicables instantanément a permis dans cette crise de stopper et d'encadrer les passions suite notamment à l'intervention de Monsieur Raoult insinuant que l'hydroxy-chloroquine associée à un Macrolide (l'Azytromycine) réduisaient de manière significative la charge virale sans étude témoin en prétextant que tout le monde avait le droit à un traitement égal.

Cependant, cette maladie étant nouvelle nous n'avions aucun moyen comparatif sur une diminution de charge virale sans ce traitement. Donc en l'absence de preuves concrètes, qui ont été apportées plus tard par certaines études (**II19**) montrant aucun réel bénéfice de ce traitement, le **Haut Conseil de Santé Publique** a apporté des recommandations thérapeutiques les 5 et 23 mars 2020 suivies par des décrets pris dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire notamment **le décret numéro 2020-314 du 25 mars 2020** complétant le **décret numéro 2020-293 du 23 mars 2020** prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 concernant notamment l'encadrement de la délivrance du PLAQUENIL® uniquement par les PUI ou en officine de ville selon les indications de l'Autorisation de Mise sur le Marché en vigueur.

En effet, en officine de ville nous avons eu pendant cette période de flottement des personnes avec des ordonnances de médecins généralistes venant se procurer le fameux « remède » et engendrant pour les patients traités pour un lupus ou une Polyarthrite Rhumatoïde (PAR) un souffle de panique par peur d'une pénurie de leurs traitements.

Ces décrets ont permis aux patients atteints de ces pathologies de pouvoir être approvisionnés en PLAQUENIL® ainsi que de protéger le pharmacien en cas de refus de délivrance de ces molécules pour le traitement COVID.

L'**HAS** a confirmé plus tard que cette association n'avait pas de réel intérêt thérapeutique en prenant en compte la balance bénéfique/risque par sa fiche publiée le 20 mai 2020 et mise à jour le 18 juin de la même année disant :

« En effet, aucun médicament ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ni même d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) dans la prise en charge à visée curative ou préventive (prophylaxie pré ou post exposition ou vaccination) du COVID-19. » (I120).

Ces décrets ont permis une réaction très rapide de la part de l'exécutif pour pallier aux différentes situations inédites qui n'étaient pas encadrées par la législation lors de l'apparition de cette pandémie dans les différents départements de France.

- **Au niveau communal**

Enfin nous allons parler brièvement du rôle de la commune dans le système de santé, ***elle est impliquée traditionnellement dans l'action sanitaire et sociale.***

Le rôle du maire et de ses adjoints est cantonné à certaines missions sanitaires telles que ***veiller aux dispositions d'hygiène publique au sein de la commune comprenant également l'hygiène alimentaire et le contrôle des eaux potables ainsi que l'hygiène de l'habitat*** mettant en place des politiques de désinfection au sein même des habitats public ou privé lors de maladies contagieuses.

Le maire a également compétences en matière de création des centres de santé et d'aide médicale leur donnant donc un pouvoir assez conséquent au sein même de sa commune sur le système de santé puisque c'est lui qui est à l'origine de ces créations qui permet une meilleure couverture de l'offre de soins au niveau local.

Nous voyons bien que le système de santé est ancré au sein même de nos communes. Ces différentes instances, organismes et agences permettent une coordination locale des tendances décidées au niveau national par le ministre en charge des Solidarités et de la Santé.

Nous allons nous intéresser maintenant au système hospitalier français, connaître son fonctionnement et son rôle et nous étudierons aussi le lien qu'il faut développer encore plus dans les années à venir entre le système public de santé regroupant majoritairement les hôpitaux et le système libéral dit de ville qui en symétrie des hôpitaux correspondent aux cliniques privées. On retrouve également toutes les professions qui peuvent être exercées dans les hôpitaux mais qui se sont mis à leurs comptes.

b. Le système hospitalier français

D'après **la thèse de Noura Benhajji soutenue le 24 novembre 2017** pour l'obtention du doctorat de l'université de Lorraine qui s'intitule : « Système multi-agents de pilotage réactif des parcours patients au sein des systèmes hospitaliers » (163 pages) ainsi que la publication du Docteur Laurent MOLINIER (I121), nous aurons une vision du fonctionnement de nos hôpitaux publics, ses règles et ses contrôles via nos institutions.

Les hôpitaux français sont parties prenantes de notre système de santé et y jouent un rôle primordial. En effet, la plupart du temps du fait de la surcharge des cabinets de médecins généralistes et du fait que bons nombres de médecins ne prennent plus de nouveaux patients hormis des connaissances proches, le patient se tourne la plupart du temps vers les urgences ou lorsque les symptômes cliniques sont moins graves vers leur pharmacie.

De ce fait, le système hospitalier est mis à rude épreuve et parfois la santé des professionnels de santé ou des étudiants est mise en jeu.

C'est dans ce contexte que nous voyons une recrudescence des revendications se mettre en place depuis plusieurs années de la part des professionnels hospitaliers demandant outre une revalorisation salariale une augmentation d'effectifs et des ressources pour l'hôpital public.

Le système hospitalier est une clef de voute du système de santé mais il ne se suffit pas à lui-même, nous verrons dans la dernière partie la nécessité d'une coopération pluri-professionnelle mais également au sein même du système par une coopération entre les domaines public et privé de la santé, mais ce n'est pas le propos ici. Nous allons essayer de comprendre le fonctionnement de l'hôpital ainsi que son financement.

Le système hospitalier est défini par l'OMS comme :

« Toutes les activités, officielles ou non, qui portent sur les services de santé, mis à la disposition d'une population, et sur l'utilisation de ses services par la population »

C'est un terme vulgarisé qui comprend l'ensemble des établissements de soins à ne pas confondre avec l'hôpital qui est défini par cet organisme comme :

« L'élément d'une organisation à caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ».

Avant de rentrer plus profondément dans la structure et le contrôle des hôpitaux via les différentes réformes qui se sont succédées depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale nous allons essayer de dénombrer les différentes structures appartenant au système hospitalier ainsi que les cliniques privées qui peuvent ou non participer au service public ainsi que dénombrer le personnel qui y travaille (I122).

Au 31 décembre 2017, le système hospitalier français est composé de :

- **1364 établissements publics :**

- Dont on compte **178 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)**.
- **947 Centres Hospitaliers (CH)** qui comprennent les anciens hôpitaux locaux.
- **95 Centres Hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS)**
- Ainsi que **144 autres établissements publics qui sont majoritairement des USLD (des Unités de Soins de Longue Durée)**.

(I123) Ces USLD sont rattachées à un établissement hospitalier et mettent à disposition des moyens médicaux plus importants qu'en EHPAD car la plupart des patients sont confinés en fauteuil ou au lit dans près de 90% des cas contrairement à l'EHPAD qui en dénombre que 50%.

Comme son nom l'indique ce sont des unités qui comprennent en moyenne une trentaine de lits et dont **le fonctionnement est sensiblement le même qu'à l'hôpital et se calque également sur le fonctionnement des EHPAD**. La prise en charge est hospitalière mais la facturation est divisée comme dans les EHPADs en tarif d'hébergement et en tarif de dépendance ainsi que les aides qui sont possibles en fonction des ressources financières du patient (ASH, APA, aide au logement).

- **680 établissements privés à but non lucratif.**
- **1002 cliniques privées.**

Ce qui représente donc en France un total de **3046 structures**, ce nombre est en recul depuis 2013 avec une diminution plus marquée provenant des entités à statut public ou privé à but non lucratif. On constate également une diminution du nombre de lits quel que soit le secteur (400 000 lits en 2017 ce qui correspond à une baisse de 69 000 lits en comparaison avec 2013) mais avec une augmentation du nombre de places entre 2013 et 2017. Ces chiffres nous montre bien qu'il y a eu une évolution de la médecine avec notamment des nouvelles techniques permettant une prise en charge ambulatoire des malades et n'impliquant donc plus obligatoirement des nuitées pour certaines interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, prise en charge obstétrique ou encore odontologique. Il faut rajouter à cela les cures ambulatoires qui prennent en compte les séances de chimiothérapies (2,7 millions), les séances de radiothérapie (3,9 millions) ainsi que les séances de dialyse (6,8 millions). Il faut également comptabiliser les autres cures en ambulatoires qui sont effectuées par du personnel non médical avec la prise en charge psychiatrique qui est assurée par des psychologues, infirmiers et aussi de la réadaptation fonctionnelle avec les kinésithérapeutes. Ce qui permet un meilleur confort du malade et donc par conséquent une diminution potentielle des coûts. Nous verrons par la suite si cette logique est respectée.

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Secteur public	1458	1364	256957	246395	41794	42385
CHR/CHU	183	178	73656	71082	9808	10510
CH, hors anciens hôpitaux locaux	721	716	134776	132804	16715	17041
CH, anciens hôpitaux locaux	261	231	10631	9555	175	53
CH spécialisés en psychiatrie	98	95	25904	23944	14648	14331
Établissements de SLD	174	127	8935	7050	0	0
Autres établissements publics	21	17	3055	1960	448	450
Secteur privé non lucratif	712	680	58241	56482	12903	13882
CLCC ¹	21	21	2887	2732	891	671
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	155	143	19423	18805	2573	2847
Établissements de soins de SSR	366	371	25367	25669	4051	4652
Établissements de SLD	46	19	2185	850	0	0
Autres établissements à but non lucratif	124	126	8379	8426	5388	5712
Secteur privé à but lucratif	1022	1002	98008	96988	17245	19185
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	532	498	58105	53629	13387	13816
Établissements de soins de SSR	334	350	26954	29396	2661	3597
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	145	12447	13568	1197	1687
Établissements de SLD	12	7	502	377	0	50
Autres	0	2	0	18	0	35
Ensemble	3192	3046	413206	399865	71942	75452

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SCD : soins de courte durée ; SLD : soins de longue durée.

1. Les trois sites de l'Institut de cancérologie de l'Ouest et les deux sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme une entité.

Note > Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise désormais toutes les entités géographiques (et non uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2013). Pour une entité juridique multisite comme l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), on compte autant d'entités que de sites.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris les anciens hôpitaux locaux. Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont pas comptabilisés.

Sources > DREES, SAE 2013 et 2017, traitements DREES.

Figure 15: Tableau du nombre d'entités et de capacité d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et en 2017.

Ces différentes structures permettant un accueil en **hospitalisation à temps complet** (compté en lits et comprend les hospitalisations supérieures à un jour) qui diminue légèrement (-0,8%) mais avec une baisse plus marquée dans les cliniques privées à but lucratif et **à temps partiel** (compté en places et comprend les hospitalisations inférieures à un jour). Les journées en hospitalisation partielle atteignent **16,8 millions de journée en 2017** comprenant la médecine, la chirurgie, l'odontologie, l'obstétrique et les séjours psychiatriques que ce soit dans le court séjour (MCO) ou le moyen séjour (SSR) pour un totale de 75 000 places. A cela s'ajoute la hausse des traitements itératifs qui est portée à 13,4 millions en 2017 et comprend les séances de chimiothérapies, de dialyse et de radiothérapie ainsi que 5,2 millions de journée d'hospitalisation au domicile du patient. Il ne faut également pas oublier la hausse des consultations mémoire (260 000 en ont bénéficiés dans 567 entités) surtout dans les établissements publics à la suite du plan Alzheimer de 2008 à 2012. On note aussi le développement des soins palliatifs qui comptabilisent en 2017 157 Unité de Soins Palliatifs (USP) pour un total de 1765 lits ainsi que 5200 lits également destiné à une prise en charge de soins palliatifs mais hors USP. Bien entendu il ne faut pas oublier les 21,4 millions de passage aux urgences en 2017.

Que ce soit à temps partiel ou à temps complet il y a 3 modes de prises en charge quel que soit le type de l'établissement : on distingue **le court séjour (MCO)**, **le moyen séjour** qui correspond aux soins de suite de réadaptation (**SSR**) et enfin **le long séjour (SLD)**.

Le long séjour est en fait l'activité de soins de longue durée qui se mesure mieux par le nombre de journée d'hospitalisation plutôt que par le nombre de séjour qui enregistre une légère baisse en 2017 (moins 0,5%) et comptabilise 10,9 millions de journées d'hospitalisation complète. En effet, ***l'activité de cette discipline baisse considérablement depuis 15 ans*** en raison de la transformation de ces unités en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad) mais également par un changement de prise en charge des patients rendu possible par les innovations de technologies médicales et thérapeutiques avec de nouvelles techniques anesthésiques ainsi que par loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui prévoyait déjà à l'époque la création de solutions alternatives à la prise en charge à temps complet.

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	7 655 752	-0,2	3 166 953	2,1	5 979 172	4,8	16 801 877	2,0
MCO	3 188 715	2,0	673 462	3,1	3 832 869	2,4	7 695 046	2,3
Psychiatrie ¹	3 474 423	-3,1	948 130	0,0	557 007	8,1	4 979 560	-1,3
SSR	992 614	3,2	1 545 361	3,0	1 589 296	10,0	4 127 271	5,6
Séjours en hospitalisation complète²	7 894 117	-0,5	1 200 515	-0,6	2 906 281	-1,6	12 000 913	-0,8
MCO	7 036 539	-0,5	845 094	0,0	2 421 180	-2,4	10 302 813	-0,9
Psychiatrie	425 032	-0,6	71 016	-2,7	126 435	2,1	622 483	-0,3
SSR ³	432 546	-0,2	284 405	-1,7	358 666	2,6	1 075 617	0,3
Journées en hospitalisation complète	76 199 852	-1,2	16 243 479	-0,6	26 932 712	0,0	119 376 043	-0,8
MCO	42 103 242	-1,2	4 611 938	-1,2	10 289 762	-3,6	57 004 942	-1,7
Psychiatrie	11 041 385	-3,1	2 188 319	-1,3	4 838 678	1,6	18 068 382	-1,7
SSR ³	13 269 301	0,4	8 553 617	-0,1	11 591 828	2,8	33 414 746	1,1
SLD	9 785 924	-0,7	889 605	0,4	212 444	4,6	10 887 973	-0,5

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

1. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.

2. Non compris les séjours de soins de longue durée.

3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2016-2017, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2016-2017, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Figure 16: Tableau du nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2017

Pour permettre de faire tourner ces établissements quel que soit leur statut il faut du personnel aussi bien sur le plan médical ou paramédical que sur des métiers permettant de faire fonctionner une structure. Au 31 décembre 2017 nos établissements de santé comptabilisent **1 312 037 emplois au total** sans compter les étudiants en formation. Et nous parlons bien d'emplois et non de personne physique, en effet des dédoublements existent pour certains professionnels qui travaillent dans plusieurs structures à la fois. La répartition est largement dominée par les emplois des hôpitaux publics (75%) suivi des cliniques privées et des établissements de santé à but non lucratif avec une répartition plutôt homogène représentant 15 et 12% respectivement.

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Emplois¹ médicaux hors sage-femmes	130 638	21 031	40 546	192 215
Médecins, odontologistes et pharmaciens	99 106	18 695	40 312	158 113
dont salariés	97 195	14 150	5 197	116 542
dont libéraux	1 911	4 545	35 115	41 571
Internes et faisant fonction d'internes (FFI)	31 532	2 336	234	34 102
Emplois¹ de sages-femmes	12 769	1 262	2 626	16 657
Emplois¹ non médicaux	812 157	141 416	149 592	1 103 165
dont personnels soignants ²	551 862	95 987	113 850	761 699
dont personnels non soignants ³	260 295	45 429	35 742	341 466
Total des emplois¹	955 564	163 709	192 764	1 312 037

1. Emplois rémunérés au 31 décembre 2017 dans les établissements de santé, hors élèves encore en formation. La SAE peut enregistrer des doubles comptes pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements : ce concept d'emploi est donc différent de celui des effectifs en personnes physiques.

2. Infirmiers, aide-soignants, psychologues, rééducateurs, agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux.

3. Personnels administratifs, éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Figure 17: Tableau des emplois dans les établissements de santé au 31 décembre 2017.

Nous allons désormais faire un tour de la situation financière de ces différents établissements. Nous allons nous concentrer sur le coût des rémunérations des employés dans les établissements publics en essayant de déterminer approximativement le coût des salaires.

En 2017, le salaire moyen pour un emploi médical hors sage-femme est de 5.492 euros en temps plein, avec un effectif de 130.638, ce qui correspond à **un coût annuel de 8.609.566.752 euros.**

Le salaire moyen des personnels soignants comprenant les sages-femmes, personnel d'encadrement du personnel soignant, les infirmiers, aides-soignants et agents de service hospitaliers, rééducateurs, psychologues est de 2.078 euros avec un effectif de 564.631, ce qui correspond à **un coût annuel de 14.079.638.620 euros.**

Enfin, nous nous intéressons au **salaire moyen des emplois non médicaux du personnel non soignant** comprenant le personnel administratif, éducatif et social, le personnel médicotechnique, ainsi que le personnel technique et ouvrier et les contrats aidés qui s'élève en moyenne à **1507 euros** avec un effectif de 260.295, ce qui correspond à **un coût annuel de 4.707.174.780 euros.**

Le coût annuel du personnel dans les établissements publics pour l'année en question (2017) s'élève à plus de **28 Milliards d'euros.** Ce chiffre est une approximation pour avoir un ordre de grandeur du coût des salaires des établissements publics de santé. De plus, les salaires augmentant chaque année du fait de l'élévation du coût de la vie et plus récemment du fait de la crise sanitaire mondiale avec une revalorisation salariale et la mise en place de primes lors du 1^{er} confinement notamment par le SEGUR de la santé que nous étudierons plus en détail par la suite.

Il faut rappeler que le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation des soins et des biens médicaux en France (46,6%) et représente 5,8% de la consommation finale effective des foyers, s'élevant à une dépense de **92,8 milliards d'euros** en 2017 qui est **financée à 91,6% par l'assurance maladie**. La répartition budgétaire pour cette année est la suivante : 71,5 milliards pour le secteur public comprenant également les établissements privés à but non lucratif et 21,4 milliards pour le secteur privé hospitalier comprenant les cliniques privées à but lucratif.

Bien entendu avec la crise sanitaire que nous sommes en train de vivre les dépenses pour 2020 seront bien plus importantes mais il me semble important d'avoir un baromètre général d'avant crise qui nous permettra d'évaluer a posteriori les dépenses qui auront été mises à profit uniquement pour cette crise sanitaire en France.

Comme attendu en 2017 **les comptes financiers des hôpitaux publics** se dégradent de nouveau avec un **déficit total du résultat net atteignant 743 millions d'euros** et une rentabilité nette diminuant de 1,1% (plus bas niveau depuis 2002). Il faut également noter que le taux d'investissement continue de baisser depuis les plans nationaux de 2007 et 2012.

Toutefois, avec la crise sanitaire du COVID, les investissements dans l'hôpital public reviennent en masse pour pallier la surcharge de travail mais également pour permettre une revalorisation salariale pour l'ensemble du personnel. Nous détaillerons plus loin les grands axes du SEGUR ainsi que le projet de loi du financement de la sécurité sociale pour 2021.

En ce qui concerne **les établissements privés à but non lucratif** (Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif **ESPIC**), leur situation financière s'améliore d'année en année pour devenir excédentaire en 2017 (40 millions d'euros) ce qui n'était pas arrivé depuis presque 10 ans.

Enfin, la rentabilité des **cliniques privées** s'évalue à 3,5% du chiffre d'affaires (CA), **son taux d'endettement atteint des niveaux historiquement bas à savoir 33,3% des capitaux permanents alors qu'il est encore à 42,9% pour les ESPICs et de 51,6% pour les établissements publics**. Le taux d'investissement des établissements privés continue son ascension depuis 2014 et arrive à 4,8% du CA.

Outre le taux d'investissement qui est plus faible depuis quelques années dans les hôpitaux publics, ce qui permet aux cliniques privées une meilleure assise financière et une meilleure rentabilité est un ciblage des soins et des spécialisations en fonction de ces établissements permettant une plus grande plu value. **Il ne faut également pas oublier que les hôpitaux publics sont pourvus de soins d'urgences et que lorsque la santé vitale d'un patient est mise en jeu le calcul des coûts n'est pas effectué** sauf cas exceptionnel, et permet donc une sécurité pour le patient d'être soigné en toutes circonstances quel que soit son niveau social et son aspect financier. Ce qui fait du système hospitalier Français un des plus justes du monde grâce à la solidarité nationale. C'est à ce titre que la situation financière de ces établissements est précaire et que la rentabilité est nulle et coûte même de l'argent à l'Etat et donc au contribuable, mais cela fait partie du fondement de notre système de santé et des fondements de notre République.

Il faut tout de même tirer la sonnette d'alarme car de plus en plus d'urgences sont saturées et donc la prise en charge des patients devient de plus en plus superflue. Outre la revalorisation de l'hôpital public je pense que chaque professionnel de santé a sa part à jouer dans le suivi et la prise en charge des patients. De plus en plus certaines personnes se tournent vers les officines à proximité des hôpitaux pour éviter soit l'attente ou pour compléter la prise en charge lorsqu'elle n'est pas totale.

c. Les professionnels de santé

(II1) Il faut également un contrôle régulier de nos professionnels de santé qui est assuré par l'État avec l'aide des différents ordres professionnels pour assurer le respect des conditions d'exercices et des règles des professions médicales, de la pharmacie et des auxiliaires médicaux.

Il faut bien distinguer la loi et les règlements qui **fixent les règles d'organisation des professions médicales** et les ordres nationaux qui eux **veillent au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement qui sont indispensables à l'exercice** de ces professions ainsi qu'au respect des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de la déontologie.

C'est la HAS qui accrédite les professionnels de santé sur la base de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'exercice illégal de ces professions peut faire l'objet de sanctions pénales qui sont contrôlées par les médecins et les pharmaciens inspecteurs de la santé public.

C'est le CSP qui fixe les conditions générales d'exercice des professions médicales (médecin, chirurgiens-dentistes ou sage-femme) par l'article L. 4111-1 ainsi que la profession de pharmacien qui dispose d'un monopole.

(II24) Nous allons dans un premier temps apporter une précision qui nous permettra par la suite d'estimer grossièrement le nombre total de professionnels de santé mais également des auxiliaires médicaux en 2015. En fonction des sources nous voyons des différences flagrantes. En effet, **les chiffres sont différents si nous prenons les statistiques de la DRESS et celle de la DGOS.** Cette différence est due à la **fragilité du répertoire Adeli** qui sert de base pour les statistiques, car les professionnels ne sont pas incités à se désinscrire du répertoire lorsqu'ils arrêtent leur activité qu'elle soit temporaire ou définitive et il faut également prendre en compte les changements des situations professionnelles qui ne sont pas obligatoirement signalés.

→(II25) la DREES recense **au 1^{er} janvier 2015**, 222 150 médecins en activité sur notre territoire donc 216 767 En France métropolitaine alors que la DGOS dénombre à cette même période **218 300 médecins** comprenant 88 200 salariés et 13 0100 libéraux.

On constate une forte hausse depuis les années 1980 à tel point que sa croissance est supérieure à celle de la population mais depuis 2005 les effectifs de médecins connaissent une croissance plus ralenti du fait de l'inflexion du nombre de médecins généralistes.

On recense en moyenne 337 médecins pour 100 000 habitants en 2015 permettant de situer la France dans la moyenne des pays de l'organisation de coopération et de développement économique (l'OCDE).

Il faut toutefois noter que la part des médecins actifs âgés de plus de 60 ans a triplé au cours de la période 1990 à 2015, elle est passée de 8% à près de 28%.

La profession s'est également féminisée représentant 43% de femme sur l'ensemble des médecins contre 30% en 1990.

À l'heure actuelle il faut se poser plusieurs questions à savoir :

- Quel est le nombre optimal de médecins sur notre territoire ?
- Quelles tâches médicales peuvent être déléguées aux autres professionnels de la santé (les infirmiers, les pharmaciens mais également les psychomotriciens, les kinésithérapeutes etc.) ?

Nous allons mettre ci-dessous les chiffres donnés par la DGOS en 2015 concernant les professions médicales pour avoir un ordre de grandeur.



Figure 18 Nombre de professionnels médicaux selon la DGOS en 2015.

Nous allons désormais chiffrer les autres professions de la santé.

Les différentes professions de santé médicale ont subi une grande évolution depuis la fin du 20^{ème} siècle.

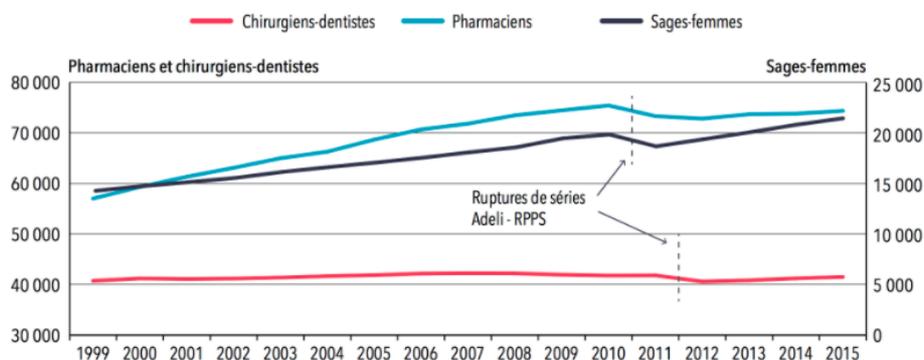
Nous voyons que parmi les professions médicales, seul l'effectif des chirurgiens-dentistes stagne depuis les années 1990 alors que les effectifs des sages-femmes et des pharmaciens ont considérablement augmenté.

→ En effet selon la DRESS les pharmaciens sont passés d'un effectif de moins de 60 000 en 1999 à près de 75 000 pharmaciens en 2015 alors que la DGOS estime son nombre à 73 700.

→ Pour les sages-femmes toujours selon la DRESS, son nombre est passé de moins de 15000 en 1999 à plus de 25 000 en 2015 alors que la DGOS estime son nombre à 20 200 sages-femmes en 2015.

→ Pour les dentistes leur nombre a stagné de 1999 à 2015 avec un effectif moyen d'un peu plus de 40 000 dentistes le chiffre est sensiblement le même qu'il provienne de la DGOS ou de la DRESS.

Nous allons mettre en dessous le graphique comparatif du nombre de chirurgiens-dentistes, de pharmaciens, et de sages-femmes d'après la DRESS qui prend ses sources via Adélie jusqu'en 2010.



Champ > Ensemble des professionnels de santé médicaux (hors médecins) actifs au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, Adeli jusqu'en 2010 pour les pharmaciens et les sages-femmes et jusqu'en 2011 pour les chirurgiens-dentistes, RPPS pour les années ultérieures.

Figure 19 Évolution des professions de pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes de 1999 à 2015.

Nous allons maintenant nous intéresser aux professionnels paramédicaux regroupés sous le terme d'auxiliaires médicaux intégrant de nombreuses professions.

Le CSP encadre également les auxiliaires médicaux par l'article L. 4311-1 à L. 4394-3-3, ces professions sont désormais ouvertes aux ressortissants des pays membres de l'Union Européenne.

Le terme d'auxiliaire intègre de nombreuses professions :

→ **Les infirmiers** qui sont tenus de respecter des règles professionnelles fixées par le décret du 29 Juillet 2004 et qui disposent d'un ordre national depuis le 21 décembre 2006.

Selon la DRESS la population des infirmiers a opéré une forte croissance de 1999 à 2015 passant de plus de 350 000 infirmiers à près de 650 000 en 2015 alors que la DGOS estime son nombre à **595 600 infirmiers**.

Comme dit précédemment cette fluctuation entre ces 2 agences est due à la fragilité du répertoire ADELI. **Les infirmiers représentent la profession dont la croissance et dont la densité est la plus élevée.**

→ **Les aides-soignantes**, permettent de soulager les infirmiers et les médecins que ce soit dans les hôpitaux publics/privés ou privés à but non lucratif mais également à domicile du patient ou dans les Ehpad. **La DGOS dénombre en 2015 245 400 aides-soignants salariés.**

→ **La profession de masseur-kinésithérapeute** dispose d'un ordre depuis 1997.

On en dénombre 77 800 en 2015 toujours selon la DGOS avec une majorité de libéraux (61 600) contre 16 200 salariés.

→ **Les ergothérapeutes** ont un ordre commun avec les kinésithérapeutes.

→ **Les pédicures-podologues** qui peuvent traiter les affections épidermiques limitées aux couches cornées, ce sont eux également qui prescrivent les semelles orthopédiques. Ils doivent être inscrits à l'ordre depuis la loi du 9 Aout 2004. **On en dénombre en 2015, 12 400** avec une prédominance pour les professions libérales.

→ **La profession de psychomotricien.**

Le psychomotricien est un professionnel paramédical travaillant sur prescription médicale. **Son but est de permettre à la personne de mieux appréhender son corps en prenant en compte une dimension holistique.** Initialement centré sur les pathologies de l'enfant, le psychomotricien intervient désormais à tous les âges de la vie, des bébés prématurés aux personnes âgées. Son champ d'action est vaste et s'étend au domaine du handicap, de la rééducation, de la thérapie, de la recherche mais aussi au domaine de la prévention et de l'éducation. **Sa pratique repose sur des séances individuelles ou collectives via la passation d'un bilan psychomoteur ou l'utilisation de la médiation psychocorporelle.** Grâce à ces outils le psychomotricien fait partie du parcours pluridisciplinaire du patient et s'intègre dans la rédaction de son projet thérapeutique.

→ La profession d'orthophoniste prend en charge les troubles du langage par une rééducation lors de certaines pathologies comme la dyslexie. **Ils sont au nombre de 20 000** dont 161 00 exercent en libéral alors que 3900 sont salariés, ces chiffres ont été donnés par là DGOS en 2015.

→ La profession d'orthoptiste, qui peut aussi être prise en charge par prescription médicale.

→ Les manipulateurs d'électroradiologie, qui ont à la fois un rôle de soignant mais également un rôle médicotechnique (décret du 19 février 2010). **On en dénombre 31 200 en 2015.**

→ Les préparateurs en pharmacie qui sont les seuls à pouvoir seconder le titulaire d'une officine et à participer à toutes les tâches de préparation de commande pour les services dans les PUI. Ils assument leur tâche sous la responsabilité du pharmacien, mais leur responsabilité pénale reste engagée.

→ La profession d'audioprothésiste

→ La profession d'opticien-lunettier détaillant.

→ Ainsi que la profession de diététicien.

→ Le CSP mentionne également les conditions d'exercices des professions de **techniciens de laboratoires médicaux, d'auxiliaires de puériculture et d'ambulanciers.**

Nous allons mettre en schéma le dénombrement des différentes professions paramédicales appelées aussi auxiliaire médical pour avoir une vue d'ensemble.



Figure 20 dénombrement des professionnels paramédicaux en 2015 par la DGOS.

Toutes ces professions constituent un véritable vivier de connaissances qui permettent une prise en charge globale des patients. Cependant un bon nombre de ces professions sont peu connues et non utilisées par les patients. Promouvoir ses professions pourra être une clé du désenclavement de la santé et d'une meilleure prise en charge des patients. Malheureusement certaines de ces professions ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie devenant un frein pour certains patients alors qu'elles peuvent s'avérer aussi autant efficaces pour certaines pathologies.

2) L'encadrement des prestations de santé

La législation française contrôle également les prestations de santé qui comprennent :

a. Les laboratoires d'analyses de biologie médicale

La définition de l'acte de la biologie médicale est définie par l'article L. 6211-1 du CSP énonçant :

« Un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain, hormis les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, exécutés par des médecins spécialistes dans ce domaine ».

Ces examens sont réalisés au sein des laboratoires de biologie médicale qui doivent être dirigés par un biologiste médical qui peut être soit un médecin soit un pharmacien titulaire du diplôme autorisant l'exercice de la profession.

La biologie médicale en France est une composante importante du système de santé, qui fait partie comme les officines d'un enjeu stratégique dans l'organisation des soins. Ils permettent de consolider un diagnostic ou d'en faire émerger un.

Ces laboratoires sont fortement convoités par des fonds d'investissement internationaux car en 5 ans, la part des Laboratoires de Biologie Médicale (LBM) de plus de 20 millions de CA est passée de 24 à 46% du marché (I126) et représente donc une manne financière importante qui met en haleine les investisseurs.

Les LBM sont protégés juridiquement permettant une indépendance de la profession pour éviter toute négligence de l'offre de soin. La sonnette d'alarme est tirée depuis de nombreuses années notamment par le syndicat des biologistes qui a indiqué dans sa revue LBM-Flash du 16 Novembre 2018 (I127) :

« L'exercice libéral en reste le seul garant. A ce jour, compte tenu de la variété et de la complexité infinies des montages juridiques auxquels des sociétés peuvent recourir dans le cadre de prises de contrôle indirectes ou dissimulées d'autres sociétés, les risques sont très importants de voir les professionnels de santé être subordonnés à une logique purement économique ou commerciale sans qu'aucun organisme tiers ne puisse en assurer efficacement le contrôle ou la sanction. Défendre le principe du contrôle réel du laboratoire de biologie médicale par les biologistes médicaux exerçants est donc plus que jamais un combat pertinent pour le bien des patients et de la santé publique ».

En effet, la loi MURCEF de 2001 a autorisé des biologistes (personne physique ou morale) n'exerçant pas dans une SEL à pouvoir y être majoritaire au capital.

La profession n'a pas vu immédiatement la problématique venue de l'étranger, là où les sociétés de biologistes ne sont pas nécessairement détenues par des biologistes. **En s'engouffrant dans cette brèche dictée par la loi MURCEF, les financiers ont utilisé des sociétés de biologie étrangères qu'ils contrôlaient pour prendre des participations majoritaires dans les SELs de biologie françaises.**

Suite à ce détournement de la loi au bénéfice des sociétés financières l'État a publié la loi 2008-776 du 4 août 2008 (article 60) qui a **officiellement ouvert le capital des SEL a des personnes extérieurs à la profession mais à hauteur de 25% maximum.**

Vient ensuite la loi n°2013-442 du 30 mai 2013 qui **a précisé que l'article 5-1 de la loi du n°90-1258 du 31 décembre 1990** relative aux SELs **ne s'applique pas aux SEL de biologistes médicaux** et concluant que la majorité du capital doit être détenu par des biologistes médicaux exerçant au sein de la SEL mais les SEL créées antérieurement à la publication de la loi et utilisant l'article 5-1 pouvaient demeurer en l'état.

Enfin, la loi Macron de 2015 n'a pas non plus permis de clarifier la situation sur la détention capitaliste et la gouvernance des SELs ce qui entretient un certain flou juridique.

Malgré le regroupement des LBM, la moitié ne dépend pas d'un grand groupe et le groupe LBI (Les Biologistes Indépendant) est largement en tête en termes de nombres de laboratoires et est très bien implanté sur le territoire. Il faudra toutefois rester vigilant pour ne pas perdre l'indépendance de la profession qui est en corrélation directe avec la bonne prise en charge du patient.

b. L'aide médicale urgente (AMU)

Cette aide est définie par l'article L. 6311-1 du CSP :

« Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours ».

Ce concept est né dans les années 60 grâce à quelques anesthésistes/réanimateurs qui ont permis de pousser les murs des hôpitaux pour avoir une prise en charge plus rapide des patients en cas d'urgence vitale, donnant naissance au SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) et précisant par l'article L. 711-7 de la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 que :

« Seuls les établissements de santé... peuvent comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU... » et que :

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des établissements hospitaliers dotés de... SAMU ».

Un numéro est mis à disposition du public : le 15 qui couvre tout le territoire national par France Télécom (1128).

L'article 5 de la loi du 6 janvier 1986 précise que les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées notamment par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales. **Cette loi précise également qu'il est créé dans chaque département un Comité départemental à l'aide médicale urgente (CDAMU)** et des transports sanitaires présidé par le représentant de l'État dans le département et comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales.

La composition et le fonctionnement de ce Comité sont déterminés par décret en Conseil d'État. ***C'est le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 qui fixe les missions et l'agencement des unités qui participent au service d'aide médicale urgente appelé SAMU.***

En effet, ses principales missions sont : ***d'assurer une écoute médicale permanente, de déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient***, compte tenu du respect du libre choix, et ***faire préparer son accueil***, d'organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire et enfin de veiller à l'admission du patient.

c. Les transports sanitaires

Ces transports permettent aux patients en incapacité de se déplacer, de pouvoir se mouvoir à travers un service public disponible sur prescription médicale pour une intervention médicale. ***Ils sont encadrés par l'article L. 6312-1 du CSP :***

« Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet. Le transport de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu'à l'établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements. Les transports des personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires ».

Ce service permet une plus grande justice sociale en apportant une aide aux personnes qui sont seules ou en incapacité de payer un transport pour se faire soigner. Cela fait partie intégrante selon moi de la solidarité nationale et contribue à un accès équitable aux soins quel que soit le niveau de vie du patient.

d. La télé médecine

La télé médecine est un outil technologique en pleine expansion qui permet d'amener le soin au sein même d'un foyer ou dans des endroits plus faciles d'accès que dans certaines zones géographiques qui sont notamment touchées par les déserts médicaux.

La télé médecine permet la télé consultation qui est une consultation à distance entre un professionnel de santé et un patient. Il permet le recueil d'informations afin d'obtenir un diagnostic.

C'est un processus qui utilise les nouvelles technologies (objets connectés).

La télé consultation englobe **des logiciels** (comme ***Titan, Doctoconsult, Médaviz*** et bien d'autres) et **du matériel** (***Tytocare, honeywell, bewell...***) et des acteurs qui englobent les deux comme H4D (***I129***) créée en 2008 par le Dr. Franck BAUDINO pour « *faciliter l'accès aux soins sans se soucier des barrières géographiques et sociales* ». Cette télécabine associe dans sa technologie une cabine pouvant être installée partout ; aussi bien dans une entreprise pour permettre de faire gagner du temps aux salariés, dans une mairie pour pallier au désert médical, ou encore en officine pour permettre une prescription immédiate pour un patient.

En effet, cet outil technologique est connecté à de nombreux objets comme l'ECG, un thermomètre, tensiomètre qui sont présentés dans la figure ci-dessous.

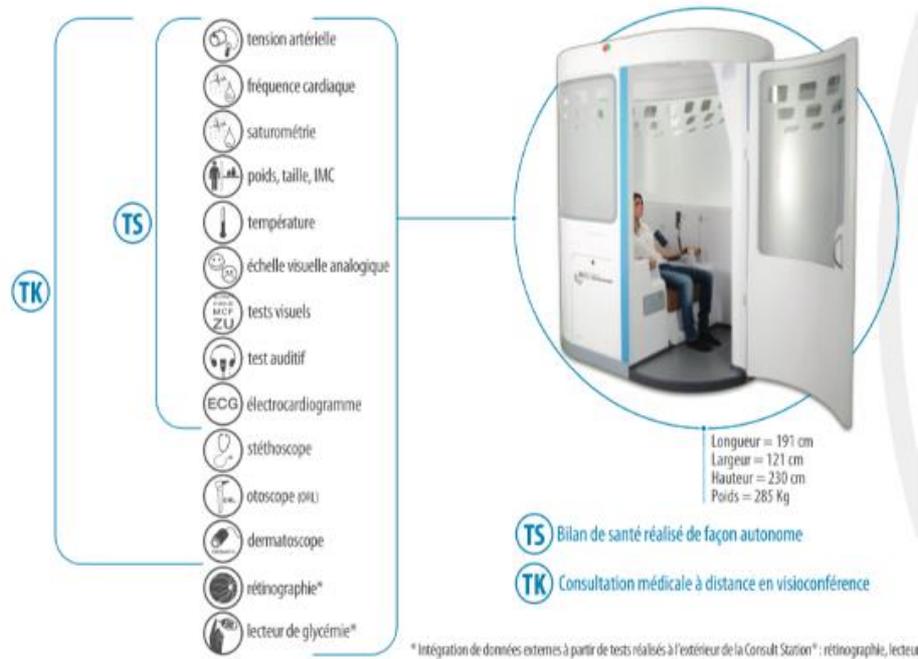


Figure 21 : Télécabine H4D avec ses différentes fonctions et objets connectés

Nous avons fait un petit résumé des avantages et des inconvénients de cette télécabine sur un schéma appelé SWOT (ci-dessous) qui permet de bien résumer l'intérêt de la Télémédecine.

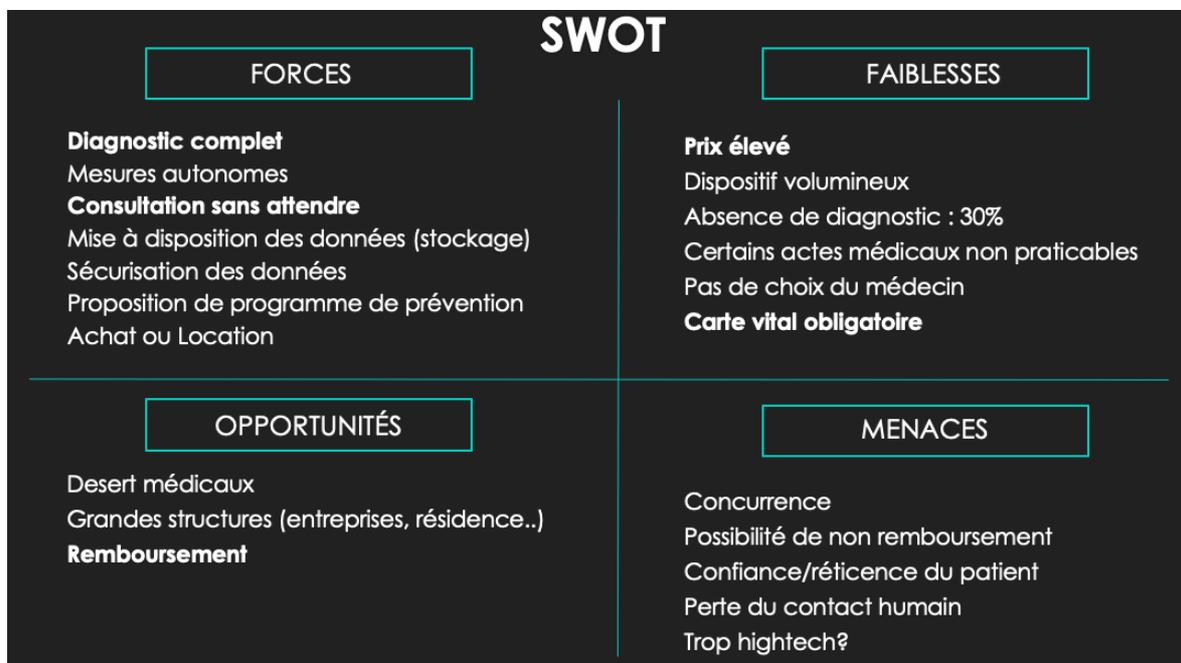


Figure 22 : SWOT de la Télécabine H4D

La télémédecine est une avancée technologique majeure pour notre système de santé, elle est encore peu utilisée mais en pleine expansion. Nous verrons dans la dernière partie comment nous pouvons concilier cette technologie dans les officines avec de multiples possibilités.

e. Les permanences de soins

L'article R.4127-77 du code de la santé publique pose les bases des permanences de soins :

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

L'organisation de la permanence de soins est gérée par les ARS via le conseil de l'ordre des médecins sur une base volontaire, pour chaque période de garde (nuit, dimanche, jour férié) depuis la loi HPST ((loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires).

Ce sont également les ARS qui gèrent les modalités de financement envers les médecins participant à la permanence de soins ambulatoires. Toutefois les majorations applicables durant ces permanences restent stables et sont fixées par la convention médicale (II30).

Il y a aussi une réglementation pour **les permanences de soins dans les établissements publics de santé** qui se décline de plusieurs façons : **soit par la présence continue qui s'appelle aussi garde sur place dans l'enceinte de l'hôpital, soit par une astreinte opérationnelle à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement** à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de l'astreinte et de répondre à tout appel (comme c'est souvent le cas dans les PUI des hôpitaux : confirmé lors de mon stage hospitalier à Salon de Provence à la différence de Sainte Marguerite à Marseille où les internes faisaient les gardes sur places) (II31) .

Ces permanences de soins permettent de fournir une alternative aux urgences et permettent aux patients d'être pris en charge même en dehors des heures d'ouvertures en ville. C'est dans cette même optique de continuité des soins du patient, que chaque médecin doit indiquer son absence auprès du conseil départemental de l'ordre et doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence.

f. Les pôles de santé

(II1) Les pôles de santé permettent des activités de soins de premier et de second recours et participent également à des actions de prévention, de sécurité sanitaire et de promotion de la santé.

Ils sont constitués de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux et autres) à travers **des maisons de santé** qui assurent une activité de soins sans hébergement et participent également à des actions de santé publique par la prévention et l'éducation. Elles exercent à travers les professionnelles de santé un projet de santé commun en cohérence avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Ces pôles intègrent également les **centres de santé** qui se concentrent principalement sur la dispensation des soins de premier recours et sont également sans hébergement. Ils participent également aux actions des maisons de santé mais peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans un cadre conventionnel. Ils peuvent également soumettre des protocoles de soins à l'ARS.

Les pôles de santé englobent aussi des **réseaux de santé** qui ont pour objectif de promouvoir l'accès aux soins ainsi que l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire pour les patients comme dans le cas des poly pathologiques qui nécessitent une prise en charge globale aussi bien par les professionnels médicaux que paramédicaux.

Les pôles de santé prennent aussi en compte les établissements de santé, les établissements et les services médicaux-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et médicaux-sociaux.

En somme les pôles de santé concentrent en leur sein un véritable vivier de compétences ainsi qu'un maillage territorial impressionnant pour prendre en charge le mieux possible le patient. C'est ainsi que nous essayerons de comprendre dans la dernière partie pourquoi dans de nombreux cas la prise en charge globale du patient n'est pas toujours optimisée.

g. Les EHPAD

C'est la loi numéro 2002-2 du 2 janvier 2002 portant sur l'amélioration de l'action sociale et médico-sociale qui permet de garantir les droits des résidents de ces établissements comprenant notamment les Ehpad, mais cette loi encadre également les usagers des services tels que l'aide à domicile. Le but étant d'assurer une prise en charge de qualité dans le respect des patients.

(I132) Les Etablissements d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes plus connus sous le nom d'Ehpad, auparavant appelés « maison de retraite » sont des structures médicalisées permettant l'accueil des personnes âgées dépendantes.

Toutefois pour être accueilli en Ehpad il faut avoir au moins 60 ans et être dépendant c'est à dire avoir besoin d'aide au quotidien pour effectuer les gestes les plus simples.

Des aides financières peuvent être octroyées aux personnes âgées pour rentrer dans ces établissements quand ils n'ont pas assez de moyens pour payer les redevances.

Cette prise en charge des personnes âgées peut être soit à temps complet soit à temps partiel de façon temporaire ou jusqu'à la fin de vie de la personne.

Ces établissements proposent obligatoirement des soins médicaux et paramédicaux ainsi que des actions d'éducation à la santé et de prévention adaptées à chaque patient.

Les Ehpad ont un cahier des charges à remplir afin de de fournir certaines prestations qui sont obligatoires :

- Tout d'abord il **doit y avoir une administration générale** permettant de faire l'état des lieux, de faire les contrats de séjour, donner des documents à la famille ou à l'ayant droit permettant de faire la liaison entre la personne dans cet établissement et les proches.
- Il doit **également y avoir un accueil hôtelier** comprenant une chambre pour chaque pensionnaire avec un accès à une salle de bain et tout le confort nécessaire de notre époque.
- Ces établissements doivent également **comprendre un service restauration** avec au moins 3 repas par jour en plus d'un goûter et d'une collation la nuit.

- Il doit également y avoir **des animations collectives** qui peuvent être au sein même de l'établissement mais également en dehors. Ces animations sont très variées en fonction des établissements car les services ne sont pas les mêmes et les tarifs ne le sont pas non plus.

Ces établissements disposent d'une équipe pluridisciplinaire devant comprendre au moins :

- **1 médecin coordinateur**
- **1 infirmier diplômé**
- **Des aides-soignants** pour permettre de faire la toilette et de bouger les personnes âgées par exemple.
- Ils comprennent également **des aides médico-psychologiques**, du **personnel psycho-éducatif** tel que les psychomotriciens et également **des accompagnants éducatifs et sociaux**.

Ces établissements font partie intégrante de notre système de santé et permettent de prendre en charge les personnes âgées qui ne peuvent plus rester à domicile car trop coûteux ou par l'impossibilité des proches de gérer la personne âgée sans une aide médicale permanente.

C'est le dernier recours après le maintien à domicile pour placer une personne âgée et qui est sous surveillance 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

h. Les HAD

(II24) Selon la DGOS les hospitalisations à domicile (HAD) ont connu une forte croissance avec une augmentation de 5,4% de 2011 à 2015.

L'hospitalisation à domicile permet au patient en fin de vie ou ayant des pathologies nécessitant un accompagnement médical permanent.

Il y a la mise en place d'un lit médicalisé avec un passage quotidien des infirmiers, un suivi médical strict avec un passage régulier du médecin traitant.

Il y a également un service de médicaments à domicile dispensé par les officines de ville sous forme de sachets individualisés par journée.

En effet, certaines officines se sont emparées de cette dispensation nominative en sachet permettant de fournir aussi bien les Ehpad que les personnes maintenues à domicile ou en hospitalisation à domicile.

III. Les nouvelles orientations du système de santé

1) Historiques des réformes depuis la fin de la 2^{ème} guerre mondiale

(II21) C'est grâce à l'ordonnance du 4 octobre 1945 que la *sécurité sociale a vu le jour* sur le modèle Bismarckien qui signifie une gestion par les partenaires sociaux, qui est financée par des cotisations qui sont à la charge des salariés et des employeurs. C'est ce qui a permis aux hôpitaux de développer leurs activités en faisant face à une demande de soins légitime de la part des travailleurs et de leurs ayants droits ainsi que des personnes en situation de précarité.

La réforme Debré de 1958 classe les établissements en plusieurs catégories :

- **Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) :**

Comme son nom l'indique, ces établissements ont une vocation régionale et doivent assurer en leur sein les soins courants à la population proche mais aussi des soins techniques de haut niveau (de deuxième ligne) pour l'ensemble de la population régionale, nationale ou même internationale.

- **Les Centres Hospitalier (Universitaire) (CH(U)) :**

On distingue dans cette catégorie deux sous types :

→ En premier lieu les Centres Hospitaliers non universitaire (CH) qui n'ont pas passé de conventions avec une unité de formation et de recherche. Ce sont les plus nombreux et sont composés des *Centres Hospitaliers Généraux (CHG)* et des *Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS)*.

→ Sans oublier les CHU qui sont des CHR ayant passé une convention avec une université, avec une ou plusieurs unités de formations et de recherche (UFR) en pharmacie, médecine ou odontologie.

- **Les Hôpitaux Locaux (HL) :**

Connus également sous le nom d'Hôpitaux Ruraux (HR). Ils possèdent des unités d'hospitalisation permettant la pratique médicale courante sur des activités de moyen et long séjours. Ils ne peuvent assurer des soins de courte durée ou concernant des maladies graves en phase aiguë qu'en médecine. Pour assurer ces soins les HL doivent passer des conventions avec les Centres Hospitaliers (CH). Ces HL sont désormais rattachés avec les Centres Hospitaliers.

- **Les maisons de retraites anciennement appelées hospices et désormais appelées les EHPAD.**

Cette réforme instaure une médecine hospitalo-universitaire en créant le temps plein médical et met en place également le principe de « clinique ouverte » pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes de l'établissement.

La loi du 31 décembre 1970 définit la notion de *Service Public Hospitalier (SPH)* en prônant comme valeur l'égalité pour tous sans discrimination des maladies, en dispensant des soins adaptés en fonction de l'évolution médicale et en assurant une permanence de soins de jour comme de nuit éventuellement en urgence. Outre la recherche, l'enseignement et l'accompagnement global du malade le Service Public Hospitalier (SPH) assure également les examens de diagnostic ainsi que les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire.

La loi du 31 juillet 1991 met en place les schémas régionaux d'organisation sanitaire et énonce trois principes fondamentaux :

→ Le **droit du malade de choisir son praticien ainsi que son établissement de santé** dans la limite des stocks disponibles.

→ Le **droit du malade à l'information**

→ Et enfin une **évaluation au sein de l'établissement de son activité** pour en améliorer la qualité des soins.

L'ordonnance hospitalière de 1996 lance l'accréditation en attribuant aux établissements de santé aussi bien du secteur public que privé des missions communes en prévoyant pour chacun des dispositions spécifiques et appropriées en fonction des besoins.

La loi du 4 mars 2002 permet au patient d'avoir accès à son dossier médical directement et plus obligatoirement par l'intermédiaire d'un médecin.

L'ordonnance du 2 mai 2005 instaure **l'organisation des établissements de santé en pôles d'activités**. Ils regroupent des services qui ont des activités communes ou complémentaires. Le nombre, la composition et la taille des pôles sont laissés au choix de l'établissement qui permet donc une adaptabilité en fonction du terrain. Les praticiens hospitaliers qui sont responsables de pôle sont nommés par le président de la commission médicale d'établissement (CME) et par le directeur.

Ce contexte particulier de l'hôpital public a conduit ces dernières années à de nombreuses réformes pour renforcer le poids de l'hôpital au sein de notre système et promouvoir ses employés.

C'est ainsi qu'a vu le jour **le plan Hôpital de 2007** initié par le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées qui visent en premier lieu une diminution des dépenses de l'hôpital qui ont augmenté depuis deux décennies avec deux mesures centrales :

- **La nouvelle gouvernance hospitalière :**

Cette gouvernance **veut permettre une meilleure circulation de l'information entre la direction et les praticiens dans le but d'économiser du temps et de l'argent**, malheureusement les bouts de papier ne permettent souvent pas de changements radicaux, mais il y a eu une prise de conscience de la friabilité de l'hôpital.

- **La tarification à l'activité :**

Cette tarification permet de mieux cerner les besoins financiers d'un hôpital donné du fait de la connaissance des entrées et des sorties. En effet, jusque-là, il existait deux systèmes de financement des structures hospitalières par la **dotation globale de financement** qui bénéficiait à l'ensemble des **établissements publics** ainsi qu'aux privés participant au service public hospitalier et un système de **paiement mixte au séjour** (prix de journée et paiement à l'acte) pour les **cliniques privées**.

Effectivement, la tarification à l'activité a donc permis d'harmoniser les modes de rémunérations des deux secteurs en les rendant équivalents et donc plus équitables en se basant sur une meilleure prise en compte de l'activité médicale et du service rendu au patient. Nous allons essayer de comprendre ce qu'est la **tarification à l'activité**. On mesure et on évalue par le recueil d'informations des établissements publics ou privés au travers du **Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations (PMSI)** l'activité de l'établissement en question. **La tarification à l'activité incite les établissements à la réalisation de gains de productivité car la rémunération est fondée sur l'activité réelle des établissements** qui sont rémunérés en fonction des coûts moyens nationaux par pathologie. On met en place avec ce système une logique de recettes plutôt qu'une logique de dépenses, caractéristique du système précédent. En harmonisant le mode de financement via la tarification à l'activité, cela a facilité des restructurations externes et par la même occasion cela encourage l'utilisation

partagée des équipements médicaux permettant une recomposition hospitalière face à l'étalement de l'offre.

Le PMSI ainsi que la comptabilité sont encore insuffisamment utilisés pour cette gestion. En effet, un établissement sur deux ne bénéficie pas d'un système permettant ce contrôle alors que sur le papier il permettrait un meilleur pilotage du système hospitalier par les Agences Régionales Hospitalières (ARH).

Il ne faut pas oublier que jusqu'en 2004 l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) voté par le parlement était ensuite dispatché en 4 enveloppes pour la médecine de ville d'une part, pour l'hôpital, les cliniques et enfin pour les établissements médico-sociaux. ***Cette réforme sur la tarification de l'activité a permis une fusion des portefeuilles de l'hôpital public et des cliniques privées et la création en plus d'enveloppes spécifiques pour certaines activités.***

En effet, l'allocation du budget est désormais répartie selon deux principes :

- ***Les missions financées par l'activité (la tarification à l'activité) qui est répartie en 3 points :***
 - Le paiement d'un tarif par séjour connu sous le nom de Groupe Homogène de séjour (GHS)
 - Également le paiement d'un tarif par prestation concernant les activités de consultations externes et les actes externes d'urgences (hospitalisation publique), de prélèvements d'organes et comprend également l'hospitalisation à domicile.
 - Enfin le paiement de certaines fournitures qui coûtent chères comme certains médicaments, les dispositifs médicaux implantables (DMI) comme par exemple les prothèses.
- ***Les missions d'intérêt général qui prennent en compte les missions de service public*** appelées les Missions d'Intérêt Générale et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) (enseignements, urgences, innovations thérapeutiques, recherche, ainsi que les activités de soins aux détenus ...) sont encore financées par des dotations globales.

Il y a ensuite des modalités de financement mixtes pour certaines activités de soins qui correspondent à des ressources fixes annuelles qui sont tout de même évaluées en fonction de l'activité et qui permettent donc le financement lié aux urgences.

De plus en **2008 le Rapport Larcher** a mis le doigt sur plusieurs dysfonctionnements et a donc proposé plusieurs mesures pour y remédier :

- Le regroupement des hôpitaux dans les Communautés Hospitalières de Territoire.
- L'évolution du statut du praticien hospitalier par une gratification financière en fonction de leur activité
- Le renforcement de la gouvernance exercée par le directeur de l'hôpital aux pouvoirs étendus
- Essayer de créer une dynamique afin d'inciter les établissements privés aux missions de service public. Je pense que cet axe est primordial pour renforcer le lien entre le public et le privé et donc renforcer le suivi des patients.

C'est ainsi qu'a été promulgué **la loi HPST le 21 Juillet 2009** qui vient en continuité de ce rapport Larcher :

- Afin de pallier ce manque, une organisation régionale de la santé a été mise en place par les ARS regroupant 7 structures complémentaires dont l'URCAM (l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie), une partie de l'activité de la CRAM (Caisses Régionales de l'Assurance Maladie).

- Pour une meilleure gestion il y a une volonté de mettre « un seul patron à l'hôpital » : le **directeur d'établissement** (nommé par décret sur le rapport du ministre chargé de la santé) qui conduit la politique générale en lui donnant désormais un rôle majeur dans la politique générale de l'établissement comme par exemple **la nomination des chefs de pôles** par un transfert de responsabilités qui restaient jusqu'à lors détenu par le conseil d'administration plus connu sous le nom de conseil exécutif. Le directeur d'établissement est assisté **d'un directoire** qui est composé de 7 membres (le directeur de l'établissement qui est le président du directoire, **le président du CME** (Commission Médicale d'Établissement) qui est le 1^{er} vice-président du directoire, **le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques**, ainsi que de membres nommés par le directeur qui lorsqu'ils exercent dans l'établissement doivent être choisis dans une liste établie par le président de la CME et de 9 membres dans le cas d'un CHU car on rajoute le directeur de l'UFR ou président du comité de coordination de l'enseignement médical ainsi que du vice-président chargé de la recherche qui est nommé par le directeur sur proposition conjointe. Ce directoire voit sa mission réduite comparativement à l'ancien conseil exécutif. Il est toutefois complété **d'un conseil de surveillance** qui est focalisé sur les orientations stratégiques de l'établissement ainsi que son contrôle permanent. Il s'articule autour de 3 pôles qui sont composés au maximum de 5 membres chacun. Il y a **le collège des élus locaux** qui comprend le maire de la commune, **le collègue des représentant du personnel** qui compte en son sein au moins un représentant de la commission des soins infirmiers et enfin **le collège des personnalités qualifiées** qui comportent deux personnalités désignées par le directeur de l'ARS et deux représentants des usagers ainsi que d'une personne nommée par le Préfet. Le conseil de surveillance compte également des membres qui ont une voix consultative (le directeur général de l'ARS, le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique ainsi que le directeur de la caisse d'assurance maladie).

- **Une volonté d'avoir un meilleur accès aux soins en repeuplant les desserts médicaux** en respectant bien évidemment le principe de liberté d'installation des professions libérales.

- **Renforcer la prévention de la santé publique** notamment par des campagnes de prévention concernant le tabac, l'alcool ou encore en donnant la possibilité au pharmacien de délivrer des contraceptifs oraux au-delà de la validité de l'ordonnance.

Le plan de 2012 proposé par le ministère de la Santé et des Sports en 2010 vise à continuer le dynamisme d'investissement concernant les établissements de santé public et privé ainsi que la modernisation des Hôpitaux Français. En effet, l'accroissement des exigences du patient et de la demande de soins ainsi que l'explosion des coûts due à l'évolution des pathologies conditionnent le système hospitalier à évoluer par ces réformes.

Nous allons évoquer succinctement le fonctionnement des établissements de santé privés.

En premier lieu il faut distinguer deux types d'établissement :

- Les établissements privés qui participent aux services publics et bénéficient donc du même régime que les hôpitaux.
- Il y a également les établissements privés qui ne participent pas au service public hospitalier, ce sont principalement les cliniques privées à but commercial. En effet, ces cliniques sont apparues au 19^{ème} Siècle pour une clientèle aisée, jusque dans les années 60, elles ont appartenu à un praticien actionnaire qui s'associait avec d'autres

praticiens pour permettre un certain équilibre financier. Dans les années 70 ces cliniques deviennent des sociétés et dans les années 80 ces sociétés ont été regroupées en chaîne par des rachats et à l'heure actuelle ce sont des grands groupes financiers qui en sont actionnaires. **Toutefois par la loi de 1991 des conférences médicales ont été mises en place et sont l'équivalent de la CME dans les établissements publics et permettent de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens.** Enfin, elles donnent également un avis sur la politique médicale de l'établissement en question par l'élaboration de prévisions annuelles concernant leurs activités.

Ce sont les ARS qui gèrent les autorisations pour tout projet de création, d'extension et même pour une conversion même partielle de toute activité de soins que cela requiert la compétence aussi bien privée que public.

Ces autorisations font suite aux besoins de la population du fait d'un réaménagement d'un territoire ou d'une croissance démographique dans certaines régions de France.

C'est ensuite la Haute Autorité de Santé (HAS) qui est chargée du contrôle final en certifiant tous les établissements de santé aussi bien privés que publics. Ce contrôle permet donc une amélioration continue de la sécurité et de la qualité du soin sur la base des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

2) Projet de loi « Ma Santé 2022 »

(II33) Le projet de loi porté par Emmanuel macron et sa ministre des solidarités et de la santé a donné naissance à **la loi « ma santé 2022 », LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.**

Cette loi a pour but de poser les fondements des objectifs à tenir pour pérenniser à long terme notre système de santé, qui est toutefois de très bonne qualité dans notre pays mais qui doit être entretenu et amélioré afin de continuer à être l'un des meilleurs systèmes de santé au monde.

(II34) En effet, notre système de santé est un système de qualité qui a permis ces dernières décennies, grâce à l'implication des pouvoirs publics mais également des professionnels de santé d'avoir **une hausse de l'espérance de vie** portant la France au 2^{ème} rang mondial (85 ans pour les femmes en 2015 et de 78,9 ans pour les hommes), ainsi qu'une **baisse de la mortalité** et une **hausse de la durée de vie** pour les patients atteints de maladie chronique.

Il ne faut également pas oublier que **le reste à charge pour les patients reste très faible dans notre pays** : il est de l'ordre de 7,5% : c'est le plus bas de l'Union Européenne.

Malgré une certaine perte d'intérêt des investisseurs sur le secteur public de la santé, le niveau d'investissement reste toutefois élevé avec plus de 200 milliards d'euros de dépenses publiques pour la santé représentant près de 12% du PIB. Il y a également eu une augmentation du budget des hôpitaux en 2018 et 2019.

(II35) Malgré ses nombreux atouts, le système de santé rencontre des difficultés même avant l'apparition de la pandémie de Covid. En effet, lorsque le gouvernement et la ministre de la

Santé Agnès Buzyn ont dévoilé le 18 décembre 2018 le plan de transformation du système de santé appelé ma santé 2022, ils ont pris en compte les choses à améliorer pour perfectionner notre système.

Ils se sont rendu compte de la **rigidité de notre système, cloisonnant par la même occasion les professionnels de santé** rendant leur exercice isolé et non coordonné ce qui ne permet pas de participer au parcours global de soins du patient et délaissant son suivi à cause d'un manque d'harmonisation de la transmission des informations du patient compliquant sa prise en charge. En effet, le cloisonnement ville/hôpital est encore trop important empêchant des interactions constructives entre le public et le privé.

Ils ont également identifié **les tensions financières** croissantes à cause des coûts élevés des nouvelles thérapeutiques innovantes, de l'augmentation des pathologies chroniques due au vieillissement de la population, mais également due à des prescriptions redondantes à cause d'une désorganisation du parcours de soins et une absence de valorisation du suivi des patients.

On constate également **des inégalités territoriales** qui couplées à une diminution du nombre de généralistes par habitant jusqu'en 2025 (à cause du numerus clausus notamment), engendrent une baisse des consultations disponibles de 15% en 15 ans portant le chiffre à 9000 communes étant en situation de sous densité ce qui occasionne parfois une attente de plus de 6 mois pour consulter certains spécialistes.

Ce projet de loi est ambitieux et **veut s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de la santé (SNS) formant un ensemble cohérent avec les mesures précédemment annoncées en matière d'autonomie du patient et d'accès aux soins**. Ce n'est pas une refonte de notre système de santé mais une consolidation et une amélioration de certains points toujours dans le but de soigner le mieux possible le patient à moindre coût, peu importe son lieu d'habitation.

Ce projet de loi comporte 23 articles répartis en 5 titres. Il y a eu des ajustements par rapport au texte initial par l'adoption de certains amendements provenant des parlementaires ou des sénateurs ainsi que par la Commission Mixte Paritaire. Les ajustements les plus importants seront notifiés à travers ces 5 axes cités ci-dessous.

Dans ce projet de loi le gouvernement et le ministère de la santé ont axé leur réforme en 5 chantiers :

- **Il y a une volonté de qualité des soins et de pertinence des actes afin de réduire les coûts sans réduire la qualité de notre système.**

Le but est de placer le patient au cœur de ce système pour lui permettre la meilleure prise en charge possible. La volonté de cette réforme est d'avoir une qualité maximale de prise en charge pour le patient.

(II35) Cette volonté de pertinence des actes et des prescriptions est une notion nouvelle et je pense que le rôle du pharmacien dans cette tâche est primordial car il est capable d'analyser

une prescription médicale et en fonction du patient dire si ce médicament est utile ou non mais c'est également le rôle des spécialistes, des médecins généralistes ou même des infirmiers. Ce rôle doit être pluri-professionnel permettant d'améliorer la qualité des soins par-là pertinence des traitements.

Afin d'améliorer l'offre de soins cette loi va permettre **de faciliter les débuts de carrière grâce à l'extension du contrat d'engagement de service public** et du dispositif de médecin adjoint. Il y aurait également la **création d'un statut unique du praticien hospitalier titulaire** ainsi que d'un contrat unique pour les non-titulaires, ce qui permettra de faciliter l'entrée dans la carrière des professionnels et de diversifier leur parcours notamment par une **reconnaissance d'un exercice mixte ville hôpital**.

Avec cette volonté de qualité du système de santé il y a eu l'adoption du **principe d'évaluation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux par la haute autorité de santé** (article 22 bis).

- **Il ouvre également le chantier de l'organisation territoriale voulant à terme permettre une coordination entre tous les professionnels de santé afin de faciliter le parcours de soins de chaque patient.**

Un des principaux chantiers est d'avoir un **décloisonnement de l'organisation des soins passant donc par une bonne organisation entre médecine de ville** (comprenant aussi bien les médecins généralistes que spécialistes exerçant dans des structures privées mais également les pharmacies, les infirmiers libéraux, les aides-soignants et d'autres), **les centres médico-sociaux** (tels que les Ehpad), **et l'hôpital** afin de répondre plus rapidement et de la meilleure des manières au besoin des soins de proximité.

Il y a une volonté de mettre un terme à l'exercice isolé de la santé en **constituant des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé** appelé **les CPTS** permettant la création de projets territoriaux, ainsi qu'une **libération du temps médical en créant 4000 assistants médicaux qui pourront aider les médecins libéraux**. Ces 2 mesures font actuellement l'objet de négociations conventionnelles et d'un travail de terrain en concertation avec les ARS.

Il y a aussi la volonté de **créer un label « hôpitaux de proximité »** ayant pour objectif de labelliser jusqu'à 600 hôpitaux d'ici 2022 avec la volonté d'en faire des **structures fonctionnelles pour les soins du quotidien comprenant bien entendu la gériatrie mais également la médecine générale et la rééducation** plus que jamais nécessaire dans le contexte actuel de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques. Ces hôpitaux auront pour objectif de travailler étroitement avec la médecine de ville permettant une coordination entre le secteur public et privé et cela permettra de redonner des investissements à l'hôpital public qui souffre cruellement d'un manque d'attractivité.

Il y a également eu **l'intégration des parlementaires aux conseils territoriaux de santé**. Cet amendement a été rejeté par le Sénat mais a été réintégré par la commission mixte paritaire. Il faudra faire attention à l'intégration des parlementaires au sein du système de santé car malgré leur statut, pour la plupart, ce sont des personnes qui ne connaissent pas en

profondeur le système et ils ne doivent donc pas nuire au bon fonctionnement de celui-ci. Qu'ils soient membres afin de faire remonter les informations au gouvernement est une bonne chose mais à mon sens ils ne doivent pas avoir un pouvoir de décision par manque de connaissances, tout comme les autres membres de la sphère politique qui interviennent dans ces structures.

Pour renforcer cette volonté d'organisation territoriale un des amendements qui a été voté est la **possibilité pour les directeurs généraux des agences régionales de santé de mobiliser à leur souhait les réserves sanitaires pour renforcer l'offre de soins au sein de leur région en cas de situation sanitaire exceptionnelle** ou de tension hospitalière rencontrée lors de périodes d'épidémie ou de pandémie. (Article 20)

- **Il faut également réfléchir aux modes de financement et de régulation.**

Il y a également une mise en place des **mesures de financement avec un taux d'évolution sans précédent de l'ONDAM de 2,5% en 2019**. En effet, il y a un **engagement de 400 millions** d'euros pour l'année 2019 afin d'entamer cette transformation en mettant un accent sur l'outre-mer.

Il y a également une **augmentation de 0,5% pour l'année 2019 concernant les tarifs et les dotations des établissements de santé**. De plus la réforme concernant la tarification des soins en allant vers une **tarification à l'activité afin de réguler les dépenses de santé** sera envisagée dans la prochaine loi PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale).

- **Un des axes fondamentaux sont les ressources humaines ainsi que la formation de ces professionnels qui devient cruciale pour permettre le fonctionnement de notre système de santé.**

Cette réforme est également accès sur la **refonte idéologique des métiers et de la formation des professions de santé**.

Une des mesures phares est la **suppression du numerus clausus et de la Première Année Commune d'Etudes en Santé : la PACES**, permettant d'augmenter le nombre de médecins formés et de diversifier les profils car ce concours, basé sur des QCM, est focalisé uniquement sur la mémoire et n'évalue pas les capacités humaines et sociales de l'étudiant alors que cette profession nécessite avant tout un côté humain, aspect qui qui n'est pas mis en valeur par ce concours. Ce changement de système tiendra compte des capacités de formation et des besoins du système de santé toujours en concertation avec les ARS qui sont les plus à même de mettre le doigt sur les besoins des régions.

Il y a également **la réforme du 3^{ème} cycle** et la **suppression des épreuves classantes nationales connues sous le nom du concours de l'internat**. En effet, le passage pour le 3^{ème} cycle des étudiants en médecine s'effectuera désormais en prenant compte en plus du résultat des épreuves de l'ensemble du parcours de formation ainsi que du projet professionnel. Il prendra en compte les notes de stage effectué par les externes en médecine. C'est une volonté d'être plus juste et d'évaluer dans son ensemble l'étudiant qui deviendra médecin.

Il faut toutefois faire attention avec ce système des notes de stage car il ne faut pas rentrer dans du favoritisme par connaissance familiale. C'est notamment ce qui avait poussé insidieusement la mise en place de ces épreuves classantes pour le passage vers le 3^{ème} cycle. Cette réforme du 3^{ème} cycle sera toutefois repoussée d'une année pour permettre la mise en place de cette réforme en concertation avec l'ensemble des professionnelles de ce milieu afin de trouver le meilleur dispositif possible pour atteindre un maximum d'équité entre ces futurs professionnels de santé. Il y a également la remise d'un rapport d'évaluation de la réforme du 3e cycle des études de médecine en 2024 permettant de voir les points positifs et négatifs.

Pour notre profession de pharmacien d'officine il y a de réelles avancées sur les nouvelles missions qui lui seront dédiées dans les années à venir. En effet, les pharmaciens d'officine pourront ***délivrer certains médicaments selon un protocole établi par la HAS*** et donc sans ordonnance d'un médecin ***notamment pour les cystites et les angines bactériennes***. Ils pourront également faire un renouvellement périodique des traitements chroniques et adapter les posologies en restant en lien toutefois avec le médecin traitant (**Article 7**).

Cela fait partie des évolutions de notre métier que nous détaillerons dans la dernière partie de cette thèse.

Il y a également la ***possibilité pour les infirmiers d'adapter certains traitements en fonction des résultats d'analyses biologiques***.

Nous voyons bien qu'il y a une volonté dans cette réforme de restructurer les professions de la santé afin de donner plus de responsabilités à tous les professionnels de la santé dans le but d'encadrer au mieux le patient, d'effectuer un bon suivi de son dossier et d'intervenir le plus rapidement possible sans se mettre en difficulté juridique lorsque nous ne passons pas par les médecins. Car nous avons fait de cette profession de médecin le saint grêle en leur donnant toutes les responsabilités de la santé mais nous voyons bien que cela ne marche pas d'une part à cause de leur nombre trop faible et de leurs compétences qui ne se sont pas totales dans tous les domaines. Il faut que chaque professionnel de santé travaille en coopération et en ayant pour objectif de suivre au mieux le patient et de l'orienter chez le bon professionnel en cas de besoin.

- **Un des axes majeurs est le numérique afin de mettre le digital au cœur du système de santé permettant de faciliter les échanges entre les professionnels et d'avoir des informations concernant un patient de manière plus rapide.**

Il faut toutefois faire attention à la portée financière de toute cette data recueillie pouvant être détournée et servir de moyen de pression à l'encontre du patient que ce soit pour un recrutement ou pour des demandes de prêt bancaire (même si ces données sont demandées le plus souvent, elles sont ciblées et non totales) ou pour d'autres raisons.

Il y a également une forte volonté de la part du gouvernement à travers cette réforme ***d'accroître les possibilités d'utiliser les données relatives à la santé via la création d'un « Health Data Hub »*** qui permettra de donner plus d'ampleur à l'exploitation des données de

santé en élargissant le champ du système national des données de santé qui est actuellement cantonné aux données médico administratives et aux données cliniques. Cette avancée permettra à la France d'être à la pointe en termes de structuration de données sanitaires mais avec une volonté de préserver un haut niveau de protection de la vie privée.

Il faudra y faire attention que ce soit en santé ou dans les autres domaines avec la numérisation de nos données qui sont souvent revendues au plus offrant par certains groupes pouvons mettre à défaut et rendre vulnérable une personne par-là révélation de certaines données personnelles ou de santé.

Un des amendements proposés et qui a été adopté par le groupe de la République en marche est de **garantir les droits sur les bases de données ainsi que les ressources biologiques et génétiques qui seront recueillies et seront propriété de l'état.**

Il y aurait également la **création d'un espace numérique de santé pour chaque patient au 1^{er} janvier 2022.** Ce sera un compte personnel créé à la naissance donnant accès à un portail personnalisé de service ainsi qu'un dossier médical partagé avec des applications de santé référencées et qui sera accessible sur tout support numérique permettant à chacun de gérer l'ensemble de ses données.

Cette réforme **autorise également les actes de télé soins pour les professionnels paramédicaux et donc là e-prescription.**

Cette réforme a une volonté de renforcer les dispositifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Cet axe a été approfondi par le Ségur de la santé qui est venu en renforcement de cette loi au vu du contexte sanitaire de notre pays avec la pandémie qui est survenue sur notre territoire et sur l'ensemble de notre planète.

Ce Ségur de la santé que nous allons détailler ci-dessous n'entérine pas la loi « ma santé 2022 » porté par Agnès Buzyn.

Elle vient en complément et en accélération notamment pour permettre une augmentation rapide des rémunérations pour les professionnels de santé exerçant dans la fonction publique.

3) SÉGUR de la santé

(II36) le Ségur de la santé a été élaboré avec une forte volonté de renforcer l'action des ARS dans la politique régionale pour plus de flexibilité.

Le Ségur de la santé intervient en pleine crise du coronavirus obligeant le gouvernement et le ministre de la Santé Olivier Véran à renforcer certains aspects de la santé notamment de la fonction publique et les moyens dans les hôpitaux.

Olivier Véran a **conclu le mardi 21 juillet le Ségur de la santé** qui avait été lancé le 25 mai sous l'impulsion d'Emmanuel macron.

Pour citer Olivier Veran le Ségur de la santé c'est :

« Remettre de l'humain, des moyens et du sens dans notre système de santé c'est un cap ambitieux (...) nous voulons accélérer la mise en œuvre des mesures qui sont plus que jamais nécessaires »

Le Ministre de la Santé Olivier Véran a **retenu 33 orientations issues des concertations et du rapport de Nicole Notat**, qui a une volonté pour faire bouger les lignes et d'accélérer la transformation de notre système de santé. En effet, les institutions, les instances, les organisations sont là mais la lenteur administrative fait partie des facteurs ralentissant le bon déroulement du parcours de soins pour le patient.

Une des principales raisons de ce Ségur est de montrer que le gouvernement est à l'écoute des soignants afin de leur apporter des réponses concrètes de par notamment une **revalorisation salariale pour l'ensemble des personnels soignants du secteur public. En effet, 8,2 milliards d'euros vont être injectés par an pour revaloriser les salaires.**

Le but de ce Ségur est d'accélérer dans tous les domaines la transformation de notre système de santé: allez plus vite pour pallier au manque constaté lors de cette crise sanitaire qui a permis de donner du pouvoir au personnel soignant qui ont donc été écoutés par le gouvernement les mettant dans une position de force dans les négociations.

(I137) Cette accélération a pour but de prolonger la loi « ma santé 2022 » qui a été votée par le Parlement.

Nous avons identifié plusieurs points forts de ce Ségur :

- **Répondre aux besoins en matière de personnels et en quantité de lits :**

Il y a eu les **accords signés sur les salaires et les carrières des médecins à l'hôpital public** répondant au besoin d'attractivité du secteur public mais également de l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

En effet, **7,6 milliards d'euros vont être attribués par an pour la revalorisation de l'ensemble des métiers non-médicaux** dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux des secteurs publics et privés et **15 000 personnes vont être recrutées.**

De plus, **450 millions d'euros seront dédiés par an à l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers et 200 millions seront injectés par an pour revaloriser les indemnités de stages pour les internes en médecine et en pharmacie** ainsi qu'une revalorisation des gardes permise grâce à une concertation des syndicats et des représentants des étudiants médicaux, paramédicaux et des internes.

Permettre une ouverture et une fermeture de lits rapidement comme ça a été le cas pendant cette crise qui a obligé certains hôpitaux à fermer des services pour se concentrer sur les plans blancs recevant les patients atteints du Covid ou encore des ouvertures supplémentaires de lits de réanimation pour répondre aux besoins en fonction des régions et des moments de la crise.

Le gouvernement s'est donc engagé à **financer l'ouverture de 4000 lits par an**, qu'ils appellent « **lit à la demande** » permettant donc de s'adapter à un regain épidémique ou à une situation nouvelle.

- **Le but également est d'adapter le financement aux réalités de notre temps :**

Une première étape dans ce sens a été engagée avec certaines réformes du financement de certains secteurs portés par la loi « ma santé 2022 »

Un des principaux objectifs est d'accélérer la diversification afin de simplifier les modes de financement de toutes les activités hospitalières.

Dans ce cadre ***les établissements de santé et les professionnels libéraux sur un territoire donné vont pouvoir faire évoluer le financement des activités de médecine vers un modèle mixte*** avec un socle de dotation qui sera complété par une ***prise en compte de l'activité mais également de la qualité des soins***.

L'ONDAM (Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie) a connu une forte réévaluation en 2021 notamment du fait des propositions faites lors de ce Ségur de la santé.

C'est dans ce cadre que le ***Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), devrait remettre une liste de proposition permettant de faire évoluer le système de santé en vue du PLFSS pour 2022.***

- **Il y a un investissement de la part du gouvernement de plus de 20 milliards d'euros :**

19 milliards d'euros vont être mobilisés afin de permettre de financer des investissements utiles. Parmi ces investissements utiles il faut compter ***13 milliards d'euros de reprise de dettes*** et ***6 milliards afin d'investir dans de nouveaux plans finançant notamment les investissements courants*** (renouvellement d'équipements dans les hôpitaux, technologies de pointe, renouvellement des infrastructures pour permettre de meilleures conditions de travail pour le personnel soignant).

Le reste des investissements vont pour le structurel : 2,1 milliards d'euros seront investis pour les établissements médico-sociaux c'est à dire les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes (Ehpad) où le gouvernement entend rénover 1/4 des places disponibles dans ces établissements. ***2,5 milliards iront dans l'implantation locale*** afin d'ancrer au mieux la santé dans les territoires avec notamment les projets ville/hôpital et enfin ***1,4 milliards d'euros sur 3 ans pour le numérique*** afin de financer l'espace numérique de santé.

- **Il y a une volonté de décentraliser les décisions d'investissement :**

En effet, le but est de permettre grâce aux représentants des élus de définir les priorités nationales en faisant remonter les informations du terrain et des besoins locaux à l'exécutif, ***l'objectif étant de déconcentrer la gestion des investissements et de territorialiser les projets afin de les adapter au mieux à une commune.***

Les territoires doivent prendre la main car c'est eux qui connaissent le terrain et qui sont les plus à même d'adapter les grands axes nationaux définis par les politiques publiques. Pour permettre cela ***les Agences Régionales de Santé seront renforcées au niveau des départements permettant une collaboration encore plus étroite avec les élus locaux afin d'obtenir une interaction entre la santé et l'exécutif.***

- **Un des objectifs est également de réduire les inégalités de santé :**

En s'implantant encore plus dans les territoires et en mettant en place dans chaque région une gouvernance stratégique ayant pour but de réduire les inégalités regroupant des élus des usagers, des associations qui devront s'appuyer sur un comité scientifique.

Il y a aussi une volonté de renforcer les actions des ARS en faveur des travailleurs pauvres. Afin de réduire ces inégalités il y a une volonté de créer des équipes mobiles pluridisciplinaires, et pour y parvenir ***l'État s'engage à hauteur de 100 millions d'euros par an.***

- **Un des principaux objectifs est aussi de permettre une coopération encore plus étroite entre la ville et l'hôpital et entre le sanitaire et le médico-social.**

En effet, les 6 milliards d'euros d'investissements nouveaux serviront à resserrer ce lien, c'est le ***projet phare de « ma santé 2022 »*** voulant ***favoriser l'exercice mixte entre le privé et le public*** et ces investissements iront dans ce sens d'un décloisonnement.

De plus, une ***bonne coordination entre le public et le privé et les établissements médico-sociaux est nécessaire afin de prendre en charge le mieux possible les personnes âgées.***

En effet, ces personnes vont souvent dans les hôpitaux mais également dans leurs officines ou voir leur médecin traitant et cette coordination entre la ville et l'hôpital est primordiale pour assurer un bon suivi dans les Ehpad par exemple.

Il y a aussi une volonté d'aider les personnes en situation de handicap.

- **Il y a également une volonté de rendre dynamique les carrières en santé :**

Il va y avoir une ***augmentation de 10 % des places dans les instituts de formation en soins infirmiers (ISFI)***, ce qui correspond à une ***augmentation de 2000 places en 2020 et une volonté d'augmenter les capacités de formation des aides-soignants par 2 d'ici 2025.***

Il y a également une ***volonté de former des infirmiers en pratique avancée (IPA) généraliste de premier recours avec une volonté d'atteindre un objectif de 3000 d'ici 2022.***

- **Il y a une volonté de réformer la gouvernance des établissements en santé :**

En effet, chaque établissement en santé pourra s'organiser en interne afin de s'adapter au mieux au contexte local permettant donc de renforcer les services hospitaliers en associant les soignants.

Le but est de ***favoriser la concertation des acteurs de terrain en leur apportant un certain crédit par la parole afin qu'ils donnent leurs avis aux délégations de gestion des pôles et des services dans les établissements publics.***

Il y a également une volonté ***de re médicaliser la gouvernance des établissements de santé*** et de représenter le personnel paramédical de ces établissements afin de mettre en place une attractivité qui n'existe plus ou très peu dans les hôpitaux publics de nos jours.

- **Le secteur de la santé n'échappera pas au virage écologique à travers le développement durable :**

Un des principaux buts est donc la ***rénovation des bâtiments faisant partie d'un des grands axes du plan d'investissement*** et de permettre de réaliser cette transition écologique et énergétique au sein des bâtiments.

- **Il y a également une volonté d'alléger les normes :**

Le but est d'alléger les procédures pour permettre à chaque établissement de s'adapter à des situations locales spécifiques et à des projets propres à chaque territoire.

Le but de cette réforme est de s'adapter aux mouvances de notre temps et aux difficultés rencontrées depuis l'apparition de la pandémie. Le but est de renforcer notre système de santé en le rendant plus attractif pour les professionnels mais également pour les patients car de nombreuses personnes aujourd'hui se pose la question à 2 fois avant de se rendre aux urgences notamment à cause du temps d'attente et parfois d'un manque de qualité des services dû au manque de moyens et de personnels.

Pour citer Olivier Véran :

« 65 jours nous ont permis de bâtir les fondations, nous devons désormais prendre le temps de poursuivre la concertation pour que ces mesures soient les plus opérationnelles et les plus efficaces possibles »

Maintenant que toutes ces bases idéologiques et financières sont posées il faudra construire dans les années qui arrivent le futur et l'évolution de notre système de santé afin qu'il soit plus performant et permettre une harmonisation d'une santé globalisée sur l'ensemble de notre territoire. Cela sera possible de par une mobilisation générale des acteurs de la santé (tous les professionnels exerçant dans le domaine de la santé du secteur public et privé), mais également par un engagement actif des élus locaux et nationaux, ainsi que par l'engagement des agences sanitaire, des syndicats et organismes de chaque profession.

LE FINANCEMENT DE LA POLITIQUE DE SANTÉ EN France **ET SA REPARTITION SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION**

La politique de santé ne peut être réalisée sans financement donc la dimension économique est une partie intégrante de ce système constitué de professionnels, de structures ainsi que des produits de santé qui s'entremêlent pour répondre à une demande de soins de la part de la population et fait donc fleurir une concurrence entre les producteurs de soins et les acteurs de la santé.

Toutefois compte tenu du fait que la santé n'est pas un produit comparable aux autres produits de notre industrie, elle est contrôlée et diligentée par l'État et financée par les cotisations sociales versées par les entreprises et les assurés. Chaque citoyen est donc à la base du financement de notre système de santé via l'assurance maladie qui est gérée par la sécurité sociale (SS).

Nous sommes donc tous acteurs de notre système de santé en France et chacun doit y jouer un rôle à son niveau pour un bon fonctionnement. Cependant, du fait de la généralisation du tiers payant pour de nombreuses prestations notamment les médicaments remboursables, les consultations chez un médecin quand il n'y a pas de dépassement, ou encore les analyses biologiques dans un laboratoire, les gens pensent que la santé est « gratuite » alors que chaque personne y contribue via les cotisations.

En effet, pour prendre un exemple je constate régulièrement que les gens n'ont pas cette notion de contribution participative à notre système de santé.

En pratique, lorsque je délivrance une ordonnance j'entends régulièrement : « si ce n'est pas gratuit je n'en veux pas ». On a également pu observer ce phénomène avec le flop des autotests car ils sont payants alors que les tests Antigéniques et PCR sont pris en charge intégralement par la sécurité sociale.

Afin d'équilibrer le financement de notre système de santé je pense qu'il faudra également faire des campagnes d'information auprès de la population pour leur faire comprendre que la santé a un coût qui se répercute sur chaque famille tous les mois. Et si chacun fait attention à sa consommation de produits et services de santé, il y aura une diminution des coûts qui pourra engendrer une baisse des cotisations pour les générations futures.

Le système de santé permet une réparation des dommages liés à la maladie ou en cas d'accident. Il se superpose donc au système social via sa dimension humaine dont le socle est la sécurité sociale qui trouve ses ressources financières dans l'économie générale. C'est un système qui a besoin de tous les autres pour fonctionner de la meilleure des manières. Cependant, l'équation parfaite est difficile à trouver et est souvent friable au moindre changement de gouvernement.

I. Le financement de la politique de santé en France

1) L'origine de la protection sociale en France

a. Définition et caractéristiques

(II38) Tout d'abord, il faut définir ce qu'est la protection sociale. Elle est définie comme l'ensemble des mécanismes de protection accordés par notre société à ceux qui en font partie afin de leur permettre de faire face aux risques sociaux de la vie et à leurs conséquences financières. Ce que nous appelons risques sociaux sont tout ce qui est susceptible de compromettre la sécurité financière d'une personne et de sa famille (on les appelle les ayants droit) et provoquant par conséquent une baisse des revenus qui engendre un déséquilibre financier pour la famille. Le but d'une protection sociale est d'éviter ce genre de situation.

La protection sociale coexiste à travers 4 fondements :

- Il y a ce que l'on appelle la **logique d'assurance sociale obligatoire** qui permet de ***prévenir les assurés contre une perte de revenu lié à la maladie ou à une perte d'emploi ou la vieillesse ou même un accident de travail***. Elle repose sur un mécanisme de type contributions/prestations : on donne pour recevoir.

Ces prestations sont financées par les cotisations sociales. C'est ce que l'on appelle les contributions qui sont ***prélevées sur le revenu*** et vont à ceux qui cotisent ou à leur ayants-droit.

Le mécanisme des assurances sociales est le même que celui des assurances privées individuelles qui se base sur une mutualisation des risques sociaux entre les cotisants. Cependant, les assurances privées individuelles ne couvrent plus certains risques particuliers tels que le chômage. En France, elle est prise en charge par pôle emploi qui est un organisme indépendant de la sécurité sociale. ***Ces assurances sociales prennent également en charge les allocations familiales*** permettant de subvenir au besoin de la famille de l'assuré qui est une branche de la sécurité sociale.

- **Le deuxième principe de la protection sociale est l'assistance sociale** qui veut instaurer une solidarité parmi les individus afin de lutter contre la pauvreté et l'exclusion en assurant un revenu minimum ne couvrant pas forcément un risque.

On peut parler du ***revenu de solidarité active (le RSA)*** mais également ***des allocations adultes pour les handicapés***.

Ces assistances sociales sont cependant soumises aux conditions de ressources des individus mais n'obéissent pas à une logique contributive. Ici il ne faut pas forcément donner pour recevoir et donc ne nécessitent pas le versement de cotisations de la part de celui qui en bénéficie.

- Il y a également **le principe de protection universelle** couvrant pour certaines choses l'ensemble des individus sans conditions de ressources pour y accéder : on peut parler notamment des ***prestations familiales qui sont non proportionnelles au revenu***.

-Le quatrième fondement de la protection sociale est basé sur la prévoyance individuelle ou collective qui repose sur l'épargne. Pour la prévoyance individuelle nous pouvons citer par exemple l'achat d'implants dentaires alors que la prévoyance collective repose sur la mutualisation des risques.

Dans notre pays la protection sociale repose sur 2 mécanismes :

- **Soit le versement de prestations sociales aux personnes.**

Elles sont distribuées **soit en espèce**, nous pouvons prendre comme exemple **les indemnités journalières ou les pensions de retraite** ou **alors en nature** qui comprend dans ce cas les **remboursements des dépenses qui ont été engagées par l'assuré telles que les soins de santé** ou encore par un financement direct des services tels que les médicaments qui sont pris en charge par le tiers payant.

- **Soit par l'accès à des prestations qui sont fournies gratuitement ou à des prix très faibles.**

Telles que les crèches ou les repas à la cantine. Il faut bien entendu ne pas oublier ce mécanisme car il fait partie des services de la protection sociale et permet d'être bénéfique pour l'ensemble de la population.

b. Les différentes prestations sociales et ces évolutions en France ainsi que ses coûts

Les prestations sociales sont réparties en 5 branches qui correspondent chacune à un risque d'exclusion :

- **Il y a en premier lieu ce que l'on appelle « vieillesse-survie » :**

Cela comprend **les retraites** qui prennent la plus grosse part de cette catégorie mais également **le minimum vieillesse** ainsi que **les pensions de réversion** pour les conjoints veufs ou veuves.

- **Il y a bien évidemment « la santé » :**

Cette branche **comprend les maladies, les invalidités et également les accidents de travail ou les maladies professionnelles**. Ce qui comprend bien évidemment les remboursements des soins hospitaliers ainsi que des soins de ville tels que les médecins traitants, les spécialistes et j'en passe. Il y a également les **indemnités journalières et les rentes d'invalidité qui entrent dans cette catégorie**.

- **Ces prestations sociales prennent également en compte « l'emploi » :**

C'est une catégorie qui **prend en compte les allocations chômage ainsi que l'insertion et la réinsertion professionnelle** en proposant des formations prises en charge par la sécurité sociale notamment avec l'application « moncompteformation » qui permet grâce aux heures travaillées d'engranger une cagnotte pouvant financer des formations.

- **Il y a également le logement :**

Cette prestation sociale de logement est symbolisée notamment par **les aides personnalisées au logement « les APL »** qui permettent aux jeunes de bénéficier d'aide pour se loger lorsqu'ils sont étudiants ainsi qu'aux personnes seules qui ont des faibles revenus.

- **Le dernier pilier des prestations sociales et « la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale » :**

Cette branche veut permettre aux gens de pouvoir vivre raisonnablement lorsqu'ils n'ont pas les moyens. La principale aide en la matière est **le RSA**.

Le coût des prestations sociales en France et ses facteurs influençant :

Dans notre pays **la part des prestations sociales est très importante et même la plus grosse d'Europe pour s'élever à 31 % du PIB français en 2015.**

À travers la **figure 23** nous constatons une **augmentation de la part des prestations sociales en fonction du produit intérieur brut de notre pays depuis les années 1959**. En effet, elle ne représentait en France que 15 % du PIB à cette date pour parvenir à plus de 30 % en 2015.

Il faut toutefois notifier qu'**il y a eu une diminution du volume du PIB de notre pays** : en 1975 le volume du PIB a perdu un point, puis 0,6 % en 1993 pour atteindre une perte de près de 3 % de son volume en 2009.

Nous constatons également une **augmentation des dépenses des prestations sociales qui se focalise essentiellement sur deux axes que sont « la maladie », qui découle de la branche santé, et la « vieillesse » qui fait partie de la branche vieillesse/survie.**

Ces deux facteurs : diminution de la part du PIB de notre pays et l'augmentation de certaines prestations sociales sont responsables du **doublage de la part des prestations sociales depuis les années 60 dans notre pays.**

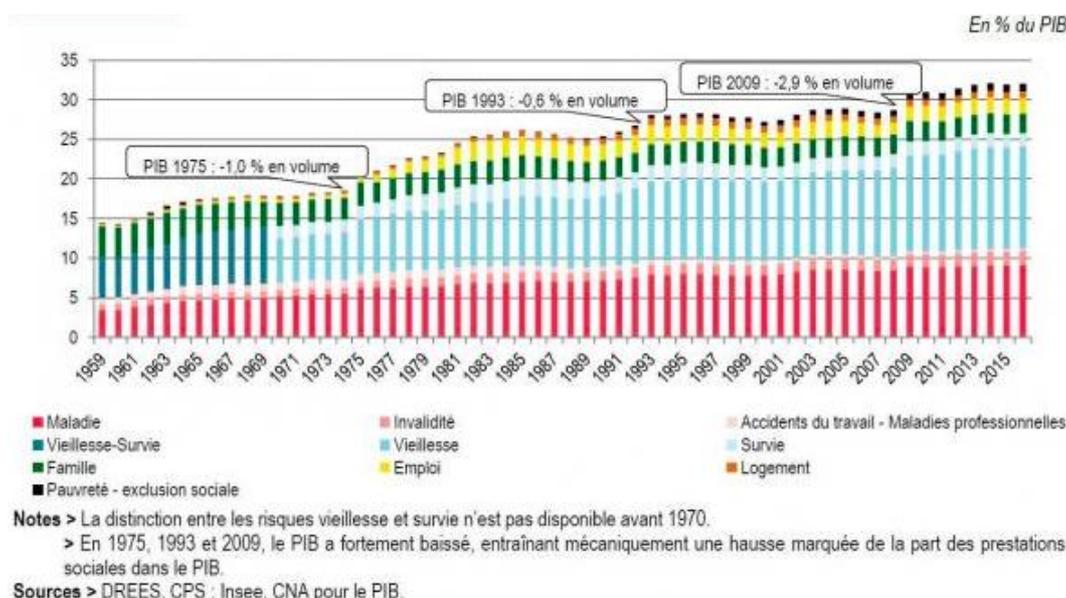


Figure 23 Part des prestations sociales dans la richesse nationale de la France depuis 1959 (en % du PIB)

Il y a un autre facteur important à prendre en compte pour le futur, c'est l'augmentation de la vieillesse sur notre territoire. En effet, la part des personnes de plus de 60 ans atteindra près de 35% de notre population en 2050 alors qu'elle est actuellement aux alentours de 25% en 2020 et seulement d'un peu plus de 15% en 1950.

Par ailleurs, on constate la courbe inverse pour les jeunes de 0 à 19 ans passant de 30% en 1950 à potentiellement 25% en 2025 pour les prévisions les plus optimistes ou à moins de 20% pour les moins optimistes ce qui pourra occasionner un manque de mains-d'œuvre dans les décennies futures engendrant de grosses difficultés pour pallier le financement des retraites et de notre système de protection sociale français en général.

Ce qui amène à des réflexions de fond notamment pour le financement des retraites, qui ont **conduits les gouvernements successifs à augmenter l'âge du départ à la retraite** ou **plus récemment avec un projet porté par le gouvernement Macron d'une refonte générale des régimes de retraites** en faisant une caisse générale et en supprimant les nombreuses caisses comme c'est le cas aujourd'hui en fonction des corps professionnels. Mais ce projet de réforme a fait couler beaucoup d'encre contraignant le gouvernement à changer son calendrier à cause notamment de la crise des gilets jaunes et de la survenue du Covid.

Pour autant la réforme n'est pas abandonnée mais demandera plus de temps pour concerter toutes les professions afin de trouver des accords avec les syndicats pour mener à bien cette réforme et empêcher une modification par les gouvernements futurs. Le but est de trouver une solution pérenne pour le financement des retraites qui permettra aux générations futures comme la nôtre de pouvoir percevoir une retraite quand le temps sera venu.

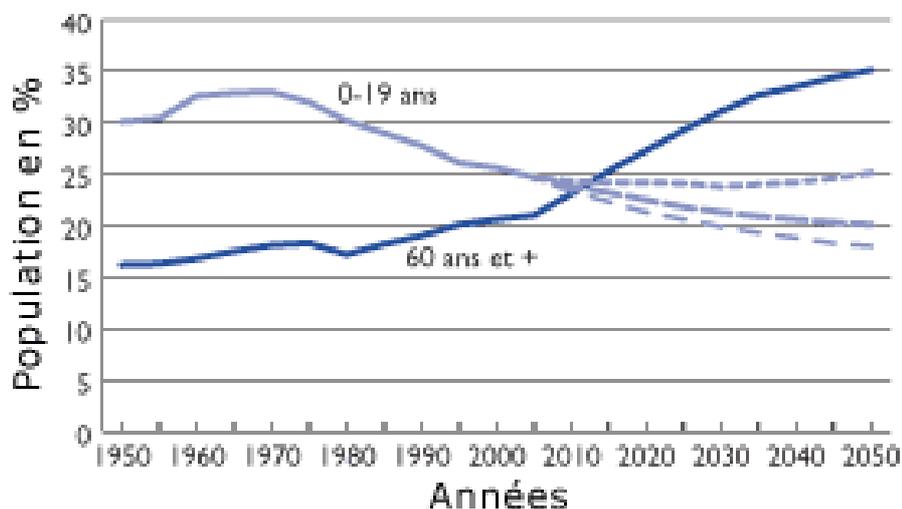


Figure 24 Évolution de la population de la France en extrapolation de 1950 à 2050

C'est cette part de la population (les plus de 60 ans) qui coûte le plus cher à notre système de santé car comme nous l'avons dit plus haut c'est la partie maladie et la partie vieillesse qui coûtent le plus cher en termes de coût des prestations sociales.

Avant de détailler les chiffres il faut savoir à quoi cela correspond, tout d'abord **la part vieillesse représente les retraites qui sont versées aux retraités** et donc aux personnes de plus de 60 ans.

De plus, **les maladies représentent la plus grande partie des dépenses de santé**. Ce qui coûte le plus cher dans les dépenses « maladie » ce sont les traitements chroniques qui surviennent la plupart du temps après 60 ans. Le raccourci est peut-être rapide en disant que cette part de la population coûte le plus cher mais c'est avant tout une réalité et les choses ne vont pas s'améliorer vu la part croissante du vieillissement de notre population.

En effet, ensemble la « vieillesse » et la « maladie » représentent en 2016 491 milliards d'euros de dépenses sur 714,5 milliards qui représentent l'enveloppe totale des dépenses concernant les prestations sociales en 2016 sur notre territoire. A elles seules, elles représentent près de 70 % des dépenses des cotisations sociales en 2016. Alors que les deux branches réunies : « santé » et « vieillesse/survie » représentent 80 % des dépenses des prestations sociales pour cette même année ce qui correspond à un total 575,2 milliards contre 491 milliards uniquement pour la part maladie et retraite (confère **figure 25**).

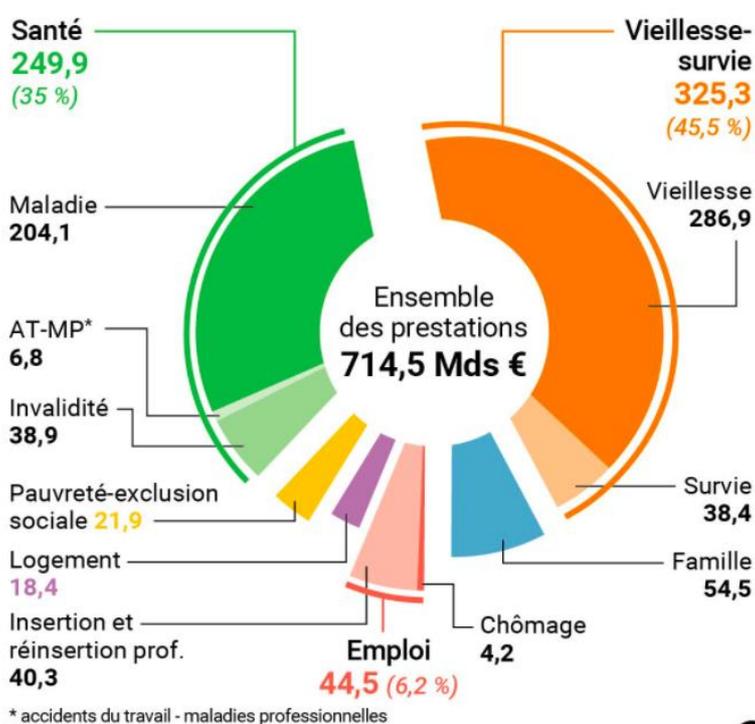


Figure 25 dépenses en Milliards d'euros des prestations sociales en France par risque.

Il faudra donc dans les années futures se concentrer essentiellement sur les établissements recevant les personnes âgées telles que les EHPAD mais également sur les dépenses de santé qui pourront être régulées avec une meilleure coordination entre les professionnels et une prise de conscience collective : que la santé n'est pas gratuite ce qui n'est pas encore compris pour la majeure partie de la population en France.

Si toutefois des lignes directrices ont été mises en place par le gouvernement Macron avec en premier lieu la loi « ma santé 2022 » proposée par Agnès Buzyn ainsi que le Ségur de la santé, il faudra toutefois dans les années à venir mettre en place l'applicabilité car les paroles et les écrits sont faciles mais l'appliquer est souvent beaucoup plus complexe à mettre en place.

Maintenant que nous avons un aperçu des dépenses de l'ensemble des prestations sociales dans notre pays nous allons nous intéresser brièvement à son financement.

2) Le financement de la protection sociale

Du fait de l'augmentation croissante des dépenses concernant la protection sociale les ressources de financement doivent donc s'aligner pour permettre de rester à l'équilibre. Son financement est réparti à travers trois axes que nous avons détaillés ci-dessous.

a. Cotisations sociales

La première source de financement de la protection sociale est **les cotisations sociales**. Cela comprend les versements obligatoires de la part des salariés, des employeurs mais également des non-salariés afin d'acquérir des droits pour bénéficier des prestations sociales en France. Elles sont de plusieurs types :

- Il y a tout d'abord **les cotisations pour l'assurance vieillesse**
- Ensuite **celles pour l'assurance maladie/maternité/invalidité/décès**.
- Puis les **cotisations pour les allocations familiales**
- Et enfin **les assurances chômage**.

Il ne faut également **pas oublier la contribution de solidarité autonome le CSA plus connue sous le nom de journée de solidarité** qui est une cotisation due par les employeurs du public ou du privé. Cette cotisation fait partie des cotisations patronales d'assurance maladie.

Toutefois depuis les années 1990 la part des ressources provenant des cotisations sociales baisse au profit des ressources fiscales et notamment de la CSG.

b. Ressources fiscales (impôts et taxes qui sont dédiés au système de santé)

Dans cette catégorie nous **incluons les impôts ainsi que les taxes** qui deviennent une part croissante des ressources mais qui reste toutefois encore inférieure à celle des cotisations sociales.

Il y a donc tout d'abord **les impôts sur le revenu et le patrimoine qui constituent la part la plus importante des ressources fiscales** incluant notamment **la CSG** ainsi que **la contribution remboursable de la dette sociale : la CRDS**.

Il ne faut également pas oublier **les impôts sur les salaires et la main-d'œuvre** ainsi que les **impôts sur les produits** tels que les taxes d'alcool, de tabac et d'assurances automobiles par exemple.

Enfin, il y a ce que l'on appelle **le transfert de ressources fiscales** qui sont versées de manière permanente au régime de la sécurité sociale. Nous pouvons prendre comme exemple les régimes des exploitants agricoles.

c. Contribution de l'état

La troisième source de financement de la protection sociale provient des **contributions publiques de l'État**. Ces contributions **financent d'une part les dépenses de solidarité telles que le RSA, les fonds de solidarité vieillesse**, et d'autre part **une partie de certains régimes de retraite** où le nombre de cotisants est inférieur au nombre de retraités ainsi qu'un certain pourcentage des **exonérations de cotisations employeur**.

d. Recettes totales contribuant au financement de la protection sociale en France et équilibre au cours des décennies entre les recettes et les dépenses

D'après la **figure 26** nous constatons que la part totale de financement de la protection sociale en 2016 s'élève à **758,7 milliards d'euros** est presque équivalente aux dépenses de cette même année.

Même si la part des **cotisations sociales** diminue au profit des ressources fiscales, elles restent en 2016 la plus grosse partie du financement des prestations sociales s'élevant à **461,3 milliards d'euros représentant 60,8 %** du financement total. Vient ensuite les **ressources fiscales** comprenant essentiellement de la CSG et qui représentent pour cette année-là un total de **184,1 milliards d'euros représentant 24,3 %** du financement total. Il y a enfin la **contribution de l'État** qui s'élève à **93,7 Milliards d'euros (12,3% du financement total)**.

Nous constatons donc que notre financement des prestations sociales sur notre territoire est un modèle hybride entre le système de Beveridge où le financement provient essentiellement de l'impôt et du modèle Bismarckien qui est financé par les prestations sociales.

Nous voyons également en France qu'en plus des impôts, l'État apporte un comblement des finances pour permettre de remettre à l'équilibre le solde de la protection sociale en France.

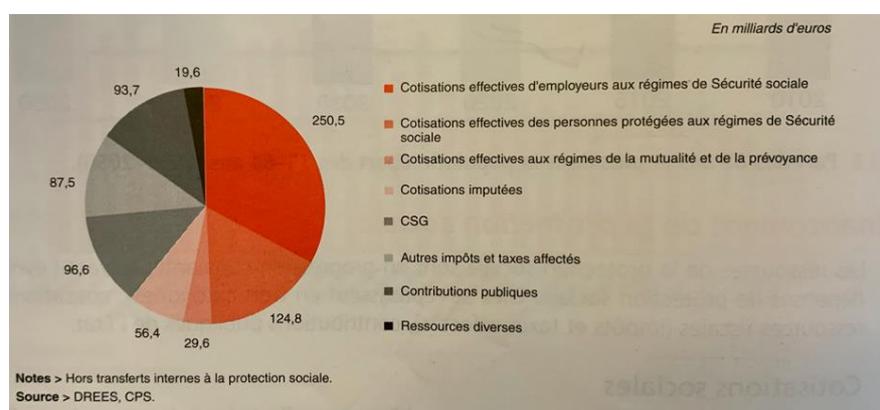


Figure 26 les différentes sources de financement de la protection sociale en France en 2016 en milliards d'euros

À travers la **figure 27** nous voyons que le solde de la protection sociale était excédentaire de 1998 à 2008 excepté de 1992 à 1995 ainsi qu'en 2004 où le déficit atteignait 2,9 milliards d'euros.

Depuis 2009 nous constatons un déficit constant mais qui décroît progressivement de 2010 à 2016 jusqu'à revenir en excédent durant l'année 2017.

Bien évidemment le déficit s'est creusé durant l'année 2020 pendant la pandémie comme ça devrait également être le cas pour l'année de 2021.

Nous voyons bien que l'équilibre entre les dépenses et les recettes est difficile à atteindre. Mais cet équilibre est le but ultime de chaque gouvernement qui met en place des mesures ainsi que des lois afin de réduire au maximum le déficit de la protection sociale pour essayer de le porter en excédent afin que la protection sociale ne devienne pas un fardeau financier pour nos générations futures.

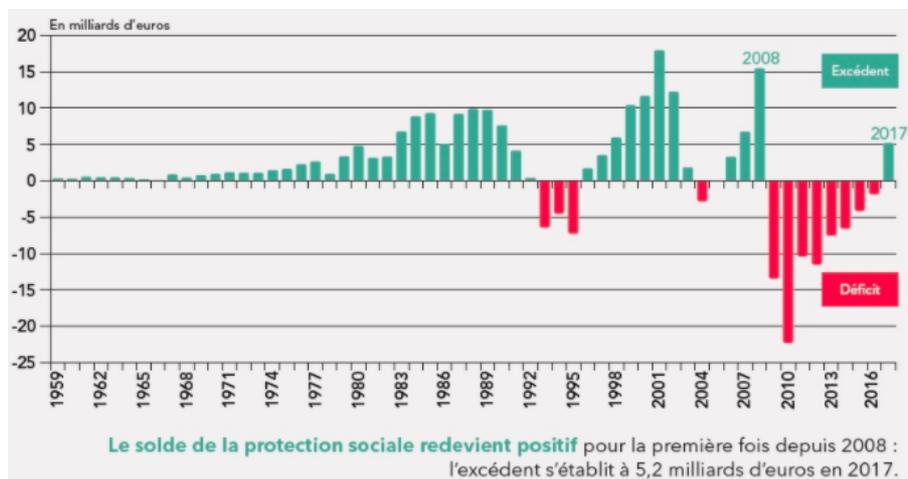


Figure 27 le solde de la protection sociale depuis 1959 en France

II. La répartition des financements

1) La sécurité sociale

a. Historique

(II39) L'État n'a pas joué un grand rôle dans la politique sociale avant le XX^e siècle.

Il faudra attendre la fin de la Première Guerre mondiale et le retour de l'Alsace-Lorraine sur le territoire français afin d'accélérer les réformes de politique sociale, précurseur de la sécurité sociale en France.

En effet, cette ***province bénéficiait déjà de la protection sociale allemande avec un modèle influencé par Bismarck avec un financement de la protection sociale via les cotisations.***

De ce fait la France a voulu étendre ce dispositif mis en place en Alsace Lorraine par les Allemands, mais plus de 10 ans ont été nécessaires pour mettre en place ces réformes.

Il faudra attendre le 30 avril 1930 pour qu'une loi voie le jour concernant les assurances sociales. Cette loi a pris en compte les critiques formulées par certains professionnels en 1928 afin de rassembler au maximum les intérêts divergents de l'ensemble de la population Française.

En effet, ***les agriculteurs ont obtenu avec cette loi un régime spécial*** leur permettant de contribuer plus faiblement aux cotisations sociales.

Les médecins échappent avec cette loi à une médecine dite « de caisse » c'est-à-dire que c'est la sécurité sociale qui paye directement les médecins.

De plus, ***les mutuelles qui sont ni plus ni moins les représentants de chaque groupe professionnel ont acquis avec cette réforme un pouvoir dans la gestion des premières caisses de sécurité sociale.***

Le but de cette loi de 1930 est de protéger les salariés de l'industrie et du commerce qui sont liés à un employeur par un contrat de travail et qui reçoivent un salaire inférieur au plafond d'affiliation.

Cinq risques étaient couverts à savoir : la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et le décès.

L'organisme qui percevait ses cotisations, recevait à égalité celles de l'employeur et de l'employé à répartition égale s'élevant à 8 % du salaire versé par l'employeur à l'employé.

En parallèle de ce régime général certaines catégories de salariés sont restées privilégiées ; c'est le cas des mineurs, des marins, des fonctionnaires et des cheminots qui bénéficiaient de certains avantages et de certains privilèges.

Cette loi marque le lancement vers le système de sécurité sociale.

En effet, la naissance de la sécurité sociale date de 1945. À la sortie de la guerre les clandestins du conseil national de la résistance avaient élaboré dans leur programme un plan complet de sécurité sociale.

C'est dans cette continuité que ***le général De Gaulle nomma le 9 septembre 1944 Alexandre Parodi comme ministre du travail et de la sécurité sociale.***

Le fondateur de la sécurité sociale qui fut également directeur général de ce même service est Pierre Laroque comme il affirmé en mars 1945 :

« C'est une révolution que nous voulons faire » ... « Vaste organisation nationale d'entraide obligatoire » ... « Redistribution du revenu national ».

Ses propos confirment bien cette volonté d'une assistance sociale pour tous permettant à chacun de disposer du système de santé mais également des retraites dans notre pays.

C'est l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui a créé la sécurité sociale :

« Il est institué une organisation de la sécurité sociale destiné à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature, susceptible de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent »

Elle est complétée par une ordonnance du 19 octobre 1945 sur les assurances sociales qui détermine les prestations offertes à cette époque. Le risque chômage n'est pas envisagé car nous sommes dans une période de reconstruction de la France avec un besoin croissant de mains-d'œuvre.

Dans cette continuité sont votées les lois du 22 août 1946 sur les prestations familiales et du 30 octobre 1946 sur les accidents du travail.

Il y aura également ***une troisième ordonnance conférant aux mutuelles un rôle de complémentaire à celui de la sécurité sociale.***

À la suite de ces réformes des conflits vont naître :

- En premier lieu ***les syndicats ouvriers revendiquent leur mécontentement car ils contrôlaient les mutuelles et voulaient par conséquent détenir encore le pouvoir sur la protection sociale.***
- ***Le deuxième conflit majeur sont les avantages acquis des régimes spéciaux de certaines professions tels que les mineurs, les marins, les cheminots de la SNCF ainsi que les fonctionnaires car l'ordonnance du 4 octobre 1945 avait posé le principe d'unité administrative.***

Elle avait mis en place les bases d'un régime général excluant par conséquent les régimes spéciaux. Toutefois, ce principe n'a jamais été concrétisé et les régimes spéciaux ont persisté, peut-être plus pour longtemps avec la volonté de Emmanuel Macron de les supprimer : suite au prochain épisode.

En effet ces régimes spéciaux ont été édictés pour prendre en compte les spécificités des métiers dont la pénibilité. Cependant, aujourd'hui ces spécificités disparaissent et les régimes spéciaux ont de moins en moins lieu d'être.

Mais cette réforme de la sécurité sociale n'a pas tout de suite bénéficié aux travailleurs indépendants et aux professions libérales qui n'ont pu accéder à cette couverture du risque maladie qu'en 1966.

Il faudra attendre l'année 2000 pour la mise en place d'une couverture maladie universelle plus connue sous le nom de CMU permettant aux personnes avec des faibles revenus de bénéficier d'une couverture complémentaire faisant partie des bases de la couverture maladie universelle prônée par le modèle de Beveridge.

Nous allons maintenant nous intéresser au rôle que joue l'État dans la sécurité sociale de notre pays. Ce rôle est associé principalement à deux ordonnances :

- **La première date de 1967, on parle des ordonnances Jeanneney**

La première permet au patronat de retrouver une parité dans les représentants des caisses de la sécurité sociale. En effet, en 1945 le patronat représentait qu'un tiers des représentants et les salariés représentaient les deux autres tiers alors que le patronat était le principal financeur de la sécurité sociale. C'est donc à juste titre que ***cette parité a été rétablie permettant désormais une gestion paritaire des caisses de l'assurance-maladie entre les salariés et les employeurs.***

- **La deuxième date de 1996, dénommée « l'ordonnance Juppé »**

Cette ordonnance a permis au système de protection sociale de passer à un modèle plus béveridgien se traduisant par une ***intervention plus importante de l'État dans la sécurité sociale avec l'élaboration chaque année d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) par le gouvernement qui voté chaque année par le Parlement.***

Le gouvernement tient bien évidemment compte des recommandations du Conseil de la santé publique ainsi que des conclusions de la conférence nationale de santé.

Ces dépenses énoncées dans la LFSS chaque année correspondent à l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie l'ONDAM.

Le parlement dispose de 50 jours pour prendre une décision concernant la LFSS ce qui lui confère certaines initiatives afin de proposer des révisions.

Enfin, cette ordonnance Juppé de 1996 ***confère aux caisses de la sécurité sociale des conventions pluriannuelles permettant de définir les objectifs et la gestion entre l'État et les établissements publics nationaux du régime général.***

Ses caisses au niveau national ont un statut public alors qu'à l'échelon territorial elles ont un statut privé mais sont chargés d'un service public.

b. Son organisation

La sécurité sociale se compose de différents régimes qui regroupent les assurés en fonction de leurs activités professionnelles :

- Le principal régime de la sécurité sociale est son **régime général** qui ***couvre près de 86 % de la population française*** comprenant la majorité des salariés mais également les étudiants et les bénéficiaires de certaines prestations ainsi que les simples résidents.
- Il y avait également le **régime des indépendants** mais qui a été ***intégré depuis le 1er janvier 2018 au régime général*** et n'est plus géré par le régime social des indépendants : le RSI. Mais sa mise en œuvre a été progressive jusqu'en 2020.

- Il est ensuite **le régime agricole** au sein de la mutualité sociale agricole connu sous le nom de la **MSA couvrant 6 % de la population française** et prend en charge tous les exploitants et les salariés agricoles.
- Enfin il y a **les régimes spéciaux** qui sont au nombre de 130 et qui ne veulent pas s'intégrer au régime général car ils bénéficient de trop d'avantages.

Il faut également porter attention au fait que seulement 11 d'entre eux recensent plus de 20 000 cotisants. Parmi eux il y a la fonction publique, les collectivités territoriales, EDF, la SNCF, la RATP ainsi que les mines.

La question de fond à se poser est de savoir si ces privilèges ont toujours raison d'être compte-tenu du vieillissement de notre population, de l'amélioration des conditions de travail ainsi que des difficultés dans les années futures à maintenir l'équilibre budgétaire de la protection sociale car ces régimes spéciaux coûtent cher.

Cette volonté de mettre fin aux régimes spéciaux a été instituée avec le chantier de réforme mis en place par le gouvernement afin d'affilier l'ensemble de la population au régime Général doit être conciliée avec une certaine équité et un maintien de la paix sociale mais cela n'est pas encore fait car ce projet suscite de nombreuses revendications de la part des personnes bénéficiant encore de nombreux avantages.

Nous allons nous intéresser au régime général en expliquant sa structure par la figure 28.

Ce régime général est composé de quatre branches autonomes :

- **La première branche est celle consacrée à la santé** : comprenant *la maladie, l'invalidité, les décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles et enfin la maternité.*
- La deuxième branche est focalisée sur **la famille**
- La troisième est portée sur **la vieillesse** et donc les retraites
- Et la dernière se consacre au **recouvrement.**

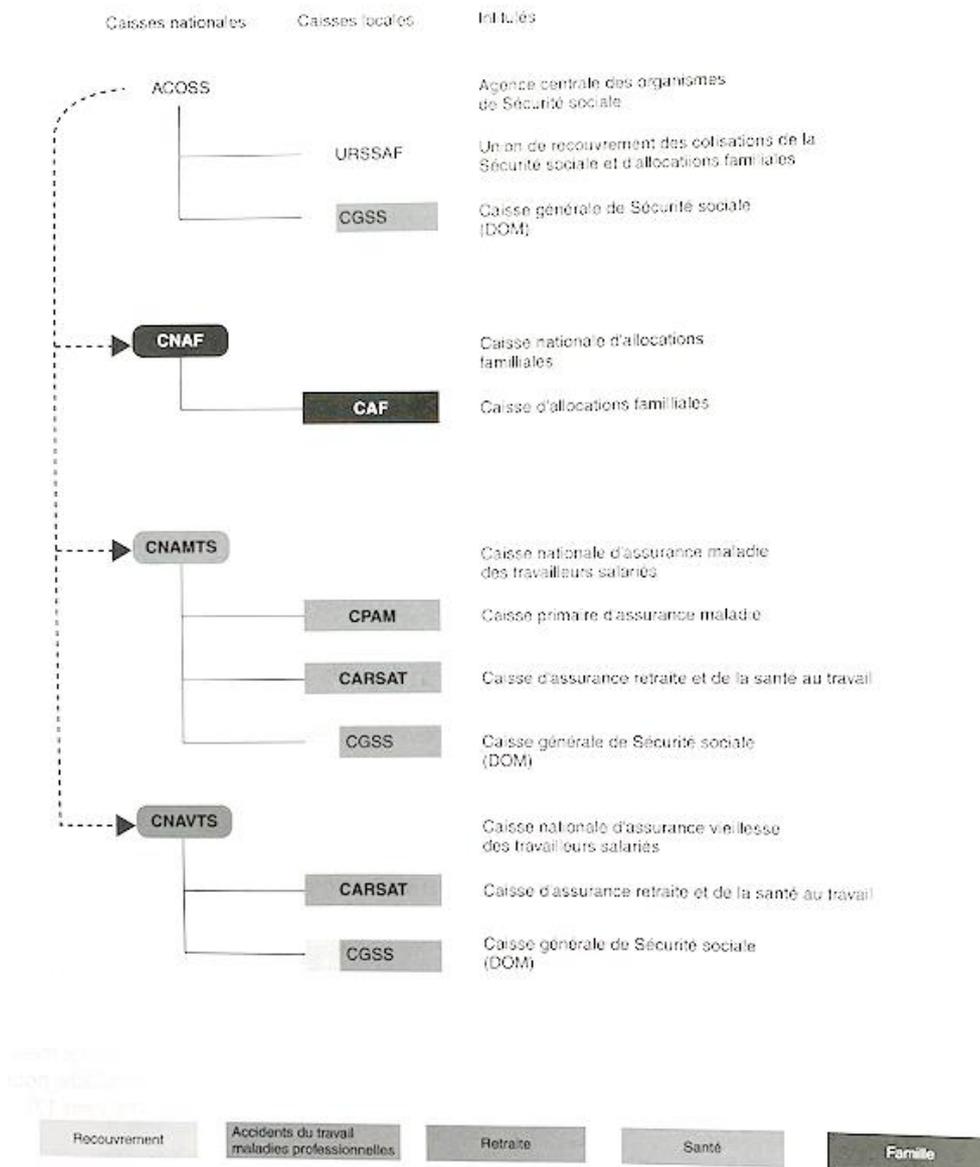


Figure 28 Organisation du régime générale de la Sécurité sociale.

Chaque branche possède une caisse nationale :

- Pour la première branche citée (**la santé**) c'est la **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)** qui est divisée en plusieurs caisses locales telles que la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie (la CPAM)** ou encore **la Caisse d'Assurance Retraite de la Santé Au Travail (CARSAT)** et enfin la Caisse Générale de Sécurité Sociale (la CGSS) qui est une caisse locale présente dans chaque caisse nationale sauf celle de la branche famille.
- **La branche famille** dispose d'une caisse nationale **appelée la CNAF Caisse Nationale des Allocations Familiales** qui dispose d'une caisse locale appelée **la CAF caisse d'allocations familiales**.

- La troisième branche (**Vieillesse**) possède comme caisse la **CNAVTS qui est la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés** comprenant deux caisses locales qui sont comme nous l'avons dit précédemment des caisses privées mais avec une gérance étatique ; il y a la **CARSAT qui est la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail ainsi que la CGSS**.
- Il y a enfin la caisse nationale pour le recouvrement qui s'appelle **l'ACOSS qui est l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité sociale** comprenant comme caisse locale **l'URSSAF qui est la caisse d'Union de Recouvrement des Cotisations de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales**.

L'ACOSS assure la redistribution des recettes destinées au financement des autres branches du régime général de la sécurité sociale.

Nous allons par la suite nous focaliser sur le régime général et plus particulièrement la branche maladie de la sécurité sociale.

Avant cela nous allons nous intéresser aux lois annuelles de financement de la sécurité sociale nous présenterons celle de 2019 et celle de 2020 pour comprendre les mouvances actuelles des financements généraux de la sécurité sociale avant et pendant la pandémie.

c. Les différentes lois annuelles de financement de la sécurité sociale

Le financement de la sécurité sociale est établi tous les ans depuis l'ordonnance Juppé de 1996 par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) proposée par le gouvernement et votée par le parlement.

Nous n'allons pas énoncer toutes les lois de financement de la sécurité sociale depuis 1996 mais nous allons nous concentrer **sur celle de 2020 qui a été préparée et votée avant la survenue de la crise sanitaire mondiale et celle de 2021 qui a pris en compte bien évidemment cette pandémie**. Je trouve ce comparatif intéressant car cela nous permettra de comprendre les nouvelles orientations qui seront prises dans les années futures pour pallier le financement de cette pandémie.

(II40) Le 29 octobre 2019 le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a été adopté par l'Assemblée nationale. Ce projet de loi a pour but de moderniser notre système de santé et de le préparer au futur, nous annoncerons ses quatre axes principaux.

- **Le premier axe a pour vocation de valoriser le travail**

Que ce soit pour les employés avec **la reconduction de la « prime Macron »** qui est totalement exonérée d'impôts et de cotisations, que ce soit pour le salarié ou l'employeur dans la limite de 1000 € par salarié.

Il y a également une volonté de **prévenir la désinsertion professionnelle** en assouplissant l'accès au « travail léger » et au temps partiel.

Il y a également une volonté de **moderniser le régime de l'invalidité en encourageant les personnes invalides à travailler** en permettant le cumul de la pension d'invalidité avec les revenus professionnels.

Il y a également une volonté de donner un coup de pouce aux employeurs grâce notamment à **l'unification du recouvrement des cotisations** qui est aujourd'hui complètement divisé autour des URSSAF pour faciliter la vie des entreprises.

Enfin est également prévue la mise en place du tout-en-un pour les particuliers/employeurs du service à la personne, **ils bénéficieront également du prélèvement à la source en janvier 2020 et à terme du crédit d'impôt et des aides aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap au versement de la rémunération de leurs salariés.**

- **Le deuxième axe porté par cette loi est de renforcer la justice sociale.**

Tout d'abord en soutenant les familles monoparentales avec la création d'un service public de versement des pensions alimentaires. Ensuite, en améliorant l'offre d'accueil des jeunes enfants avec une **augmentation de 30 000 places en crèche de 2018 à 2022** qui est en adéquation avec l'aide mise en place pour l'installation des assistantes maternelles dans le cadre de la convention signée entre l'État et la CNAF.

Il y a également la création **d'un service unique d'information aux familles à fin de leur permettre de connaître en temps réel les places disponibles en crèche ainsi que les places d'assistante maternelle existantes.**

- **Le troisième axe a une volonté de renforcer l'accès aux soins dans notre territoire et de moderniser notre système des urgences.**

Il y a une refonte de la répartition des budgets qui sont alloués aux services d'urgence en fonction de la population, des territoires ainsi que de l'offre de soins en fonction de chaque région.

Le but est de mettre en place un **financement binaire combinant la médecine de ville et l'hôpital** afin de mieux prendre en compte les objectifs globaux du système de santé pour pérenniser le parcours de soins du patient en brisant la glace entre le service public et les instances privées de la santé.

Un des buts également est de **diminuer les déserts médicaux en simplifiant l'aide à l'installation des jeunes médecins** dans les zones en sous-effectif de professionnels de santé mais également par le **soutien aux hôpitaux de proximité par le financement de nouvelles missions.**

À travers cet axe il y a également la volonté de moderniser notre système en instaurant de **nouveaux modes de prise en charge pour les dispositifs médicaux voulant permettre une diminution du reste à charge pour les personnes.**

Il y a également une **expérimentation dans un cadre strictement réglementé pour une durée de deux ans de la prescription de cannabis médical** pour les patients atteints de pathologies lourdes. Cette étude comprend environ 3000 patients mais nous en parlerons dans notre dernière partie.

- Le quatrième axe veut prévenir, soutenir et accompagner la perte d'autonomie.

Avec notamment l'ouverture dès 2020 d'un congé indemnisé pour les proches aidants, et qui sera versé par la CAF pour trois mois maximum.

Cette loi veut également ***investir dans les structures d'accueil des EHPAD qui bénéficieront d'une enveloppe de 450 millions d'euros supplémentaires.***

Il y a également la mise en place d'investissements pour former les professionnels en qualité des services d'aide à domicile avec également le versement de la prime d'assistante des soins en gériatrie qui sera généralisée aux aides-soignants des EHPAD ayant suivi la formation.

Nous voyons déjà qu'avant la crise sanitaire la loi de financement de la sécurité sociale de 2020 est portée sur la volonté de redynamiser le système de santé afin que le patient bénéficie des soins appropriés quel que soit son niveau social et son lieu d'habitation notamment par un renforcement de la coopération entre le secteur public et privé et qui est à mon sens primordial pour améliorer notre système.

(II41) Nous allons à présent nous intéresser aux mesures phares du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 dont la présentation a été faite le 20 septembre 2020.

Le contexte actuel a fait exploser la dette de la sécurité sociale de près de 45 milliards d'euros mais cela n'empêchera pas le financement de grosses dépenses notamment celle promise lors du Ségur de la santé que nous avons détaillé plus haut, et cette dette prend également en compte la création de la cinquième branche de la sécurité sociale ainsi que la hausse de l'ONDAM.

Lors de la présentation de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 le gouvernement a affirmé un **déficit** moins important que prévu. En effet, il était prévu à 52,2 milliards d'euros, il sera finalement **de 44,4 milliards, avec 30 milliards d'euros consacrés à la branche maladie.**

Même si ce déficit est moins important que prévu il y a une explosion par rapport à l'année 2019 qui était de 5,4 milliards d'euros.

Pour 2021 le déficit dépendra bien évidemment de l'évolution de la pandémie mondiale et de la reprise économique mais le déficit est établi aux alentours de 27 milliards d'euros et pourrait encore dépasser les 20 milliards à l'horizon 2024.

La particularité du projet de loi de la sécurité sociale de 2021 est la rectification de l'objectif national des dépenses de l'assurance-maladie (l'ONDAM) qui a accumulé 12,5 milliards de dépenses supplémentaires en 2020. ***En effet, l'ONDAM a été porté à 215,7 milliards d'euros contre 205,6 milliards de prévu dans la LFSS de 2020.*** Ces dépenses supplémentaires sont référencées à travers la **figure 29**.

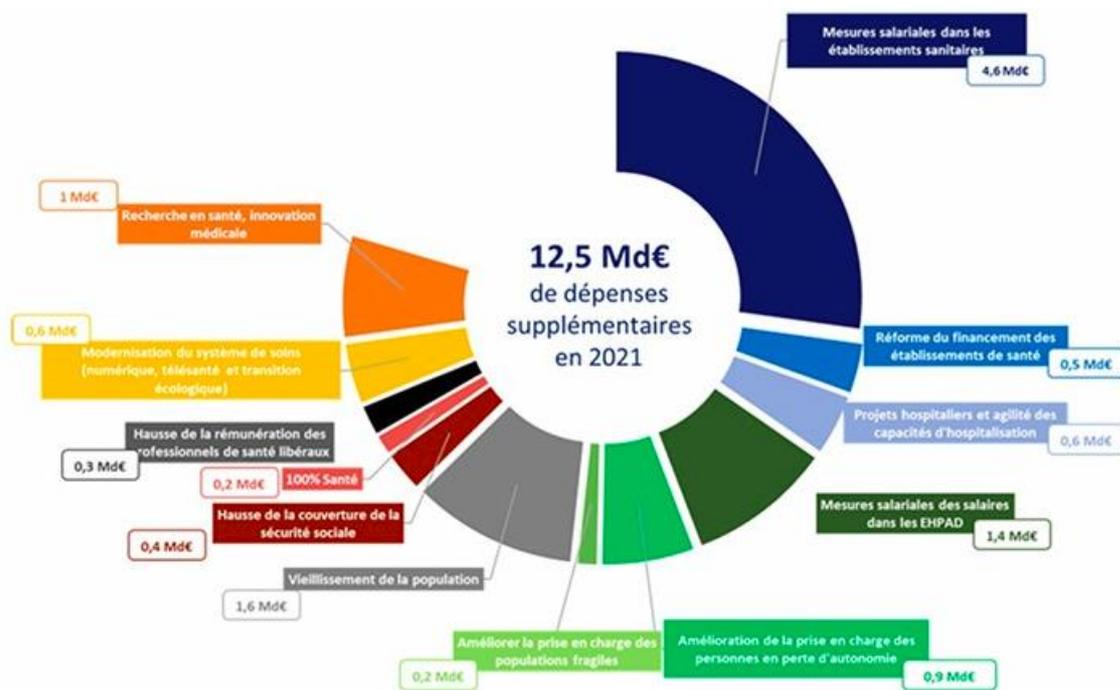


Figure 29 Dépenses supplémentaires de la sécurité sociale pour 2021.

Malgré le déficit conséquent et les dépenses liées à la lutte contre le coronavirus avec **une provision de 4,3 milliards d'euros pour financer les masques, les tests et vaccins**, le gouvernement s'est engagé à faire face à plusieurs fronts notamment **le plan d'investissement massif prévu dans le cadre du Ségur de la santé, le développement de la télémédecine ainsi que le déploiement des maisons de naissance.**

Pour faire face à toutes ces dépenses **le gouvernement compte réaliser 4 milliards d'euros d'économies** qui sont résumées dans la **figure 30** qui présente les économies qui devront être faites durant l'année 2021.

Structuration de l'offre de soins	805
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc)	265
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	540
Actions sur les tarifs des médicaments	640
Actions sur les tarifs des dispositifs médicaux	150
Pertinence et qualité des actes et des prescriptions	975
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	140
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)	40
Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)	570
Promotion des génériques et biosimilaires	110
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	115
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	310
Transports	125
Indemnités journalières	185
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	80
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	35
Effet de la hausse tendancielle des volumes sur les outils existants (dont remises sur les produits de santé)	500
Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires dans le cadre de la crise sanitaire	500
TOTAL ONDAM	3995

Figure 30 Mesures de régulation prévues pour 2021 en Millions d'euros.

En effet, le gouvernement à travers cette loi de financement et dans la continuité du Ségur de la santé, met en place une **revalorisation salariale historique pour l'hôpital et pour les EHPADs en plus d'une reprise partielle de la dette hospitalière de 13 milliards d'euros** et du **plan massif d'investissement dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux avec une enveloppe de 19 milliards d'euros**.

Il y a également la poursuite de la **prise en charge intégrale des téléconsultations pour une durée de deux ans**, pour permettre aux médecins de s'équiper des outils permettant la facturation et le paiement à distance des téléconsultations afin de répondre à la demande croissante.

Il y a également la **création de 12 nouvelles maisons de naissance grâce à l'expérimentation concluante de ces établissements**. En effet, ces établissements encadrent sous la responsabilité d'une sage femme l'accouchement des femmes sans antécédents ni morbidité permettant donc qu'elles exercent leur métier sans l'intervention du médecin pédiatre quand elles ont les compétences pour y parvenir sans leur aide. C'est vers cette sémantique que le système de santé doit se tourner à mon avis ; c'est-à-dire laisser plus de responsabilité à chaque profession ce qui permettra de dégager du temps pour les médecins notamment afin de prendre en charge leurs patients.

Il y a aussi **l'allongement du congé paternité qui fait partie intégrante du budget de la sécurité sociale pour 2021 et passera de 14 à 28 jours** avec une semaine obligatoire après la naissance de l'enfant à partir du 1er juillet 2021. Cette mesure est estimée à **520 millions d'euros par an**.

Il y a également à travers ce projet de loi la **mise en place de la cinquième branche de l'assurance-maladie dédiée à l'autonomie** en s'ajoutant aux branches santé, retraite, famille et accidents du travail. Elle sera **financée à hauteur de 28 milliards d'euros en 2021** et son **financement reposera sur la CSG** ce qui permettra entre autres de renforcer la qualité d'accompagnement et d'avoir une meilleure équité territoriale pour les personnes en perte d'autonomie.

Il y a également la mise en place d'une **participation forfaitaire pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation**. Cette proposition est très intéressante car trop de gens vont aux urgences sans raison mais il faudra également trouver des solutions car certains s'y rendent parce qu'il ne trouve pas de place chez certains spécialistes.

Cette loi veut également **favoriser l'accès aux médicaments innovants** afin de favoriser les autorisations temporaires d'utilisation (ATU). L'objectif étant de simplifier les règles d'accès et de prise en charge des médicaments innovants pour les personnes qui en ont besoin.

Enfin, il y aura une **surtaxe Covid pour les complémentaires santé qui ont connu moins de dépenses au cours de ces derniers mois** grâce notamment à une diminution de la consommation de soins et à une prise en charge à 100% décidée par le gouvernement. Ils devront donc s'acquitter d'une taxe Covid de 1,5 milliards d'euros : 1 milliard d'euros sera versé en 2020 et 50 millions d'euros en 2021.

Il n'y aura **pas de nouvelle convention médicale avant 2023**. En effet, le moment est considéré comme mal choisi parce qu'elle débutera juste après les négociations ouvertes du Ségur de la santé et juste avant les élections aux URPS. Les pouvoirs publics ont souhaité donc les repousser. Le PLFSS de 2021 prolonge donc d'un an et demi l'échéance de la convention médicale.

2) L'assurance maladie du régime générale de la Sécurité Sociale

a. Les différentes missions et prestations

Avant de rentrer dans les détails des différentes missions de l'assurance-maladie et de son utilité pour les assurés en France, ***nous allons expliquer les modalités d'acquisition de la protection universelle maladie (PUM) qui couvre les frais de santé de toute personne qui travaille ou réside dans notre pays de manière stable et régulière.***

Les conditions d'ouverture ont été simplifiées :

- ***Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale de travail, seule l'affiliation à une activité professionnelle est prise en compte.***
- ***Elle couvre également les travailleurs indépendants tels que les artisans, commerçants, auto-entrepreneurs et professions libérales.***

Pour les personnes sans activité professionnelle la protection universelle maladie a remplacé la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'assurance-maladie des personnes résidant en France de manière stable et qui ne bénéficiaient d'aucune couverture maladie obligatoire.

Au sein de la protection sociale nous allons nous intéresser à la branche santé et plus particulièrement à la sous branche maladie du régime général de la sécurité sociale.

L'assurance-maladie comme son nom l'indique est la branche spécifique de la santé et gère exclusivement la part maladie qui est la partie principale de cette branche.

La caisse nationale d'assurance maladie : la CNAM gère différents risques.

Elle comprend la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès mais également les accidents du travail et les maladies professionnelles. Son but premier est de prendre en charge les soins dispensés aux assurés dans le but d'améliorer la santé de la population tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Pour ce faire l'assurance-maladie dispose de plusieurs leviers d'intervention :

- En effet, c'est l'assurance-maladie en concertation avec les autres régimes nationaux tels que la MSA et la sécurité sociale des indépendants qui ***permet de définir le périmètre des actes remboursables en s'appuyant bien évidemment sur les recommandations médicales et les avis rendus par la HAS.***
- De plus, l'assurance-maladie ***permet de moduler le niveau de prise en charge des services, des actes ou biens médicaux ainsi que les outils de tarification à travers la classification commune des actes médicaux (CCAM) et la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé.***

L'union nationale des caisses d'assurance-maladie l'UNCAM, qui regroupe les trois principaux régimes d'assurance-maladie, a pour mission de conduire la politique conventionnelle, de fixer les taux de prise en charge des soins ainsi que de définir le champ des prestations admises au remboursement.

L'assurance-maladie par les négociations conventionnelles dispose d'un levier d'action pour faire évoluer l'organisation des soins et les pratiques professionnelles.

De plus, l'assurance-maladie en concertation avec les ARS **incite en permanence à une meilleure complémentarité entre les soins de ville et les soins en établissement public** pour permettre une synergie entre les différents acteurs de soins.

L'assurance-maladie a également un **rôle majeur à jouer dans la prévention et l'information aux patients** ainsi que dans **l'accompagnement des patients atteints de pathologies lourdes notamment par l'éducation thérapeutique**. Elle a également un **rôle majeur à jouer dans l'information aux professionnels** de santé par la diffusion des recommandations de la HAS.

Enfin, l'assurance-maladie a **pour mission la gestion du risque**. La gestion du risque désigne l'ensemble des actions qui sont mises en œuvre afin d'améliorer l'efficacité du système de santé c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût. Elle participe à l'élaboration en collaboration avec l'ARS d'un programme pluriannuel régional de gestion du risque afin de compléter les programmes nationaux.

b. La répartition des différentes offres de l'Assurance Maladie

L'assurance-maladie permet la prise en charge des soins médicaux. Elle prend en charge la partie maladie de la branche santé par la mise en place des prestations en espèces et en nature. Il reste toutefois un reste à charge pour les patients sauf dans certains cas.

Les prestations en espèces :

Les prestations en espèces ont pour but de compenser les pertes de revenus à cause d'une cessation d'activité professionnelle soit liée à une maladie, une maternité ou à un accident. Ses prestations en espèces bénéficient exclusivement aux assurés sociaux. **Elles prennent la forme de pension, de capital ou d'indemnités journalières** mais pour en bénéficier l'assuré doit remplir certaines conditions dont une durée minimale de travail.

Pour les incapacités temporaires de travail qui sont dues soit à une maladie ou en cas de maternité ; les prestations en espèces sont sous **forme d'indemnités journalières qui sont versées à partir du quatrième jour de l'arrêt de travail**. Il y a un délai de carence à la charge de l'assuré. Cette indemnité **représente la moitié du salaire** et ne peut percevoir que 360 indemnités sur une durée de trois années consécutives.

L'appréciation de l'incapacité de travail relève du médecin ou d'une sage-femme ou d'un dentiste pour des conditions précises et l'assuré doit se soumettre à des contrôles obligatoires.

Pour la maternité la salariée bénéficie d'un congé légal minimal qui est **indemnisé de 16 semaines : six semaines avant l'accouchement et 10 semaines après**.

Pour les invalidités, les prestations en espèces sont versées *sous forme d'une pension* en cas d'altération définitive de la capacité de travail et empêchant l'assuré de travailler en raison d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle. **Cette pension d'invalidité est versée à la fin de la période maximale d'indemnités journalières, ou lors d'examens réalisés par un médecin.** Cette pension ne peut être versée au-delà de 62 ans.

Il existe trois catégories d'invalidité :

- **La première catégorie** permet une pension de *réversion à hauteur de 30 % du salaire* antérieur *pour les personnes encore capables d'exercer une activité rémunérée.*
- Et la **deuxième catégorie** permet une pension de *réversion à hauteur de 50 % du salaire* antérieur pour les *personnes incapables d'exercer leur profession.*
- **Enfin la troisième catégorie** ajoute à la deuxième une *pension de majoration pour tierce personne* pour celles ayant besoin de recourir à l'assistance d'une personne pour les actes ordinaires de la vie.

Enfin, pour les décès les prestations en espèces se matérialisent par *un capital versé à certains bénéficiaires dont le conjoint.*

Les prestations en nature :

L'assurance-maladie prend en charge les prestations de la santé à travers les prestations en nature qui *couvre les frais des médecins généraux et des spécialistes, des soins de prothèses dentaires, des soins pharmaceutiques ainsi que des appareillages, des analyses biologiques médicales ainsi que les examens de laboratoire, mais également l'hospitalisation et les traitements dans ces établissements, et prend également en charge les examens pré-nuptiaux et afférents aux vaccinations.*

Ces prestations en nature prennent également en compte les *examens de dépistage* qui sont mis en place dans le cadre du programme de santé publique ainsi que le transport des malades.

Ces prestations en nature *prennent la forme d'un remboursement partiel ou total des frais engagés par l'assuré ou ses ayants droit ou alors d'une prise en charge directe.*

Ces prestations en nature sont résumées à travers **la figure 31.**

La prise en charge intervient sur prescription d'un médecin ou désormais d'autres professionnels de santé prescripteurs. Les honoraires des médecins sont fixés par convention nationale avec les syndicats et les caisses d'assurance-maladie au cours de négociations.

Prestations		Taux de remboursement par l'assurance maladie
Consultations	Médecins dans le cadre du parcours de soins	70 %
	Médecins hors parcours de soins	30 %
Médicaments	Auxiliaires médicaux	60 %
	Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %
	Médicaments à service médical rendu majeur ou important	65 %
	Médicaments à service médical rendu modéré	30%
	Préparation médicamenteuse effectuée par le pharmacien quand le médicament n'est pas produit par l'industrie	30%
	Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	30%
Hospitalisation (secteur public ou privé)		80 %
Auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)		60 %
Analyses biologiques médicales		60 %
Transports sanitaires		65 %
Lunettes		60 % ¹
Prothèses dentaires		Variabilité ²
Prothèses auditives		60 % ³

1. Des variations de remboursement existent entre les moins de 18 ans et les plus de 18 ans (<https://www.ameli.fr/assurance/remboursements/rembourse/optique-audition/lunettes-lentilles>).

2. Depuis le 1^{er} avril 2019, les tarifs de certains actes prothétiques sont plafonnés, avec impossibilité de facturation supérieure aux montants maximum autorisés. Pour plus de renseignement <https://www.ameli.fr/assurance/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires/soins-protheses-dentaires>

3. <https://www.ameli.fr/assurance/remboursements/rembourse/optique-audition/protheses-auditives>

Figure 31 Taux de remboursement des prestations en nature prises en charge par l'assurance maladie.

À travers la **figure 32** qui fait un bon résumé de la prise en charge de l'assurance maladie soit par les prestations en espèces, soit par les prestations en nature pour la branche santé de la protection sociale qui comprend les risques maladie, maternité, invalidité et décès.

Les prestations en nature prises en charge par l'assurance maladie peuvent être avancées par le patient sauf lorsque le tiers payant peut s'exercer. Ce dispositif de tiers payant permet de dispenser l'assuré de l'avance des frais qui sont pris en charge par l'assurance maladie. Il ne paye par conséquent que le ticket modérateur et l'assurance-maladie verse directement les sommes qui leurs sont dus aux professionnels de santé concernés. **Ce dispositif de tiers payant s'applique aussi pour les accidents du travail ou pour les maladies professionnelles ainsi que pour les personnes bénéficiant de la CMU complémentaire et également aux bénéficiaires de l'AME.**

Risques	Prestations
Risque maladie	<ol style="list-style-type: none"> Prestations en espèces (assuré social) Indemnités journalières versées à compter du 4^e jour de l'arrêt de travail Prestations en nature (assuré social et ayants droit) Prise en charge des frais engagés avec application d'un ticket modérateur : <ul style="list-style-type: none"> variable selon les prestations majoré pour les soins en dehors du parcours de soins coordonné (médecin traitant) exonération pour les affections de longue durée (ALD) <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> participation forfaitaire de 1 euro ; à la charge du patient pour chaque consultation, analyse biologique ou acte de radiologie (plafond de 50 euros par an) franchise médicale à la charge du patient pour les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires forfait journalier à la charge du patient en cas d'hospitalisation dispositif de tiers payant (dispense de l'avance des frais)
Risque maternité	<ol style="list-style-type: none"> Prestations en espèces (assuré social) Indemnités journalières pendant la durée légale du congé maternité (6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après) Prestations en nature <ul style="list-style-type: none"> Prise en charge à 100 % des examens prénataux Prise en charge à 100 % à partir du 6^e mois et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement des examens médicaux, échographies, séances de préparation à la naissance, frais en rapport avec l'accouchement, examen postnatal, séances de rééducation périnéale (sauf le forfait journalier hospitalier)
Risque invalidité Conditions — âge inférieur à 62 ans selon le calendrier de l'augmentation progressive de l'âge à la retraite — capacité de travail ou de revenu réduite d'au moins deux tiers	<ol style="list-style-type: none"> Prestations en espèces (assuré social) Pension d'invalidité calculée en fonction du revenu, de la capacité résiduelle de travail et du besoin éventuel d'une tierce personne Prestations en nature Exonération du ticket modérateur
Risque décès	Capital décès versé aux ayants droit sous certaines conditions et si la personne décède alors qu'elle est en activité

Figure 32 Prestations de l'assurance maladie

Toutefois malgré une très bonne prise en charge des prestations de la santé par l'assurance-maladie le patient a un reste à charge qui se présente de plusieurs manières.

Tout d'abord il y a le ticket modérateur qui est la *part des frais engagés pour les soins qui reste à la charge de l'assuré social une fois le remboursement effectué par l'assurance maladie* et qui a pour but de réguler la consommation de soins et de responsabiliser le patient. Toutefois ce ticket modérateur peut être pris en charge totalement ou partiellement par une assurance privée ou une mutuelle complémentaire.

Pendant pour certains cas que nous allons lister ci-dessous *l'assuré peut avoir une exonération du ticket modérateur :*

→ *En premier lieu cette exonération peut être liée à la nature de l'affection.*

- En cas de *protocole d'ALD qui est défini par une liste de 30 affections* de longue durée présentée à travers la **figure 33**.

Mais également en cas de *forme grave ou invalidante pour une infection hors liste ALD mais dont la prise en charge est la même et constitue la 31^{ème} maladie*.

Ou encore en cas de *protocole poly-pathologique invalidant qui nécessite des soins en continu pour une durée supérieure à six mois et constitue la 32^{ème} maladie* de la prise en charge des ALD.

- L'exonération du ticket modérateur liée à la nature de l'affection prend également en compte *les campagnes nationales de prévention ainsi que le diagnostic ou les traitements à l'encontre de la stérilité*.

Les patients pris en charge pour une affection longue durée doivent être accompagnés par leurs médecins traitants mais également par des spécialistes. *Ils établissent le protocole de soins où sont portés les éléments de diagnostic ainsi que les traitements ou examens nécessaires pour la prise en charge de cette pathologie*. Ce protocole doit être conforme aux recommandations de la HAS. Pour bénéficier de cette exonération *les médecins doivent porter la mention ALD sur une ordonnance simple ou alors prescrire sur une ordonnance bizonne* permettant de distinguer l'affection exonérée des autres qui ne sont pas prises en charge intégralement par l'assurance maladie. *Cet avantage d'exonération oblige en contrepartie le patient à présenter son volet personnel de protocole de soins à tous les professionnels le demandant sauf en cas d'urgence*.

Encadré 13.1	
Liste des 30 affections de longue durée	
<ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral invalidant • Insuffisance médullaire et autres cytopénies chroniques • Artériopathie chronique et évolutive avec manifestations ischémiques • Bilharziose compliquée • Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves • Maladies chroniques actives du foie et cirrhose • Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine • Diabète de type 1 et de type 2 • Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave • Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères • Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves • Hypertension artérielle sévère* • Maladie coronaire • Insuffisance respiratoire chronique grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Parkinson • Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé • Mucoviscidose • Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif • Paraplégie • Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive • Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave • Affections psychiatriques de longue durée • Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives • Sclérose en plaques • Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25°) jusqu'à maturation rachidienne • Spondylarthrite ankylosante grave • Suites de transplantation d'organe • Tuberculose active, lèpre • Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
* L'hypertension artérielle sévère a été supprimée de la liste des	

Figure 33 Liste des 30 affections de longue durée

→ Dans un deuxième temps l'exonération du ticket modérateur peut-être due pour tout type de soins en faveur des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou titulaire d'une pension militaire ou encore bénéficiaire de la CMU complémentaire que nous étudierons par la suite. Ce ticket modérateur n'est pas à la charge du patient pour les mineurs victimes de sévices sexuels ou pour les 30 premiers jours de vie d'un nouveau-né ainsi que pour les traitements des enfants et des adolescents handicapés.

→ Enfin l'exonération du ticket modérateur peut être **effective pour certains risques tels que la maternité du sixième mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, mais également pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.**

Malgré ces exceptions il reste au patient un reste à charge qui est symbolisé par le ticket modérateur mais pas seulement.

En effet, le **forfait journalier** reste à la charge du patient en cas d'hospitalisation pour permettre les frais d'entretien et d'hébergement qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Il y a également la **participation forfaitaire d'un euro pour chaque consultation**, analyses biologiques ou actes de radiologie et ne doit pas dépasser un plafond de 50 € par an.

Toutefois les mineurs, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ainsi que les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse sont exonérés de cette participation forfaitaire qui ne peut pas être pris en charge par un organisme complémentaire d'assurance maladie.

Il y a également la **franchise médicale** qui est un reste à charge du patient qui correspond à **0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par actes paramédicaux et deux euros par transport sanitaire**. Comme pour la participation forfaitaire la franchise est plafonnée à 50 € et est exonéré pour les mêmes personnes exonérées de la participation forfaitaire.

Enfin **dans le cadre du parcours de soins coordonnés le patient peut avoir une majoration du ticket modérateur de 70 % au lieu de 30% s'il ne veut pas se conformer à ce parcours de soins coordonnés** en se rendant directement chez des spécialistes sans consultation d'un médecin traitant.

En effet, ce parcours de soins coordonnés vise à améliorer l'accès aux soins ainsi que leurs qualités en utilisant au mieux les ressources. ***Le patient doit avoir un médecin traitant qu'il choisit et qui peut être soit un médecin généraliste soit un spécialiste mais également un médecin hospitalier.***

Le but du médecin traitant est d'assurer les soins de premier recours et d'orienter par la suite son patient vers un professionnel compétent. Il doit également mettre à jour un dossier de suivi en coordonnant le dossier médical personnel et doit assurer les soins préventifs ainsi que l'éducation thérapeutique.

Ce rôle attribué au médecin traitant est-il encore compatible avec la pénurie de médecins traitants que nous connaissons aujourd'hui ?

D'autres professionnels de santé devraient pouvoir intervenir dans l'aiguillage chez des spécialistes tels que les pharmaciens mais également les infirmiers, les kinésithérapeutes... . Ces médecins spécialistes qui doivent être recommandés par le médecin traitant ont pour mission d'assurer les soins relatifs à leurs compétences en garantissant un délai d'accès raisonnable.

Ils doivent également assurer un retour d'information vers le médecin traitant notamment par le ***dossier médical partagé***. Mais ce retour d'information ne devrait pas être exclusif au médecin traitant et devrait s'élargir aux autres professionnels de santé afin de pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité et éviter la survenue d'effets indésirables ou d'une mauvaise prise en charge due à un oubli par non-connaissance du dossier médical du patient.

L'apport maladie dans la prise en charge de la protection sociale est une part très importante qui coûte cher à notre système. Le fait de généraliser le tiers payant ou d'exonérer la participation forfaitaire ou la franchise médicale pour une certaine partie de la population n'est plus proportionnée car les gens pensent que la santé est gratuite alors que ce n'est pas le cas, le fait d'avancer les frais permet aux patients de prendre conscience des coûts de la santé surtout dans ce contexte de vieillissement croissant de la population et de déficit important de notre système de protection sociale notamment à cause de la pandémie.

3) Répartition des dépenses et de la consommation des dépenses courantes de santé de notre pays en comparaison avec les autres pays du monde.

Afin d'évaluer la consommation médicale dans notre pays ainsi que son financement pour la fonction santé, qui se définit par l'ensemble des actions qui concourent au traitement ou à la prévention d'une perturbation de l'état de santé, ils sont répartis en ce que l'on appelle les agrégats des comptes de santé.

Ces agrégats expriment les montants de l'ensemble des postes de la consommation médicale. Ils sont divisés en plusieurs sous-groupes : il y a la dépense courante de santé DCS, la consommation des soins et des biens médicaux, ainsi que la dépense courante de santé internationale DCSi.

La dépense courante de santé englobe de nombreux agrégats. *La DCS est la somme de toutes les dépenses qui sont engagées par les finances publiques mais également privées pour la santé et comprend la sécurité sociale, les collectivités locales, l'État mais également les ménages ainsi que les organismes complémentaires. Cette dépense en 2016 s'est levée à 266,6 milliards d'euros équivalant à 12 % du PIB français pour cette année-là.*

La dépense courante de santé comprend :

- la consommation de soins et de biens médicaux CSBM qui représente les trois quarts des dépenses courantes de santé.

En effet, en 2016 la consommation des soins et des biens médicaux a été évaluée à une **dépense de 198,5 milliards d'euros représentant près de 3000 € par habitant**. Toutefois, cette progression est en recul car depuis 2008 elle est comprise entre 1,5 et 3,3 % alors que qu'elle se situait aux alentours de 4 à 6 % durant la période 2002 à 2007.

Il y a eu toutefois quelques pics d'augmentation en 2011 en 2014 mais dus à des événements bien précis tels que la revalorisation des consultations de médecine générale en 2010 et le remboursement de nouveaux traitements coûteux contre le virus de l'hépatite C en 2014.

En effet, la CSBM **correspond à la valeur des biens et des services médicaux qui sont consommés sur notre territoire y compris les DOM-TOM par les résidents et les non-résidents afin de satisfaire leurs besoins de santé individuelle.**

Elle **inclut** également les biens médicaux et soins courants des personnes qui sont prises en charge au titre **d'une ALD mais exclut notamment les dépenses relatives à la gestion et au fonctionnement du système ainsi que les soins de longue durée** qui sont comptabilisés dans un autre agrégat.

Elle comprend la **consommation des soins hospitaliers ainsi que les honoraires qui représente un total de 46,5 %.**

Il y a également la **consommation des soins ambulatoires** comprenant les actes réalisés dans les cabinets libéraux ainsi que les consultations externes à l'hôpital mais également les dépenses d'hôpitaux de jour que ce soit en ambulatoire ou en chirurgie. Elle comprend également la consommation d'analyses ainsi que les prélèvements de laboratoire ainsi que les soins de cure thermique s'élevant à **un total de 26,3 %.**

Il y a également la **consommation des médicaments** qui représente quant à lui **17,2 % des dépenses des CSBM**.

Enfin dans la CSBM il y a la **consommation des transports sanitaires** qui représente un **total de 2,4 % de cet agrégat**.

- **Il y a également les soins de longue durée qui représentent 7,6 % du DCS** qui correspondent aux soins prodigués pour les personnes âgées en établissement ainsi qu'à domicile et également pour les personnes handicapées prises en charge dans des établissements.
- **Les dépenses courantes de santé incluent également les indemnités journalières prises en charge en cas de maladie, de maternité ou d'accident de travail et qui représentent 5,3 % des dépenses courantes de la santé.**
- **Il y a également les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux l'ONIAM ainsi que les soins des personnes en difficultés sociales.**
- **Il y a également les autres dépenses en faveur des malades qui sont comptabilisées dans les dépenses courantes de santé et représente 0,2 %.**
- **Un autre agrégat est pris en compte dans la dépense courante de santé, il s'agit des dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective, qui représentent 2,2 %.**

Cette dépense s'élevait en 2016 à 5,9 milliards d'euros et se compose de 3,7 milliards pour la prévention individuelle (qui comprend la médecine préventive de l'éducation nationale, les services de protection maternelle et infantile, le service de médecine universitaire, la médecine du travail, et enfin les services de médecine préventive de l'État qui comprend les vaccins obligatoires notamment) **et 2,2 milliards pour la prévention collective** (qui inclut l'hygiène du milieu, la prévention des accidents du travail, la lutte contre la pollution, les dispositifs et organismes de surveillance ainsi que les moyens mobilisés en cas d'urgence ou de crise et la sécurité sanitaire de l'alimentation).

Cette prévention institutionnelle représente un total approximatif de 90 € par habitant par an. Cette dépense est dite institutionnelle car elle est mise en place ou financée par des fonds ainsi que des programmes de prévention nationaux au départementaux.

- **Il y a également les dépenses en faveur du système de soins qui représentent 4,5 % des dépenses courantes de santé** et prend en compte la recherche médicale et pharmaceutique ainsi que la formation des professionnels de santé et les subventions au système de soins.
- **Enfin, il y a les coûts de gestion du système qui représente 5,7 % des dépenses courantes de santé.**

De plus, afin de mesurer les dépenses courantes de santé au niveau international le SHA (System of health Accounts) avec l'aide de l'OCDE ainsi que de l'OMS et de l'Eurostat ont mis en place l'agrégat le plus pertinent afin de comparer les dépenses courantes de la santé au niveau international.

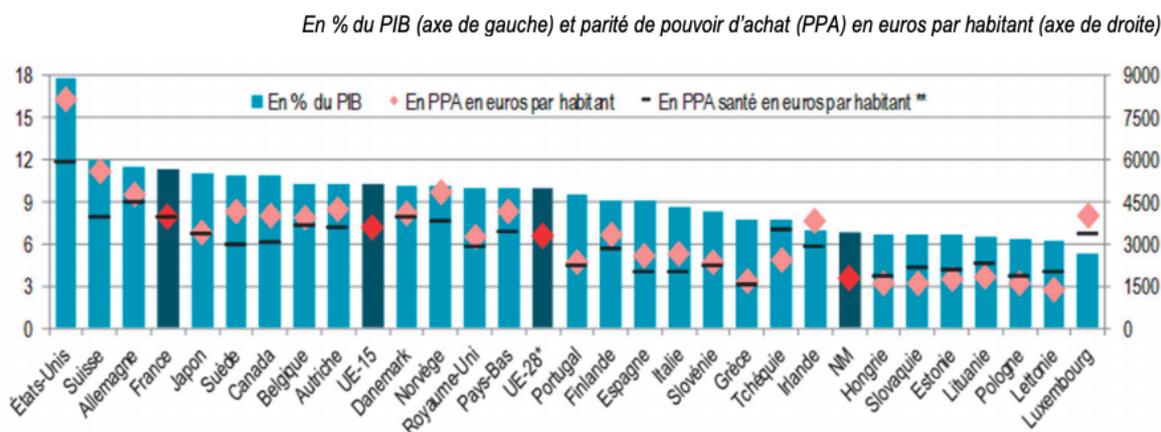
Cet agrégat est dénommé le DCSI qui *correspond à la dépense de consommation finale de biens et des services de santé incluant les dépenses hospitalières, les soins de ville, les transports et biens médicaux ainsi que les dépenses de soins de longue durée, mais également les autres dépenses en faveur des malades, les subventions du système de soins nettes des remises ou conventionnelles et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion.*

Elle *correspond à peu près à la DCS auquel on enlève les indemnités journalières et les dépenses de prévention ainsi que la recherche et la formation et on y ajoute les dépenses liées au handicap ainsi que les investissements effectués pour la santé.*

Depuis 2014 nous constatons un accroissement des dépenses. En effet, l'Europe des 15 a augmenté ses dépenses de santé de près de 2 % par an entre 2013 et 2015 ce qui correspond à trois fois plus que durant la période 2009 à 2013. Ce rebond est dû à une forte croissance des dépenses de certains pays européens tels que l'Allemagne le Royaume-Uni et la Suède.

La **figure 34** nous montre la place que les pays du monde consacrent aux dépenses courantes de santé par rapport à leur produit intérieur brut ainsi qu'en parité du pouvoir d'achat en euros par habitant.

En tête, il y a les États-Unis suivi de la Suisse et de l'Allemagne suivi de peu par la France.



* Les données pour les cinq pays de l'UE-28 non membres de l'OCDE, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, Malte et la Roumanie portent sur l'année 2017. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.

** Les PPA santé utilisées ici sont calculées et diffusées par l'OCDE pour l'année 2017 (OCDE, 2019). Nous faisons ici l'hypothèse que la PPA n'a pas été modifiée entre 2017 et 2018.

Note > Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Figure 34 Les dépenses courantes de la santé au niveau international en 2018.

4) Les différentes aides pour les patients en situation de précarité

(II42) Dans notre pays de nombreuses aides sont mises en place pour les patients et les personnes en situation de précarité.

Wresinski en 1987 A défini la précarité comme :

« L'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux ».

Cette politique sociale en France est possible par des mesures de protection qui ont été mises en place par les gouvernements successifs.

Les droits sociaux dans notre pays sont complexes et nombreux souvent parcellaires et indépendants les uns des autres rendant leur acquisition compliquée et permet à certaines personnes de profiter de ce système.

Ces mesures ont été fusionnées au sein du revenu de solidarité active le RSA et par la mise en place des maisons départementale des personnes handicapées les MDPH.

Le RSA :

Le Revenu de Solidarité Active permet aux personnes avec un faible revenu d'avoir un **socle financier s'élevant à 550 € mensuel en 2017**. A cette fin la personne doit s'inscrire dans un parcours d'insertion sociale ou professionnelle.

Ces revenus sont **gérés par les conseils départementaux et couvraient en 2016 2,5 millions de personnes**.

Les personnes éligibles sont les personnes de plus de 25 ans ou de 18 à 24 ans lorsqu'ils sont seuls ainsi que les résidents français mais aussi les réfugiés et les étrangers en situation régulière qui disposent d'un titre de séjour.

Toutes ces personnes doivent disposer pour le foyer de ressources inférieures à un revenu variable en fonction de la composition de la famille et du nombre d'enfants à charge.

Il y a d'autres allocations spécifiques :

Il y a tout d'abord **l'allocation adulte handicapé AAH** qui bénéficie aux personnes ayant un handicap reconnu et qui est proportionnelle en fonction du handicap déclaré.

Il y a **également les allocations de solidarité pour les personnes âgées ; ce que l'on appelle le minimum vieillesse.**

Enfin il y a **les allocations de logement sociaux** afin d'aider les personnes à payer leur loyer quand ils n'en n'ont pas les moyens.

Afin d'aider les personnes en situation de précarité plusieurs prises en charge des frais de santé sont mises en place en France :

Pour tous, il y a la **protection universelle maladie la PUMA** qui a remplacé la CMU en 2016. *C'est l'assurance maladie de base qui permet aux personnes exerçant une activité professionnelle dans notre pays ou résidant en France de façon stable d'acquérir le remboursement des frais de santé en cas de maladie, de maternité selon les tarifs remboursés par l'assurance maladie de la sécurité sociale.*

Pour aider plus spécifiquement les personnes en situation de précarité, afin de leur éviter d'avancer les frais ainsi que les participations forfaitaires et les franchises médicales comme nous l'avons vu précédemment, il **existe en France une couverture maladie universelle complémentaire qui a été remplacée par l'ASS.**

Pour en bénéficier il faut que le revenu soit inférieur à 8700 euros annuel pour une personne seule. La CMU-C (ASS) **donne droit à la prise en charge sans avance des frais de la complémentaire des dépenses de santé que ce soit en ville ou à l'hôpital en prenant également en charge les soins dentaires, les lunettes et les prothèses auditives.** Toutefois, le parcours de soins par l'intermédiaire du médecin traitant s'applique également aux bénéficiaires de la CMUC.

Elle est attribuée pour un an et son renouvellement doit être demandé deux mois avant son terme.

Une autre aide est mise en place par l'État c'est **l'aide à la complémentaire santé ACS** qui permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond nécessaire pour bénéficier de la CMU-C.

Elle donne droit pour un an à une aide financière afin de contracter une complémentaire santé qui peut être prise en charge à 100% dans certains cas. Ses bénéficiaires disposent d'une dispense totale d'avance des frais.

Il y a également **l'aide médicale d'État (l'AME)** qui est *destinée aux étrangers en situation irrégulière mais résidant sur notre sol depuis au moins trois mois et ne pouvant bénéficier des autres aides.* Elle donne droit à une prise en charge à 100% des soins médicaux ainsi que des soins d'hospitalisation mais toutefois limitée par les tarifs de la sécurité sociale et ce sans avance de frais.

Au-delà des aides d'État pour les personnes en situation de précarité il existe des services sociaux en ville grâce notamment au centre commun d'action sociale : les CCAS, et grâce aussi aux assistants sociaux de caisse primaire d'assurance maladie et des caisse d'assurance retraite et de la santé au travail *ainsi que tous les travailleurs sociaux des nombreuses associations qui puissent exister telles que la Croix-Rouge, le secours catholique, le secours populaire mais également d'autres associations plus ciblées telles que les restos du cœur, la banque alimentaire, le planning familial et j'en passe.*

Nous constatons donc en France une très bonne prise en charge sociale des personnes en situation de précarité qui est loin du modèle bismarckien de base et du modèle libéral des États-Unis, qui pour le premier est basé sur les cotisations et pour la deuxième sur des cotisations personnelles et non solidaires comme c'est le cas avec le modèle Beveridgien.

À travers de ces deux premières parties nous avons vu que le système de santé joue un rôle très important car il est en lien direct avec nos besoins de se soigner de la meilleure des manières.

Comme nous l'avons vu, de nombreuses instances mondiales ont été mises en place afin de gérer au mieux l'organisation de l'ensemble de ses systèmes qui est coordonné par l'organisation mondiale de la santé (l'OMS).

Ce système est bien rôdé et est variable en fonction des pays car le financement n'est pas le même et les idéologies des pays concernant le financement du système de santé peut varier mais toujours dans le même but : soigner le mieux possible chaque individu.

Nous constatons que dans notre pays le système de santé est très bien agencé au niveau national et territorial. Cependant, les lois et leurs applications ne suffisent pas à combler ce manque qui est ressenti par de nombreuses personnes dans notre pays.

Est-ce normal d'attendre près de six mois pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste ou d'être refusé chez un médecin traitant car nous ne sommes jamais allés chez lui ???

Ces questions que je me pose et que se posent de nombreuses personnes montrent bien qu'il y a un souci dans notre système de santé par un manque d'organisation et de coordination entre tous les professionnels de santé du secteur public et privé.

Même si les lois récentes vont dans ce sens avec une décentralisation de la santé en donnant plus de pouvoirs aux territoires et en décloisonnant les professions médicales en leur permettant d'exercer ensemble et en leur donnant à chacune des missions supplémentaires pour pallier le manque de médecins notamment.

C'est un grand défi qui se pose à nous mais également à tous les autres pays du monde avec la survenue de cette pandémie qui a bouleversé l'équilibre mondial de notre santé.

Il faudra une prise de conscience de chaque individu car les lois ne se suffisent pas à elles-mêmes et nécessitent une responsabilisation de chacun afin de ne pas abuser des aides sociales qui sont destinées en premier lieu pour les personnes qui en ont réellement besoin.

Il y en a dans notre pays mais malheureusement elles sont souvent détournées pour accroître les revenus d'autres personnes.

Nous allons maintenant aborder la partie officinale de cette thèse parlant de l'officine, de son fonctionnement, de ses missions ainsi que de ses relations extérieures nécessaires à son bon fonctionnement.

Nous verrons par la suite comment les officines peuvent aider à cette transformation de la santé qui est en marche sur notre territoire.

PARTIE III : LE FONCTIONNEMENT ET LA PLACE DE L'OFFICINE ET DONC DU PHARMACIEN TITULAIRE OU ASSISTANT DANS NOTRE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS

Dans cette partie nous allons tout d'abord définir le rôle du pharmacien, ses droits et ses devoirs ainsi que les différentes missions qui lui sont confiées sur tout le territoire Français via le réseau officinal.

Nous allons également essayer de comprendre le circuit du médicament de sa production à sa délivrance dans les officines, et nous aborderons aussi son encadrement qui est très strict en France avec notamment l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments en France (ANSM) qui permet, grâce à l'aide des pharmaciens qui sont les garants des médicaments, d'assurer un bon usage de ces produits très réglementés.

Les pharmaciens disposent encore d'un monopole qui tend malheureusement à disparaître si la profession ne trouve pas des solutions rapidement pour contrer les lobbyings pharmaceutiques et les grosses plates formes financières qui attendent son abolition pour racheter les officines comme cela est déjà le cas avec les laboratoires.

Aujourd'hui nous en apercevons le commencement avec le rachat de pharmacies via des holdings comme ARPILAB qui sous l'apparence de services portés aux jeunes pharmaciens qui s'installent, se substituent aux banques via des actionnaires très puissants qui n'ont rien à voir avec la profession.

Nous pouvons également parler de certains groupements qui mettent en avant leur enseigne sur les devantures des officines ainsi qu'une organisation propre à chacun à l'intérieur, les rendant informel et ressemblant pour certaines à des grandes surfaces.

Ils ont également des méthodes propres à la grande distribution comme par exemple avec la mise en place de carte de fidélités avec des systèmes de points qui permettent de récompenser la fidélité à chaque fois que le client se rend dans une de « leur » pharmacie avec des bons de réduction. La plupart du temps ils n'achètent pas de pharmacie mais cela peut arriver pour avoir une implantation stratégique dans un territoire où ils n'y arrivent pas.

I. Formation et encadrement juridiques des officines et du pharmacien en France

1) La profession de pharmacien

a. Étude, réglementation et orientation de la profession de pharmacien.

Parcours pour devenir pharmacien :

Avant de décrire le cadre réglementaire de la profession de pharmacien il me semble important de faire un petit rappel sur son accessibilité via le parcours d'études qui a changé récemment.

En effet, depuis le 5 novembre 2019 **Emmanuel Macron a annoncé vouloir mettre fin à la PACES** (Première Année Commune des Études en Santé) et redistribuer les chances pour chaque jeune voulant exercer dans le domaine de la santé en laissant également des places pour les étudiants de 1^{ère} année de faculté d'autres filières.

Avant cette réforme chaque étudiant voulant accéder en deuxième année de médecine, d'odontologie, de maïeutique, de Pharmacie ou en deuxième année de kinésithérapie devaient présenter le concours de la PACES ou l'étudiant avec le droit de redoubler une seule fois.

Ce concours était basé sur un apprentissage massif d'enseignements médicaux sanctionné par des épreuves basées sur des QCM. En fonction des résultats du premier semestre les étudiants avaient le choix entre quatre options et devait en choisir deux au minimum afin de prétendre à une deuxième année dans la filière de son choix.

Ce modèle de sélection a été fortement décrié car il ne permet pas de juger l'étudiant dans sa globalité ou sur la réflexion.

(III1) En effet, le numerus clausus qui est une tradition en France depuis plus de 50 ans est responsable d'une sélection engendrant un échec universitaire important pour les étudiants échouant à deux reprises le concours PACES car ces échecs les forçaient à une réorientation sans acquis préalable et en ayant perdu pour la plupart deux ans.

En 2018 sur 60 000 inscrits en PACES seul 13 500 étudiants ont réussi le concours en intégrant une deuxième année dans les filières éligibles par leur classement.

Ce qui représente un « énorme gâchis » comme l'avait jugé Le Président Emmanuel Macron en septembre 2018 en déclarant

« Le système est absurde. Aujourd'hui, c'est un gâchis qui concerne chaque année 25 000 étudiants ».

Pour ces nombreuses raisons, de nouvelles modalités d'accès aux études de santé suite à la réforme PACES de 2020, ont mis fin à ce concours et ont mis en place un nouveau parcours post bac mettant **fin au numerus clausus** qui a été **remplacé par le numerus apertus** qui est un quota déterminé par chaque faculté permettant de fixer un nombre d'admission en deuxième année en fonction des besoins territoriaux de la région concernée.

(III2) En effet, à partir de la rentrée 2020 chaque Bachelier a pu choisir via parcours Sup entre deux voies d'accès aux filières MMOP (Médecine, maïeutique, odontologie, Pharmacie). La figure 35 ci-dessous nous explique bien ces deux voix et la réorganisation de la première année de santé à travers un exemple concret.

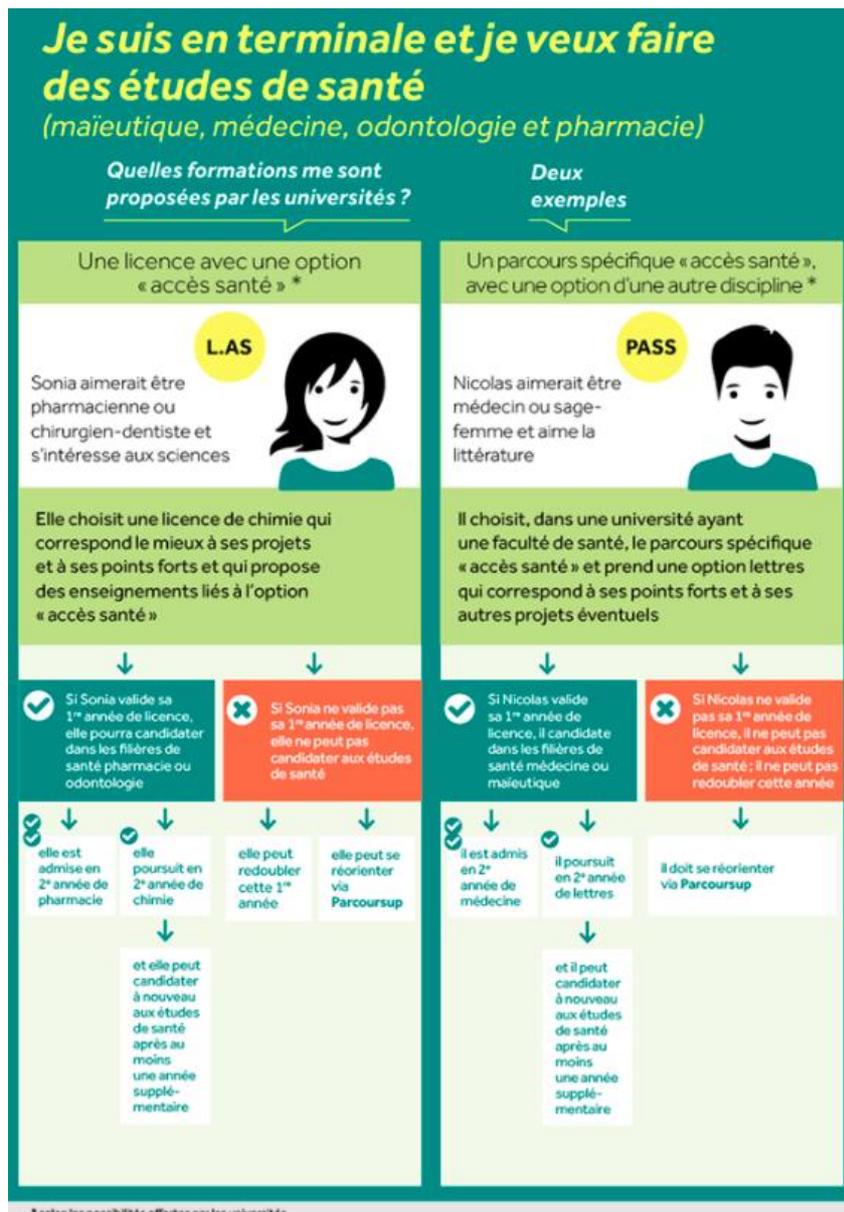


Figure 35 Réforme de la PACES en pratique.

- **La première voix est la PASS**, qui est la voie classique pour accéder aux filières MMOP en deuxième année.

Les bacheliers qui auront choisi cette filière auront accès à 60 % des places en DFG2 (qui est le diplôme de formation générale 2) de la filière MMOP choisie.

Le changement majeur de cette réforme est la diversification des matières pour l'étudiant qui doit une matière « mineur » correspondant à une matière hors du champ médical qui lui permettra de se réorienter si il échoue et qu'il n'arrive pas à valider cette première année, car désormais la réorientation dans le domaine de sa matière mineur est possible si il valide ses crédits ECTS. Mais le redoublement n'est plus possible pour permettre à l'étudiant d'avancer.

Pour valider son année l'étudiant doit obtenir 60 ECTS en un an. Dans ce cas il peut candidater pour accéder en MMOP. Si son dossier est refusé il pourra continuer sa deuxième année de licence majeur et candidater de nouveau l'année suivante.

- **La deuxième voix pour le bachelier est de s'inscrire en L.AS** qui est une 1^{ère} année de licence dans une autre filière mais avec une option « Accès Santé ».

Ces étudiants auront 40 % de place en DFG2 de la filière MMPO choisi. Les conditions pour y candidater sont les mêmes que pour la première voix, en effet il doit également valider 60 ECTS en un an et accéder par l'intermédiaire d'une passerelle à la filière MMOP de son choix pour la deuxième année.

Les conditions d'admission sont similaires quel que soit le parcours. En effet pour accéder à la deuxième année soit de médecine, soit de maïeutique, soit d'odontologie, ou de Pharmacie, l'étudiant doit remplir deux conditions :

- **Avoir validé en un an les 60 ECTS et en une fois**
- **De plus les résultats devront être supérieurs à un seuil qui sera préalablement défini par chaque université**, et au-dessus de ce seuil l'étudiant sera admis automatiquement. **S'il n'est pas admis automatiquement il passera des épreuves complémentaires ce composant d'un écrit et d'une épreuve oral devant un jury** qui permettra de juger l'étudiant pour connaître ses envies, ce qui me paraît plus juste comparativement à la PACES.

Si l'étudiant est admis en 2^{ème} année de Pharmacie par l'intermédiaire de cette nouvelle réforme il reçoit un enseignement qui peut varier entre les facultés mais qui est commun à toutes les filières en deuxième, troisième ainsi que le premier semestre de la quatrième année de pharmacie.

À ce stade l'étudiant a un choix à faire entre trois filières :

- **La filière officine** où il doit terminer et **valider la quatrième année dans ce cursus puis une cinquième année qui est rythmée par un stage hospitalier d'un an à mi-temps et enfin la sixième année qui est théorique pour le premier semestre et pratique au second avec la réalisation du stage d'officine professionnalisant.** À la suite de ce stage l'étudiant passe un examen d'admissibilité et ensuite d'admission à l'oral lui permettant de valider son cursus pharmaceutique. Toutefois pour être docteur en pharmacie il devra présenter devant un jury sa thèse.

Projet du DES PG

(III2bis) Depuis quelques années il y a une volonté de créer un DES PG (un DES de Pharmacie Générale).

Rallonger les études de 2 ans avait été évoqué mais l'idée n'a pas été retenue à la suite de discussions au sein de nos instances pharmaceutiques.

Cependant, deux ans de plus auraient permis de rajouter plus de stages pratiques et de mieux cadrer les activités à valider par les stagiaires telles que les nouvelles missions par exemple.

Pour contextualiser la situation, actuellement le DES de pharmacie permet uniquement une orientation hospitalière à travers la PUI ou vers la pharmacie industrielle par l'option pharmacie industrielle et biomédicale.

Le but de ce DES est de renforcer les compétences des pharmaciens d'officine à travers une formation plus poussée en mettant l'accent vers la pratique et les stages.

En effet, avec *la réforme du Ministre de la Santé « ma santé 2022 »*, ce DES permettrait le développement **de pharmaciens cliniciens** intégrant les nouvelles missions qui leur sont confiées notamment le bilan partagé de médication et les entretiens pharmaceutiques qui devraient s'élargir, toujours dans le but d'être au plus proche des patients qui viennent dans les officines.

La concrétisation de ce DES s'inscrit dans la continuité des réformes prises récemment (loi Ma santé 2022, Ségur de la santé).

Il y a une réelle volonté de confier des nouvelles missions aux pharmaciens et **de se rapprocher des activités des pharmaciens suisses, britanniques ou encore canadiens** à travers la vaccination qui est désormais possible en France pour la grippe et pour le covid, également sur les prescriptions limitées de certains médicaments pour les pathologies aiguës et bénignes qui ne nécessitent pas de consultation chez un médecin.

Le but est que ces futurs pharmaciens participent au maillage du territoire et soient armés pour répondre aux évolutions des attentes de la santé publique en France, permettant en outre une accessibilité plus grande pour le patient dans les officines avec des services de plus en plus complets.

L'augmentation de la présence des stages en officine permettra aux étudiants de découvrir les 2 typologies d'officine : celle installée dans les milieux ruraux avec une patientèle fidélisée et plus âgée mais également les pharmacies installées en milieu urbain.

De plus, il y a une volonté de mettre des passerelles entre les DES notamment en parallèle de la réforme du troisième cycle de médecine qui permettrait aux futurs professionnels d'évoluer tout au long de leur cursus. **Les modalités définitives de ce DES n'ont pas encore été fixées.**

Enfin, l'étudiant présentera également son mémoire/thèse à la fin de ce DES en développant un projet de recherche en soins primaires qui pourrait éventuellement être collaboratif avec d'autres disciplines médicales ou paramédicales.

A travers ce DES PG il y a une volonté de renforcer plusieurs points :

→ Tout d'abord développer les compétences professionnelles pharmaceutiques

Avec notamment la formation en orthopédie, le maintien à domicile, une volonté de développer les compétences pharmaceutiques sur des pathologies lourdes pour aiguiller au mieux le patient mais également en nutrithérapie et en aromathérapie en renforçant bien évidemment les conseils en officine en adéquation avec les recommandations de la HAS.

Il y a également une volonté de renforcer les compétences sur les pathologies et en sémiologie dans le cadre des prescriptions pharmaceutiques qui vont se développer dans les officines avec la prescription de certains antibiotiques pour les angines et certaines infections urinaires. Ce DES a pour but de former à la conciliation médicamenteuse, en sensibilisant le patient à l'observance et permettant de lutter contre l'iatrogénie et en formant les étudiants à la PDA.

→ Il y a également la volonté de former le pharmacien au métier de chef d'entreprise

En renforçant les connaissances dans le domaine social et le code du travail ainsi que dans le domaine de la protection sociale.

On remarque une volonté de renforcer les notions de management et de comportement à l'intérieur même d'une équipe afin de permettre une bonne communication en interne entre l'équipe et les patients.

Il faut également renforcer les notions de gestion avec les achats, les stocks, les négociations les bilans comptables et renforcer les connaissances sur l'environnement officinal et professionnel avec les syndicats, l'ARS, les groupements l'URPS, cette liste n'étant pas exhaustive.

- **Il y a ensuite la filière industrie** qui permet à l'étudiant de se spécialiser dans certains domaines tels que l'anglais mais également la comptabilité et lui donnera la possibilité d'accéder à des Masters dans des écoles de commerce pour pouvoir ensuite accéder à des post de managers ou de contrôle qualité dans des laboratoires pharmaceutiques.
- **(III3) Il y a ensuite la filière internat.** Lorsque l'étudiant choisi cette filière il y a la préparation au concours de l'internat dès le deuxième semestre de quatrième année pour présenter le concours en décembre de l'année suivante.

Cette filière a été réformée et c'est ce que l'on appelle la réforme du troisième cycle des études en pharmacie.

Lors de l'obtention du concours de l'internat et une fois que l'étudiant de par son classement a choisi son affectation à une des trois filières possibles : professeur hospitalier, biologiste ou alors la filière recherche il devra poursuivre ses études durant 4 ans.

Pour le métier de professeur hospitalier la réforme du troisième cycle se présente en trois phases qui sont résumées à travers la figure 36.

Il y aura désormais trois phases la première dure deux ans et s'appelle **la phase socle**, la deuxième est **une phase d'approfondissement** plus spécialisée où l'étudiant pourra choisir des stages dans ses domaines de prédilection et où il devra présenter sa thèse. Et enfin une **phase de consolidation** d'un an où il devra faire son mémoire de DES (Diplôme d'études Spécialisé).

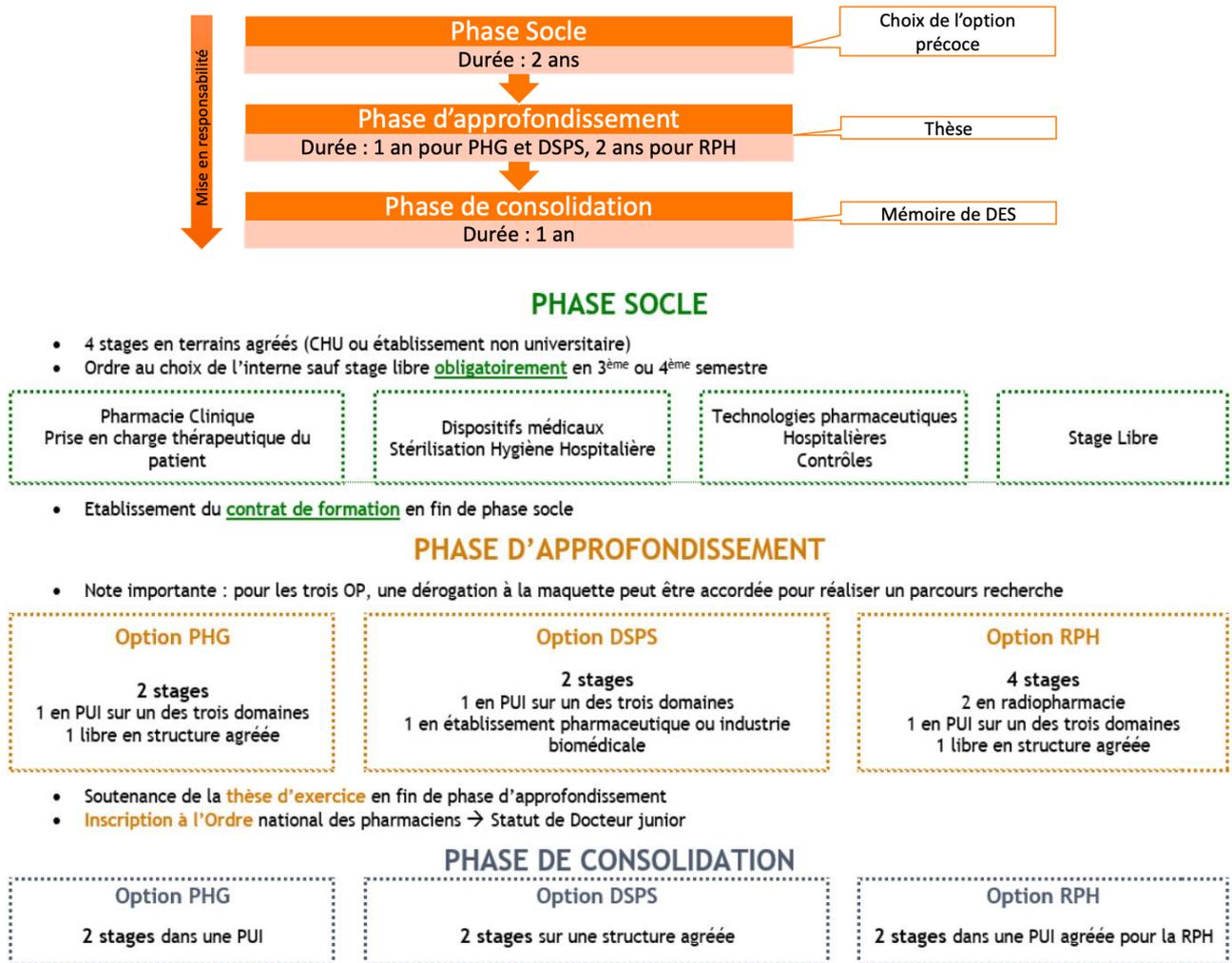


Figure 36 Réforme du 3ème cycle des études de pharmacie filière internat.

Quel que soit la filière choisie (Officine, industrie ou l'Internat), l'étudiant devient par la suite Docteur en pharmacie. Les études de pharmacie permettent d'aboutir sur de nombreux métiers.

En effet, le pharmacien peut devenir titulaire d'une officine ou exercer en tant qu'adjoint mais également travailler pour la fonction publique dans les hôpitaux ou encore dans la recherche. Il peut aussi travailler en industrie et corroborer ses compétences de professionnels de santé avec des masters dans des écoles de commerce lui permettant d'accéder à une diversité de postes dont ceux à responsabilité dans des laboratoires ou des start-ups.

(III4) Nous allons à présent poser les bases réglementaires de la profession de pharmacien quel que soit son domaine d'exercice.

Nous ne citerons pas tous les articles pour que ce ne soit pas rébarbatif. Ils sont présents dans le code de la santé publique et disponible en ligne. Nous exposerons les principaux afin de connaître les devoirs du pharmacien et l'orientation de la profession au sein de notre système de santé.

En premier lieu, il faut savoir que chaque pharmacien quelle que soit sa branche d'exercice est **soumis à un code de déontologie** qui est préparé et rédigé par le conseil national de l'ordre des pharmaciens (la fonction de l'ordre sera détaillée par la suite).

En effet, ce code de déontologie de la profession de pharmacien est un **ensemble de 77 articles** qui est inséré dans le code de la santé publique (**article R 4235-1 à R 4235-77**).

Les dispositions de ce code déontologique s'imposent à tous les pharmaciens titulaires d'un diplôme ainsi qu'à toutes les sociétés d'exercice libéral qui sont inscrits à l'un des tableaux de l'ordre.

Ces dispositions déontologiques s'appliquent également aux étudiants en pharmacie qui sont autorisés à faire des remplacements.

Ces infractions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre sans préjudice des poursuites pénales qu'elle pourrait entraîner.

Ces articles vont tous dans le même sens afin de faire comprendre que le pharmacien doit être indépendant et doit toujours travailler dans l'intérêt du patient et non exclusivement dans l'intérêt d'une entreprise.

Il doit être impartial quel que soit le patient et prodiguer une dispensation ou des soins quand cela est nécessaire à tous sans discrimination.

Nous allons citer trois de ces articles issus de ce code :

- Tout d'abord **l'article R 4235-2** du code de la santé publique s'appliquant bien évidemment à tous les pharmaciens et résume bien les devoirs de la profession :

« Le pharmacien exerce ses missions dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie les maladies sexuellement transmissibles et le dopage. »

- De plus à travers ce code de la déontologie et par **l'article R 4235-31**

« Les Pharmaciens doivent entretenir de bons rapports avec les membres du corps médical, les membres des autres professions de santé et les vétérinaires et respecter leur indépendance professionnelle. »,

Nous voyons bien que le pharmacien doit s'intégrer au système de santé et non agir seul comme d'ailleurs toutes les professions du corps médical.

Il doit entretenir de bons rapports avec l'ensemble des professionnels de la santé afin d'apporter les solutions les plus pertinentes et les plus adéquates pour chaque patient et cela passe bien évidemment par une bonne entente interprofessionnelle qui est souligné par cet article du code de la santé publique et inscrit dans le code de la déontologie des pharmaciens.

- Enfin l'article R 4235-48 du code de la santé publique **définit en quoi consiste la profession du pharmacien** :

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

- *L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe*
- *La préparation éventuelle des doses à administrer*
- *La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament »*

Cet article montre bien le rôle du pharmacien dans notre système de santé qui sert d'intermédiaire et garantit la sécurité du médicament par la dispensation.

En effet le pharmacien est le garant des médicaments et doit pouvoir aiguiller le patient et le conseiller sur ses traitements.

Les articles issus du code de la déontologie de la profession de pharmacien fixent l'éthique de notre profession mais d'autres lois qui sont également mentionnées dans le code de la santé publique **fixent les conditions d'exercice du pharmacien ainsi que les tâches qui lui sont réservés.**

En effet, l'article L. 4221-1 fixe les conditions à remplir permettant d'exercer en tant que pharmacien :

Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre pas toutes les garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit pas les conditions suivantes :

- a) Être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionnés aux articles L. 4221-2 à L. 4221-5 ;
- b) Être de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou ressortissant d'un pays dans lequel les Français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays.
- c) Être inscrit à l'ordre des pharmaciens.

De plus l'article L. 4211-1 du CSP codifie les tâches réservées aux pharmaciens :

- a) La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine.
- b) La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée.
- c) La préparation des générateurs, trousseaux ou précurseurs mentionnés à l'article L. 5121-1
- d) La vente en gros, la vente au détail, y compris par internet, et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés précédemment.
- e) La vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée sous réserve des dérogations établies par décret.
- f) La vente au détail et toute dispensation au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires.
- g) La vente au détail et toute dispensation au public des aliments lactés diététiques pour nourrissons et des aliments de régime destinés aux enfants du premier âge, c'est-à-dire de moins de quatre mois, dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la consommation et de la santé.
- h) La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public, à l'exception des tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation.

La fabrication et la vente en gros des drogues simples et des substances chimiques destinées à la pharmacie sont libres à condition que ces produits ne soient jamais délivrés directement aux consommateurs pour l'usage pharmaceutique et sous réserve des règlements particuliers concernant certains d'entre eux.

Il faut également savoir que dans chaque région, les pharmaciens titulaires d'une officine sont inscrits sur un tableau tenu à jour par le conseil régional de l'ordre des pharmaciens d'officine.

La profession est organisée par un ordre national qui est chargé d'assurer le respect des devoirs professionnels ainsi que la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Il est composé d'un conseil national et des conseils régionaux.

Le Pharmacien est le gardien des produits de santé. En effet, c'est la seule profession qui a le droit de vendre des médicaments au public.

Ce rôle est très important et il est encadré dans notre société française notamment au niveau national par le ministère de la santé ainsi que par l'Agence Nationale de Sécurité du

Médicament (ANSM) et au niveau régional par les ARS. Les produits de santé sont constitués des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux.

Il me semble important de donner la définition d'un médicament au sens de la loi. **Les produits pharmaceutiques sont définis l'article L. 5111-1 du CSP :**

« 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 ou pouvant leur être administrée, 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. Lorsque qu'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. »

Cette définition est très large et peut parfois porter à confusion mais permet une qualité et une traçabilité irréprochable. En effet, toute spécialité pharmaceutique doit disposer d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), valable 5 ans pour toute commercialisation.

Les médicaments font l'objet de règles drastiques pour leur prix de ventes, leur remboursement qui est défini par la Sécurité Sociale, ainsi que pour la fabrication, l'exportation, l'importation et leur distribution en gros qui ne peuvent être réalisés que dans des établissements agréés par l'ANSM.

La distribution des médicaments est réalisée via le réseau officinal ou par l'intermédiaire des PUI au sein des hôpitaux publics qui peuvent également exécuter les préparations magistrales et officinales.

Cette thèse a pour but d'explorer les solutions possibles afin que le pharmacien d'officine joue un rôle dans la transformation de notre système de santé c'est pourquoi nous allons dans cette partie nous focaliser plus sur la profession de pharmacien d'officine.

L'exploitation d'une officine par un pharmacien doit faire l'objet d'une déclaration préalable à la préfecture où elle est enregistrée. Le titulaire de l'officine doit être pharmacien et doit en être propriétaire et exercer personnellement sa profession. Toute création d'officine, tout transfert ainsi que tout regroupement sont soumis à une autorisation délivrée par l'ARS.

Au sein des Officines, pour répondre aux besoins de la population, un service de garde ainsi qu'un service d'urgence sont organisés pour assurer la continuité des services de santé.

Un pharmacien ne peut posséder qu'une seule pharmacie en majorité et avoir des parts dans quatre autres pharmacies seulement. Cela fait partie des inconvénients du monopole mais cela permet également de protéger notre profession et de pouvoir l'exercer librement sans pression « d'un patron » qui pense rentabilité et non service patient par l'intervention de structures financières extérieures.

Comme nous l'avons vu plus haut le pharmacien d'officine est le gardien des médicaments mais depuis un certain temps de nouvelles missions lui sont confiées pour permettre une meilleure circulation de l'information dans notre système de santé et assurer le lien avec les autres professionnels afin de permettre une meilleure prise en charge globale du patient dans le but de l'aider à favoriser son observance car un patient qui comprend son traitement et ses pathologies a plus de chance de le prendre régulièrement ; et à cause du grand nombre d'intermédiaire chaque professionnel pense que l'information a été délivrée au patient alors que parfois ce n'est pas le cas d'où l'importance d'une bonne entente et d'une bonne coopération entre les professionnels de santé d'un village ou d'un secteur d'une ville pour définir les rôles de chacun afin d'effectuer une meilleure prise en charge de chaque patient d'où la mise en place des CPTS qui sont les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (nous expliquerons son utilité par la suite).

C'est dans ce cadre et afin de favoriser l'observance tout en diminuant les mésusages et la iatrogénie médicamenteuse, qui est un fléau aussi bien pour la sécurité sociale que pour le patient, que le pharmacien peut depuis la mise en place de la loi HPST de 2009 réaliser des entretiens pharmaceutiques concernant le suivi de certains médicaments (patients sous AVK, AOD) et également pour le suivi de l'asthme et depuis peu l'accompagnement des patients qui reçoivent des chimiothérapies orales avec les entretiens oncologiques.

Nous le verrons plus en détail dans les nouvelles missions qui sont confiées au pharmacien avec notamment le BPM (Bilan Partagé de Médication).

b. Représentation des étudiants en pharmacie et de la profession de pharmacien d'officine.

Il me semble important de connaître les acteurs qui représentent les étudiants ainsi que les pharmaciens d'officine qu'ils soient titulaire ou adjoint afin de leur permettre de se tourner vers les bons organismes quand ils en ont besoin. En pratique, ils sont souvent méconnus ou peu connus des professionnels alors qu'ils existent et permettent de défendre les intérêts de la profession mais également d'encadrer la profession en vérifiant que le cadre réglementaire et déontologique est bien respecté notamment à travers l'ordre des pharmaciens.

→ Le CEVU (Conseil des Études et de la Vie Universitaire)

Dans un premier temps, avant d'être pharmacien il faut en acquérir les compétences par l'intermédiaire d'une faculté de pharmacie.

Pour assurer le bon déroulement de la formation et l'épanouissement des étudiants, les facultés sont composées d'un conseil des études et de la vie universitaire plus connu sous le nom de CEVU.

(III3) Afin de connaître son rôle et la répartition des postes au sein du conseil nous prendrons l'exemple du CEVU de la faculté de pharmacie de Marseille.

Ce conseil comprend 30 membres élus parmi le personnel et les usagers de la faculté pour un mandat de quatre ans et le reste des membres sont désignés par le conseil de l'UFR (qui est l'Unité de Formation et de Recherche au sein des facultés).

Il est bien évidemment présidé par le doyen de la faculté ou le vice-doyen qui est chargé de la vie étudiante.

Au sein de ce conseil et de la faculté les différents acteurs sont répartis en plusieurs collèges en fonction de leur statut :

- **En premier lieu il y a le collège des professeurs et personnels assimilés (A)** : 14 membres de ce conseil font parties du personnel enseignant.
- **Il y a également le collège des enseignants et des assimilés (B)** : au sein de ce conseil 7 professeurs en son membre ainsi que 7 maitres de conférences permettant d'englober tous les secteurs d'enseignements de la faculté et de les représenter quand le conseil se réunit sous l'ordre du directeur au moins 3 fois par an.
- **Ensuite il y a le collège des étudiants et des assimilés (C)** : 14 membres du conseil du CEVU sont des représentants des étudiants qui sont élus au sein d'élections par les étudiants eux-mêmes permettant de les représenter au mieux et d'émettre leur requête au sein de la faculté afin notamment de faire remonter leurs revendications pour que leur voix soit entendue.
- **Enfin il y a le collège des IATOS (D)** (Ingénieurs, Administratifs, Techniques, Ouvriers et de Services) qui ont deux représentants au sein de ce conseil.

En effet, ce conseil conformément aux dispositions qui ont été fixée par l'article 31 de la loi du 26 janvier 1984, permet de proposer au conseil d'administration, qui est le conseil dirigeant de la faculté, des recommandations consultatives émanant de tous les collèges de la faculté.

Au vu de la diversité des acteurs qui le constitue cela permet d'avoir une vision globaliste des différents acteurs de la faculté **permettant notamment d'orienter les étudiants** afin qu'ils valident leurs acquis et de trouver les meilleures solutions pour y parvenir ainsi que de favoriser l'intégration des étudiants au sein de la faculté notamment par des activités culturelles ou sportives proposées en partie par les associations.

C'est également ce conseil qui **permet d'améliorer les activités de soutien scolaire** mais également de soumettre des idées concernant les bibliothèques et les centres de documentation.

C'est également lui qui est le garant des libertés publiques et syndical des étudiants, il peut être consulté régulièrement par le doyen afin de permettre une utilisation optimale des locaux et permettre aussi d'avoir un avis extérieur des étudiants sur les modalités d'examens et des demandes de validation des acquis pour chaque année.

En effet cet organe permet une relation entre tous les acteurs de la faculté et a pour but d'améliorer son fonctionnement pour que les étudiants et les professeurs si sentent le mieux possible.

Dans cette continuité nous allons parler désormais des associations étudiantes et notamment celle national qui est l'ANEPF.

→ ANEPF

Il est nécessaire de parler succinctement de l'association nationale des étudiants en pharmacie de France : l'ANEPF.

(III6) C'est une association qui a été **fondée le 14 mars 1968 à Paris** et conforme à la loi de 1901 qui en fait donc une association à but non lucratif. Elle est composée d'un bureau avec un président, un secrétaire et un trésorier et d'autres membres dont les postes peuvent varier en fonction des années.

Ce bureau est constitué d'étudiants issus de toute la France. Plusieurs listes sont constituées chaque année mais une seule est élue et représentera les étudiants en pharmacie pendant un an.



C'est elle qui chapote les 24 associations étudiantes des 24 facultés de pharmacie représentant plus de 33 000 étudiants.

En effet, chaque faculté de Pharmacie en France a en son sein une association dépendante de l'ANEPF et qui permet une coordination entre le local et le national via un délégué de l'ANEPF dans chaque association locale permettant de faire remonter les informations au niveau national pour permettre une meilleure vision globale du fonctionnement des facultés et du suivi des étudiants.

Son but premier est de porter les revendications des étudiants et de les faire remonter aux syndicats professionnels mais également au sein du ministère de la santé et des solidarités dans le but de favoriser l'Inter professionnalité et la qualité des soins.

Bien évidemment cette association **travaille en coopération avec la FAGE** qui est la première organisation étudiante en France et qui souhaite garantir l'égalité des chances et de réussite dans notre système éducatif en améliorant constamment les conditions de vie des études et de nos étudiants à travers le déploiement d'activités et la coopération avec les associations spécialisées des différents domaines d'études.

L'ANEPF est également dotée de différents réseaux dans le domaine de la santé publique, de l'international, de l'humanitaire et également en matière de tutorat ainsi que dans l'industrie.

Nous voyons bien que ces domaines de compétences sont variés afin d'informer, d'aiguiller les étudiants sur les différents métiers et les différentes opportunités que peut offrir nos études. **La figure 37** montre bien le réseau de cette association qui permet de représenter au mieux les étudiants.

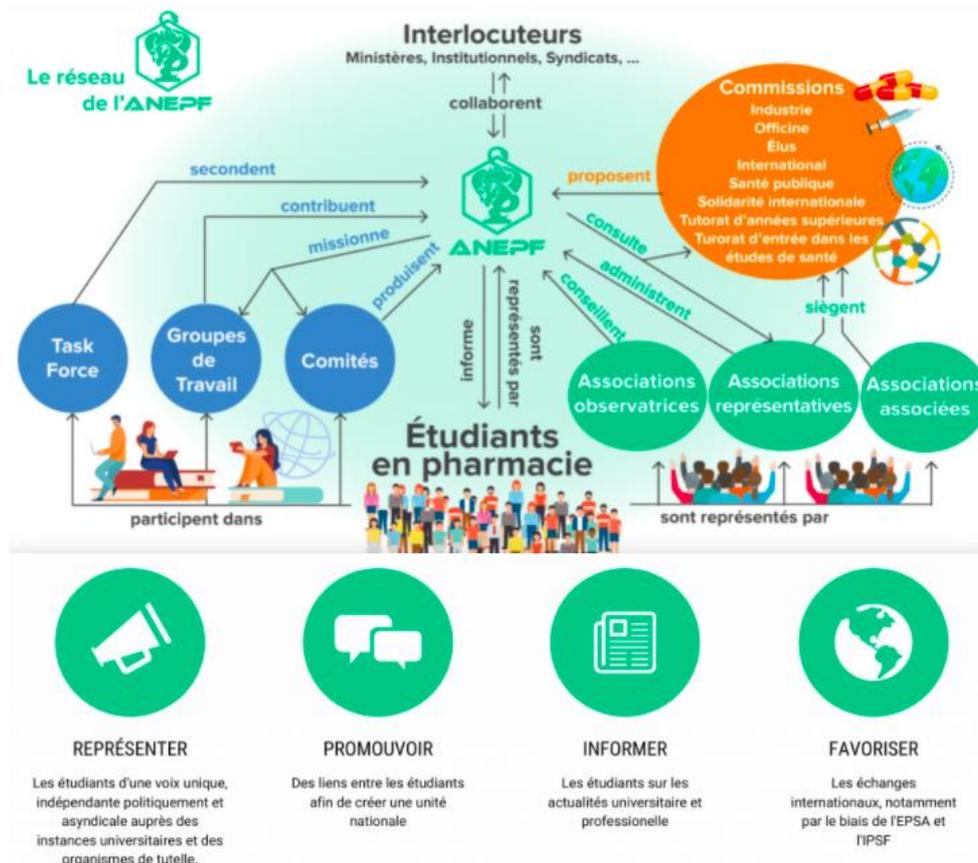


Figure 37 Le réseau collaboratif de l'ANEPF.

C'est également elle qui réunit les étudiants de Pharmacie de la France entière chaque année au cours d'un congrès qui se réalise dans des villes différentes.

Il y a également des assemblées générales plusieurs fois par an où chaque étudiant peut se rendre et qui offrent des formations sur les nouvelles réformes et les nouvelles orientations du métier de pharmacien.

→ L'ordre des Pharmaciens

(III7) Il est important de présenter l'ordre des pharmaciens. **En effet, le législateur a confié à des organismes (dénommés « ordre ») le rôle de contrôler certaines professions telles que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages, les pharmaciens, les architectes, les experts comptables, les géomètres et les vétérinaires.**

Ces ordres ont été créés afin d'encadrer les professions qui ont pour la plupart un devoir déontologique. **C'est ainsi que tous les ordres ont trois points d'orgue commun :**

- **L'obligation au sein de la profession d'avoir un titre ou un diplôme.**
- **Ils doivent également vérifier qu'il existe une relation de confiance entre le praticien et l'usager et doit le conseiller, l'orienter, le soigner pour servir au mieux ses intérêts.**
- **Les professions soumises à un ordre doivent avoir une réglementation qu'ils doivent respecter afin de garantir la qualité des prestations fournies.**



C'est à la sortie de la seconde guerre mondiale, le 5 mai 1945 que l'ordre des pharmaciens a été créé après réintroduction des syndicats qui avaient été dissous par le gouvernement de Vichy durant l'occupation.

Le but de cet ordre est de regrouper tous les pharmaciens quelle que soit leur activité professionnelle et de défendre les intérêts de la société c'est-à-dire du public et des patients.

C'est ainsi que l'article L.520 du code de la santé publique regroupe l'ensemble des pharmaciens qui sont habilités à exercer leur profession dans les départements métropolitains mais également sur les territoires d'outre-mer.

Sa spécificité est que son organisation interne est divisée en plusieurs sections qui rassemblent les pharmaciens en fonction de leurs modes d'exercice et de leurs filières car leurs réglementations varient en fonction des sections de rattachement au sein de l'ordre.

Cette division en section est déterminée par l'article L 4232-1 permettant une représentativité de toutes les activités professionnelles de ce métier.

Chaque conseil de chaque section de l'ordre ainsi que leurs présidents sont représentés à travers la figure 38.

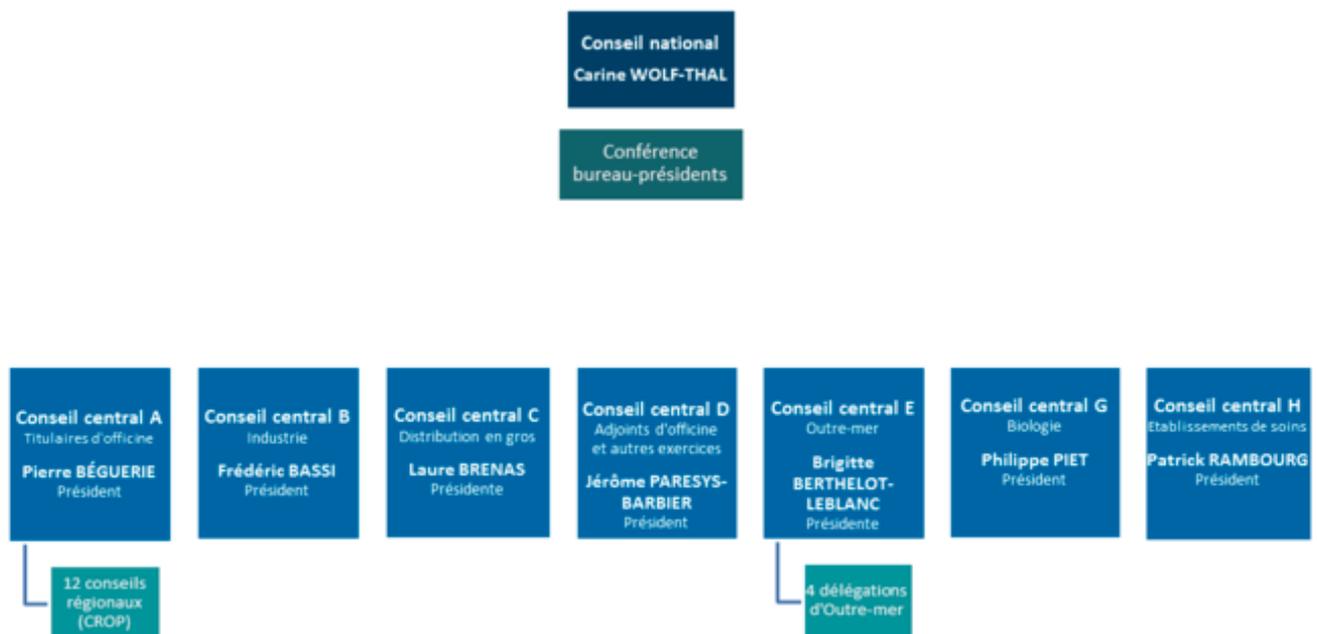


Figure 38 Les différentes sections de l'ordre des Pharmaciens.

(III8) Nous voyons à travers ce schéma que l'ordre national des pharmaciens est divisé en 7 sections qui sont chacune gérées par un conseil central. La première section est la A jusqu'à la H qui est la dernière section de l'ordre.

À noter que ***la section A est la seule qui est composée de conseillers régionaux CROP au nombre de 12.***

Les membres de chaque conseil sont élus pour un mandat de six ans ils sont renouvelés par moitié tous les trois ans.

Nous allons donner quelques chiffres datant de 2016 pour connaître la proportion de pharmaciens qui exercent dans les différentes sections :

- **La section A** : cette section est *réservée aux titulaires d'officine* qui en 2016 représentait **26 840 pharmaciens**.
- **La section B** : elle est réservée pour *les pharmaciens exerçant dans le domaine industriel* et comptait **3666 membres pharmaciens**.
- **La section C** : cette section regroupe *les pharmaciens qui exercent dans la distribution* (**1250 pharmaciens en 2016**).
- **La section E** : elle est *réservée aux pharmaciens exerçant dans les territoires d'outre-mer* ce qui représente **1794 pharmaciens**.
- **La section G** : est réservé *aux pharmaciens biologistes* de laboratoire, on *en dénombre en 2016 7347*.
- **La section H** : cette dernière section regroupe *les pharmaciens travaillant dans les établissements de santé public*, ce sont entre autres *les praticiens hospitaliers (il y en avait 7083 en 2016)*.

En outre, cet ordre *a pour but de veiller aux conditions de moralité et de légalité professionnelle de chaque pharmacien* en rapport avec le code de la santé publique et de déontologie.

C'est également l'ordre qui *rédige le code de déontologie* qui est applicable à chaque pharmacien inscrit quel que soit la section de l'ordre. Il veille bien entendu à son application une fois qu'il a été édicté par le gouvernement comme nous avons vu plus haut.

L'ordre *est également doté d'un pouvoir disciplinaire qui est exercé par ses chambres de discipline en visant ses confrères qui commettent des fautes professionnelles*.

Il a également été créé pour faire naître un meilleur climat déontologique, c'est-à-dire prouver à travers cet ordre que les pharmaciens peuvent sanctionner leurs confrères qui enfreignent leurs obligations déontologiques, éthiques et professionnelles.

Il a également un rôle dans le maintien de la bonne entente entre confrères et permet de gérer des litiges quand ils apparaissent.

C'est ainsi que *l'ordre intervient pour lutter contre l'exercice illégal de la pharmacie* afin de protéger notre profession contre certaines dérives, notamment celles des grandes surfaces qui poussent de plus en plus pour vendre des médicaments dans leurs enseignes.

L'ordre est présent dans de nombreuses commissions ministérielles afin de faire entendre les revendications professionnelles.

C'est également lui qui *joue un rôle important en matière d'organisation des stages pour la formation continue* qui est une obligation dans notre profession. Au vu des changements et évolutions il est nécessaire de se maintenir à jour.

C'est également l'ordre qui est à l'origine en 1948–1949 de la *création de la caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens que nous détaillerons par la suite (la CAVP)*.

Il faut également rappeler que l'ordre travaille activement avec la fédération internationale pharmaceutique (la FIP) et a contribué également à la création du comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie.

Chaque adhérent et donc chaque pharmacien doit payer une cotisation annuelle (sauf quelques-uns qui en sont exonérés car pas besoin du rattachement à l'ordre pour certaines activités professionnelles) pour intégrer l'ordre qui est obligatoire pour exercer cette profession de pharmacien.

→ Les Syndicats : FSPF, USPO

(III7) Même si l'ordre a un rôle de représentativité de la profession de pharmacien au sein du système de santé, les revendications des pharmaciens sont la plupart du temps relayées par les syndicats.

Au sein de la profession des pharmaciens d'officine il y en a deux qui se distinguent :

La fédération des syndicats pharmaceutique de France : la FSPF.

Elle a été créée en 1878 et elle est très largement représentative des pharmaciens d'officine. Elle permet une union avec les syndicats départementaux de métropole et d'outre-mer et regroupe la grande majorité des pharmaciens d'officine (donc du secteur libéral).

Elle est représentée à l'échelon national et a pour but de défendre les intérêts généraux de la profession de pharmacien d'officine.

En tant qu'organisation syndicale elle étudie toutes les questions professionnelles et met en œuvre tous les moyens qui lui sont propres afin d'assurer la défense collective de la profession et de ses missions à sauvegarder.

Cette organisation syndicale est le principal interlocuteur avec les pouvoirs publics et les diverses administrations auprès desquelles elle représente la profession.

Elle participe à de nombreux groupes de travail ainsi qu'aux commissions s'intéressant à la pharmacie d'officine.

Elle négocie également avec l'assurance-maladie une convention nationale pharmaceutique qui permet notamment aux assurés sociaux de se faire délivrer leurs médicaments sans faire l'avance des frais au sein de l'officine.

C'est également elle qui négocie les conventions collectives de travail pour la branche professionnelle de la pharmacie d'officine qui ne compte pas moins de 120 000 salariés.

C'est une structure de coordination de l'action syndicale qui décentralise la politique syndicale commune au niveau départementale et communale par le biais des syndicats départementaux agréés par cette fédération.

Ces actions se centralisent à trois niveaux :

- Elle permet **d'assurer une représentativité des pharmaciens d'officine au plan national auprès des pouvoirs publics.**
- Elle **met également en place les moyens de défense professionnelle par des actions propres** qui sont relayés via les syndicats départementaux de pharmacien d'officine.
- Elle **constitue également une force de propositions envers les autorités publiques** sur toutes les questions qui intéressent la profession et qui permettent de faire avancer le système de santé dans le bon sens.

(III9) Il y a également l'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine : l'USPO.

Il représente au niveau national les pharmaciens d'officine et a vu le jour le 22 octobre 2001. Son statut juridique correspond à celui du milieu syndical **qui a pour but de défendre les intérêts professionnels du pharmacien titulaire d'officine** prenant en compte les réalités quotidiennes de son exercice au sein du système libéral de santé.

Cette union regroupe aujourd'hui 34 syndicats départementaux et compte également certains pharmaciens d'officine qui y adhèrent individuellement par l'intermédiaire d'une organisation syndicale membres de l'UNPO.

En effet, cette jeune union syndicale est déterminée à défendre la profession ainsi qu'à la moderniser à travers son action.

Elle est implantée dans l'ensemble des régions de notre territoire et a représenté 41,04% des votes aux dernières élections syndicales en 2021.

Elle veut s'inscrire comme le porte-parole des pharmacies et des pharmaciens d'officine en travaillant quotidiennement pour défendre leurs intérêts et améliorer la prise en charge des patients sur tout le territoire.

→ Le CESPARM

(III7) Dans cette continuité d'évolution de la profession et du soutien par les différentes organisations que ce soit l'ordre ou les organisations syndicales, il existe le comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française le CESPARM.

Ce comité développe de nombreuses activités permettant d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans le parcours de soins du patient que ce soit dans la prévention et l'éducation sanitaire : en effet elle **publie des documents et les diffuse tout en participant à l'élaboration du programme de formation continue** qui est obligatoire dans notre profession.

Elle **relaie également des campagnes de santé publique à travers une conception et une réalisation d'actions** avec notamment les campagnes de prévention du mois sans tabac.

Elle **met également en place des études et des enquêtes permettant de connaître les besoins des patients.**

Ce comité permet la consultation de supports d'informations permettant la vente en officine. **Elle a pour but d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans l'éducation, la prévention pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient.** Elle est présente en permanence à l'ordre des pharmaciens et englobe toutes les sections.

Ce comité doit servir aux pharmaciens d'officine et aux titulaires qui veulent développer les nouvelles missions officinales ils peuvent donc s'appuyer sur le soutien de ce comité pour la réalisation de documentations notamment.

→ La CAVP

(III10) La Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens a été mise en place en 1948 par les articles L.641-1 et R.641-1 du code de la sécurité sociale qui est la caisse de prévoyance et de retraite obligatoire de tous les pharmaciens libéraux, officinaux et biologistes.

C'est l'une des dix sections professionnelles de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales la CNAVPL permettant la gestion du régime vieillesse de base.

La CAVP gère indépendamment les régimes obligatoires de prévoyance et de retraite complémentaire de leurs pharmaciens libéraux officinaux ou biologistes qui comprend le régime invalidité décès, le régime complémentaire par répartition et par capitalisation ainsi que le régime des prestations complémentaires de vieillesse pour les biologistes médicaux conventionnés.

La CAVP propose une aide financière aux jeunes pharmaciens, pour s'installer grâce à un prêt booster dont le montant varie selon les cas.

→ URPS

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé connues sous le nom des URPS, ont été créés lors du décret du 2 juin 2010 et ont pour mission de contribuer à l'évolution ainsi qu'à l'organisation de l'offre de santé au niveau des territoires et doivent organiser une coordination entre les professionnels pour un meilleur parcours de soins et donc pour un meilleur suivi pour le patient.

Une URPS pharmacien est composée de 9 à 18 pharmaciens qui sont issus d'une liste syndicale et élus de façon démocratique par les pharmaciens titulaires d'officine.

2) Environnement officinale et rôle du pharmacien titulaire en 2020.

Dans cette sous partie nous allons nous intéresser à l'environnement officinal d'un titulaire permettant de gérer au mieux son entreprise.

En effet, il semble intéressant d'évoquer ces professions car un bon titulaire doit bien évidemment effectuer son travail de pharmacien régit par l'ordre et développer les compétences pharmaceutiques requises par la profession, les diffuser au sein de son équipe afin de mettre en place les missions qu'il souhaite dans son officine mais il doit également être un bon chef d'entreprise et un bon manager. Pour répondre à ces objectifs, il doit d'entourer de professionnels compétents.

a. L'environnement officinal d'un pharmacien titulaire

Le métier de pharmacien jouit à l'heure actuelle d'un certain avantage par rapport à d'autres professions grâce **au monopole pharmaceutique**. Ce monopole fait partie des droits du pharmacien et permet de protéger la profession de certains groupes financiers qui attendent la chute du monopole. Ils s'y sont préparés depuis plusieurs années en achetant des obligations convertibles en actions via des holdings, système juridique, permettant à des investisseurs extérieurs au domaine officinal de placer de l'argent dans une officine (achat d'obligations convertibles en actions) par l'intermédiaire d'une SEL et d'une SPFPL.

En effet, on remarque que certains groupements comme ARPILABE investissent dans des pharmacies dites discounters en aidant les jeunes pharmaciens à s'installer afin d'être présent dans le réseau officinal.

Ce monopole a été instauré afin de permettre au pharmacien titulaire d'exercer son métier sans pression extérieure et librement. Autrement dit, le monopole garantit au pharmacien une indépendance professionnelle qui permet de protéger le patient.

Cependant, si chute du monopole il est à craindre une dérive de la pharmacie vers une logique de profit au détriment du patient qui sera plutôt considéré comme un consommateur.

Mais le monopole entraine des obligations pour le pharmacien qui sous couvert de cette protection doit respecter un certain code déontologique :

Au terme de l'article L.5125-2. du CSP :

« L'exploitation d'une officine est incompatible avec l'exercice d'une autre profession, notamment avec celle de médecin, vétérinaire, sage-femme, dentiste, même si l'intéressé est pourvu des diplômes correspondants ».

De plus chaque pharmacien ne peut être titulaire que d'une seule officine où il détient la majorité des parts et ne peut investir que dans 4 autres pharmacies de façon minoritaire.

Le pharmacien ne peut pas s'installer n'importe où afin de sauvegarder le maillage territorial officinal qui est exceptionnel, nous l'avons bien vu lors de cette crise sanitaire où les officines ont permis à la population d'avoir accès aux masques, de pratiquer des tests antigéniques et de vacciner les patients contre le COVID.

La réglementation stricte du cahier des charges d'une pharmacie et des obligations du pharmacien ainsi que ses missions et ses modifications récurrentes par l'intermédiaire des nouvelles réformes doit encourager le pharmacien titulaire à s'entourer de professionnels notamment dans le domaine juridique. En effet, il peut être opportun de se tourner vers un avocat afin d'envisager les structures juridiques possibles et d'étudier les possibilités d'achat de fonds ou de parts sociales.

(III11) Effectivement, depuis quelques années le mode d'exercice des officines est en pleine évolution, **les pharmaciens se tournent de plus en plus vers une forme d'exploitation en société** permettant de distinguer leurs biens propres de ceux de l'entreprise, par opposition à **l'exploitation en nom propre qui était prônée par les anciennes générations confondant leurs biens personnels et l'officine.**

Il existe 2 types d'impôts : l'impôt sur le revenu et l'impôt sur les sociétés. Certaines structures juridiques n'ont pas le choix de l'impôt tandis que d'autres ont le choix.

Le choix de l'impôt peut avoir des répercussions sur la rémunération du titulaire notamment pendant les années où il doit rembourser l'emprunt il faut donc faire des simulations pour savoir quel est le meilleur choix fiscal pour le futur titulaire.

La seconde question primordiale à se poser pour un pharmacien voulant s'installer est de savoir s'il veut s'installer seul ou en association. L'association présente des avantages notamment quant à la gestion de l'officine mais également quant à l'équilibre vie professionnelle/vie privée.

Cependant, l'association peut devenir rapidement un handicap si les conditions d'exercice de chaque pharmacien titulaire ne sont pas posées préalablement à travers **les conventions personnelles permettant de définir par écrit un règlement intérieur qui est différent des statuts de la société** mais permet de définir les tâches, les devoirs, les heures de présence, les avantages de chaque associé opposable en cas de litiges.

Le pharmacien titulaire est un professionnel de santé qui doit également avoir des bases en management et en gestion pour pouvoir mener à bien son projet, car c'est souvent le projet d'une vie qui engage sa famille.

b. Rôle du pharmacien titulaire

Comme je l'ai dit précédemment le métier de pharmacien est une profession médicale, chaque pharmacien doit prêter serment lors de sa soutenance de thèse (c'est le serment de Galien). En effet, le rôle du pharmacien est de dispenser les médicaments prescrits, c'est la dernière barrière de contrôle qui doit permettre au patient de prendre son traitement sans risques en évitant notamment un surdosage ou une possible interaction médicamenteuse.

Le métier de pharmacien évolue et je pense que nous sommes à un tournant de notre profession. De nos jours les préparations officinales et magistrales au sein même des officines se font de plus en plus rares et laissent place aux nouvelles missions du pharmacien énoncées par la loi HPST de 2009.

Notre rôle est bien évidemment de veiller à l'observance par le patient de son traitement, de ses différents médicaments mais également d'éviter le risque iatrogène en se procurant toutes les ordonnances du patient (médecins généraliste et spécialiste) ainsi que les traitements sans ordonnances pris par les patients comme la phytothérapie ou l'aromathérapie qui peuvent influencer sur la biodisponibilité de certains médicaments et par conséquent devenir

moins efficace ou alors au contraire exacerber les effets indésirables d'un ou plusieurs médicaments du fait d'un surdosage.

Ces nouvelles missions doivent permettre au pharmacien de mettre en pratique les connaissances apprises tout au long de leur cursus et de valoriser leurs connaissances au comptoir ou lors des entretiens.

C'est donc le rôle du pharmacien titulaire de mettre en place ses nouvelles pratiques professionnelles au sein de sa pharmacie. Elles seront détaillées par la suite. C'est grâce à eux et aux adjoints que ces pratiques pourront se démocratiser au sein des officines et cela passe également par l'enseignement au sein des facultés de pharmacie qui sont axées de plus en plus vers ces nouvelles visions officinales notamment à Marseille dès le 2^{ème} semestre de 4^{ème} année avec l'implication de certains professeurs comme Mr Lamy, Mme Ferrera ou encore Mr Augier, qui nous a quitté à la fin de l'année 2020, et qui a beaucoup apporté avec son mode d'enseignement novateur pour essayer d'armer au mieux les étudiants à leurs futures pratiques professionnelles en officine.

La gestion des différentes professions présentes dans l'officine demande des connaissances et des compétences en matière de management afin d'obtenir une bonne cohésion d'équipe. La gestion d'une équipe ne s'improvise pas, manager est un métier qui s'apprend par divers procédés comme a pu nous l'enseigner Mme Ferrera.

En effet le pharmacien doit savoir manager son équipe pour une bonne rentabilité sans oublier le côté humaniste

Le management est un processus qui permet à travers diverses ressources de guider son équipe afin d'atteindre les objectifs de l'entreprise en termes de productivité, de qualité et de rentabilité.

Afin d'y arriver le manager donc dans notre cas le pharmacien titulaire doit comprendre comment fonctionne chaque employé et connaître également leur type de mémorisation et le type de personnalité pour permettre de fédérer au mieux son équipe.

Nous ne rentrerons pas dans les détails mais nous exposerons rapidement 4 modes de management qui permettent au pharmacien de manager son équipe en fonction de sa personnalité (conférez la figure 39 ci-dessous).

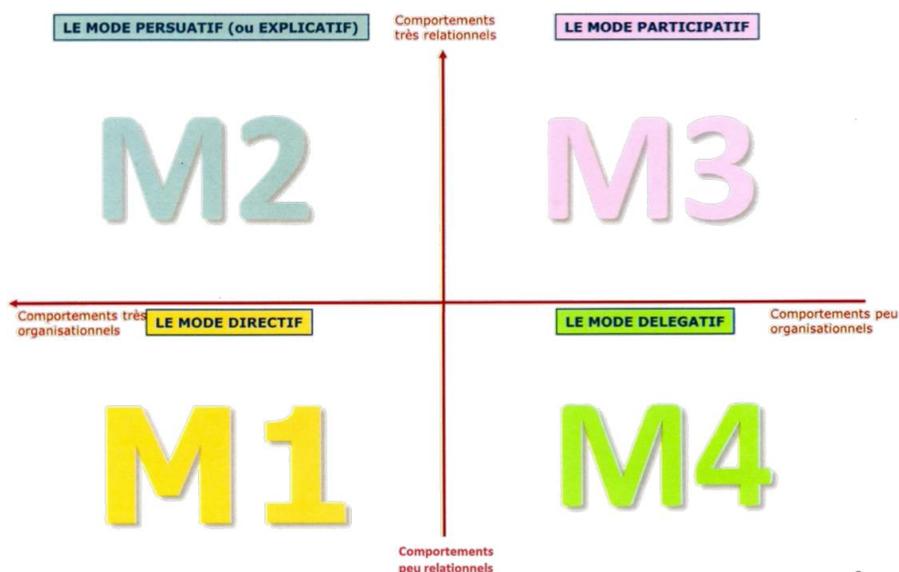


Figure 39 les 4 styles de management

Tout d'abord il y a le mode directif M1 :

Dans ce cas le manager oblige de définir avec précision les missions de chacun et de structurer et organiser les échéances de travail en donnant des instructions précises. ***Il y a très peu de relationnel mais c'est très organisationnel. Il faut faire attention car ce type de management peut engendrer une perte de la vision globale*** et peut être une limite pour faire progresser son personnel il faut donc le manier avec prudence.

Ensuite il y a le mode explicatif ou persuasif M2 :

C'est le mode de management le plus compatible avec l'exercice officinal car c'est le plus complet et permet à chaque employé de s'épanouir. ***En effet ce mode de management est basé sur l'explication et la compréhension***, le but est de faire adhérer ses employés en expliquant ses choix et en communiquant l'intérêt de la marche à suivre. ***C'est un mode très relationnel et très organisationnel mais attention il peut devenir chronophage car il faut expliquer sans cesse les choses***. Il faut faire attention car ce mode de management peut être perçu comme manipulateur si le titulaire prend seul les décisions.

Vient ensuite le mode participatif M3 :

Le principe de ce management est d'écouter et de répondre aux questions afin de favoriser le travail en commun, il permet de développer l'intelligence collective. Dans ce type de management on peut mettre en place des entretiens afin d'avoir le ressenti des employés mais il faut faire attention car ***c'est un mode peu organisationnel mais qui est très relationnel***. Ce type de management prend du temps car il faut écouter tous les partis.

Enfin il y a le mode délégatif M4 :

Ce mode de management mise sur l'autonomie du personnel, il laisse le choix mais est cadré par exemple grâce à un tableau de bord. Ce type de management permet de développer les potentiels et favorise les évolutions internes et permet au personnel de prendre confiance. ***C'est un comportement organisationnel mais qui est peu relationnel car il laisse faire les gens il faut donc faire attention au laisser-aller***.

Nous voyons bien à travers ces 4 modes que le management n'est pas universel et peut-être effectué de multiple façon en fonction du caractère de chacun. Il faut réussir à trouver le bon équilibre en utilisant des outils et des façons de faire afin de fédérer au mieux son équipe.

Le pharmacien titulaire peut manager lui-même son équipe ou faire appel à des professionnels permettant de l'aider à mettre en place des techniques et des outils afin d'avoir une meilleure organisation, une meilleure gestion, une meilleure communication et une meilleure entente au sein de son entreprise.

En résumé, le rôle du pharmacien en 2020 est complexe car il doit être un véritable acteur du système de santé en permettant une bonne coopération entre les différents acteurs de la santé notamment en dirigeant le patient vers le professionnel de santé adapté mais il doit également délivrer les bons médicaments et procurer de véritables conseils.

II. Le circuit du médicament et l'environnement officinal

1) Réglementation des médicaments en France

a. Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les médicaments

(III18) En France et dans l'ensemble des pays européens, pour qu'un médicament soit mis sur le marché il doit obtenir une AMM qui est fondée sur l'examen de la balance bénéfices-risques et sur plusieurs autres critères :

- **Tout d'abord le laboratoire doit démontrer l'efficacité de son médicament** par rapport aux indications de cette molécule. Il doit également cibler les patients pour lequel le médicament va être mis sur le marché et donner la posologie recommandée qui comprend la dose et la durée du traitement.
- **Il doit également faire des études sur les effets indésirables** découlant de l'utilisation fréquente. Cela est possible lors des essais précliniques et cliniques.
- **Enfin il doit vérifier la qualité chimique, microbiologique et biologique du médicament** qui comprend bien évidemment les substances actives et les excipients. Il doit donc décrire le procédé de fabrication.

Par la suite le laboratoire peut demander une AMM (autorisation de mise sur le marché). **Pour un pays de l'Union européenne 4 procédures peuvent être mises en œuvre afin de l'obtenir.**

Il y a 3 procédures européennes et une procédure nationale concernant la France.

Il y a tout d'abord la procédure centralisée :

Cette procédure est mise en place lorsque **le médicament est destiné pour tous les pays membres de l'Union européenne**. Dans ce cas, **l'AMM est octroyée par la Commission européenne**. Toutefois le laboratoire peut restreindre sa commercialisation dans un certain nombre de pays membres. Cette procédure est obligatoire pour les médicaments de thérapies innovantes, les médicaments des biotechnologies et également les médicaments innovants contenant une nouvelle substance active.

Il y a ensuite la procédure décentralisée :

Cette procédure permet à un laboratoire d'obtenir l'AMM d'un médicament seulement dans un ou plusieurs des pays membres de l'union européenne mais pas dans la totalité des états membres. Dans ce cas, le laboratoire demande à un état membre d'être état de référence parmi les états qui souhaitent autoriser le médicament.

La dernière procédure au niveau européen est la procédure de reconnaissance mutuelle :

Elle permet de faciliter l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché pour un médicament ayant déjà une AMM dans un des États membres de l'Union européenne par une procédure nationale. Dans ce cas l'état référent est celui qui a obtenu l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament par sa procédure nationale. Les AMM sont délivrées par les autorités compétentes des États membres concernés.

Enfin, il existe une procédure nationale :

Cette procédure est utile lorsque la commercialisation du médicament n'est envisagée que dans un état concerné.

En France c'est l'ANSM qui délivre les autorisations de mise sur le marché pour les médicaments qui obtiennent l'AMM par la procédure nationale mais également pour les médicaments issus des procédures décentralisées et de reconnaissance mutuelle que nous avons décrit plus haut.

Une fois que le laboratoire obtient l'autorisation de mise sur le marché la décision de commercialiser ou non le médicament relève uniquement du laboratoire et il dispose d'un délai de 3 ans après l'obtention de l'AMM pour le commercialiser sinon elle devient caduque.

Cette autorisation est délivrée pour une durée initiale de 5 ans qui peut être par la suite renouvelée sans limitation de durée sauf exception. Toutefois il peut y avoir des modifications de l'autorisation de mise sur le marché pour un médicament.

Le laboratoire doit également fournir des informations contenues dans le RCP qui est le résumé des caractéristiques du produit destiné aux professionnels de santé ou dans la notice qui est destinée pour les patients.

En France, les médicaments sont classés sur différentes listes en fonction des conditions de prescription et de délivrance. Les médicaments classés sur la liste 1 (***Cadre rouge sur la boîte peuvent être délivrés que pour la durée mentionnée sur l'ordonnance***) et sur la liste 2 (***cadre vert sur la boîte peuvent être délivrés plusieurs fois à partir de la même ordonnance pendant 12 mois***) sont des médicaments qui peuvent être délivrés uniquement sur ordonnance ils doivent être prescrits par des professionnels de santé mais malheureusement pas encore pour les pharmaciens.

Enfin il y a une liste qui regroupe les médicaments stupéfiants qui sont soumis à des restrictions de délivrance.

b. L'ANSM

(III19) l'ANSM permet de délivrer des autorisations de mise sur le marché (AMM) sur notre territoire mais cette ***Agence Nationale de Santé du Médicament agit au nom de l'état pour permettre aux produits de santé qui sont disponibles en France d'être sûrs, innovants, accessible, utilisés correctement et bien entendu efficaces.***

La stratégie de l'ANSM est basée sur 4 axes :

- **Tout d'abord il y a une volonté d'ouverture et de transparence :**

Cette volonté d'ouverture est engagée par cette agence en ***nouant le contact avec l'ensemble des professionnels de la santé et en agissant en concertation avec les patients afin que leurs actions répondent le mieux possible aux enjeux du quotidien.*** Cette agence est également en contact avec les industries de la santé pour surveiller au mieux les autorisations de mise sur le marché des médicaments.

- Cette agence a vocation à gérer les risques éventuels des produits de santé :

En effet, son objectif est d'éviter au maximum les risques d'effets indésirables ou quand ce n'est pas possible de les réduire au maximum. Cette démarche est englobée dans toutes les actions et toutes les décisions prises par l'ANSM telles que les actions d'information et de sensibilisation sur le bon usage des produits de santé.

- L'ANSM a la volonté d'accélérer l'accès à l'innovation thérapeutique :

En effet, elle est animée par la volonté de faciliter la mise à disposition en France de ces médicaments en accompagnant le développement de ces produits de santé et en favorisant un accès plus large et plus rapide au traitement dans des conditions assurant la sécurité des patients. Elle travaille conjointement avec l'agence européenne des médicaments ainsi que la Commission européenne et les autres agences nationales des pays membres de l'Union européenne pour permettre à l'Europe d'être à la pointe des thérapies nouvelles.

- Il y a également une volonté de performance et d'efficience :

L'ANSM est engagée quotidiennement pour fournir des services sûrs et efficaces correspondant aux attentes du public en simplifiant les procédures et en renforçant la maîtrise des risques. Il y a une volonté d'uniformiser et d'harmoniser les pratiques notamment par l'adoption d'un système de management de la qualité en obtenant la certification ISO 9001 en 2018 et qui a été renouvelée en 2019 pour la gestion des risques.

c. Comité de Transparence

(III20) La commission de la transparence est une entité de la haute autorité de santé qui est centrée sur le médicament.

C'est une instance scientifique qui est composée de nombreux professionnels de santé tels que des médecins, des pharmaciens mais également des spécialistes en épidémiologie et en méthodologie.

Son analyse intervient après l'autorisation de mise sur le marché et avant que le laboratoire le commercialise. ***En effet, elle permet au laboratoire d'obtenir ou non le remboursement du médicament par l'inscription sur une des listes existantes en France*** (article L162-17 du code de la sécurité sociale et L5123-2 du code de la santé publique).

Son travail est basé sur 2 missions majeures :

- La première consiste à donner un avis au ministre en charge de la santé et de la sécurité sociale sur la prise en charge ou non d'un médicament pour son utilisation en ville ou à l'hôpital.

Elle se base sur l'évaluation du service médical rendu (SMR) qui prend en compte la gravité des pathologies, les effets indésirables, l'efficacité et la place dans la stratégie thérapeutique. Elle se base également sur ***l'amélioration du service médical rendu (ASMR)*** qui évalue la valeur ajoutée du médicament qui est proposée par rapport aux thérapies déjà mises sur le marché et remboursées en France.

- **La seconde mission majeure de cette commission est de contribuer au bon usage du médicament.** Pour cela elle publie une information scientifique et indépendante des laboratoires sur chaque médicament dont elle rend son avis.

Le laboratoire, pour permettre le remboursement de son médicament qui a obtenu l'autorisation de mise sur le marché, doit déposer un dossier qui sera examiné par les membres de cette commission en concertation avec le service d'évaluation des médicaments (SEM) et de la direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique (DEMESP).

La commission de transparence diffuse via internet les avis qu'elle rend sur chaque médicament et peut pour certains d'entre eux produire une fiche du bon usage.

Après avoir vu les instances encadrant la sécurité et la mise du médicament sur le marché nous allons nous intéresser aux différents acteurs intervenant dans la distribution du médicament.

2) Les acteurs de l'industrie pharmaceutique au service de l'officine

a. L'environnement officinal

(III21) Afin de faire parvenir les médicaments et les dispositifs médicaux aux patients, ***l'industrie pharmaceutique est composée de nombreux acteurs permettant la distribution de ces médicaments.*** Les laboratoires pharmaceutiques mettent en place les essais cliniques et précliniques lorsque le processus de recherche et développement d'une molécule est achevé. Bien entendu ils doivent se fournir en matières premières et sont contrôlés comme nous l'avons vu précédemment par les autorités de santé.

Les laboratoires pharmaceutiques travaillent majoritairement en direct avec les grossistes répartiteurs qui eux par la suite distribuent les médicaments aux officines, aux hôpitaux et aux cliniques à travers les pharmacies à usage intérieur.

Les officines peuvent également travailler en direct avec les laboratoires afin d'obtenir des prix compétitifs au près des grossistes répartiteurs. C'est à ce stade que les groupements et les GIE (Groupement d'Intérêt Économique) interviennent.

La figure 40 nous montre bien les différents acteurs permettant la circulation des médicaments dans notre pays et par la même leur acheminement jusqu'au patient.

Le circuit jusqu'au patient est à 65% indirect c'est à dire qu'il y a des intermédiaires entre le producteur des médicaments autrement dit les laboratoires et le destinataire qui est le patient en fin de chaîne.

A l'inverse, le circuit direct du produit jusqu'au patient s'effectue sans intermédiaire.

Ce circuit est possible pour certains produits exceptés ceux qui nécessitent une délivrance par le pharmacien.

Les différents intermédiaires font intervenir les grossistes répartiteurs mais également les professionnels de santé tels que les médecins et les pharmaciens par le démarchage des laboratoires au sein même des cabinets ou des officines ou encore des hôpitaux afin de faire connaître leurs produits et leurs différentes utilisations.

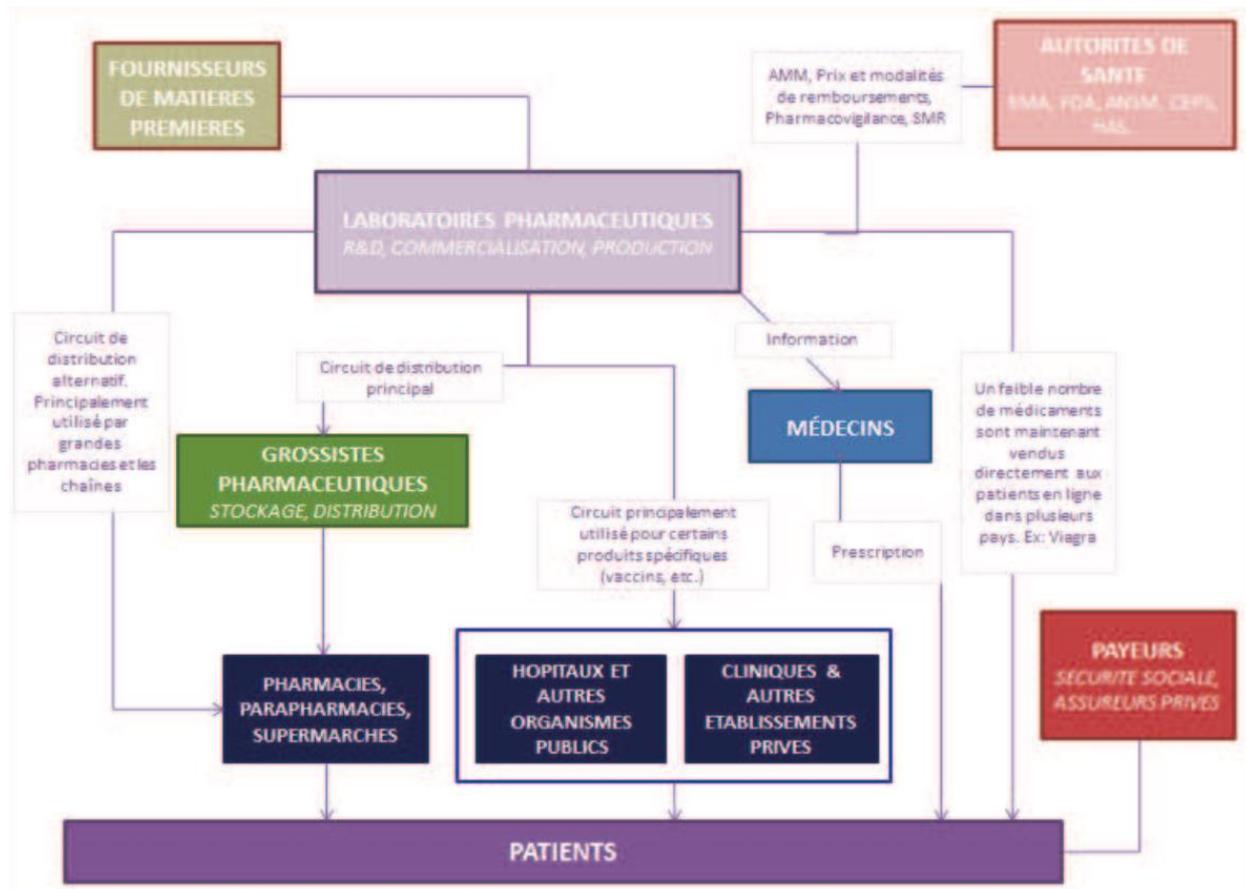


Figure 40 les différents acteurs de la distribution pharmaceutique en France

Nous allons à présent détailler succinctement le rôle des grossistes répartiteurs des centrales d'achat ainsi que des groupements et des GIE.

b. Les grossistes

(III21) De nombreux grossistes répartiteurs existent en France métropolitaine et représentent plus de 80% de l’approvisionnement des officines en produits pharmaceutiques.

Toutefois, il y en a 5 principaux qui représentent près de 98% du marché Français :

- **L’OCP**
- **Alliance Healthcare**
- **Phoenix Pharma**
- **La CERP**
- **Et Giphar groupe**

Néanmoins, une petite nuance est à apporter car le groupe de la CERP est divisé sur le territoire français en 3 secteurs : il y a la CERP Rhin Rhône Méditerranée, la CERP Rouen et la CERP Bretagne atlantique.

Ce qui représente finalement sur le territoire 7 acteurs majeurs de la répartition pharmaceutique qui sont les seuls à être inscrits à la Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique CSRP.

La **figure 41** permet de définir les proportions de ces différents grossistes sur le territoire français et également le nombre des différents établissements permettant la répartition dans les officines des différents produits de santé.

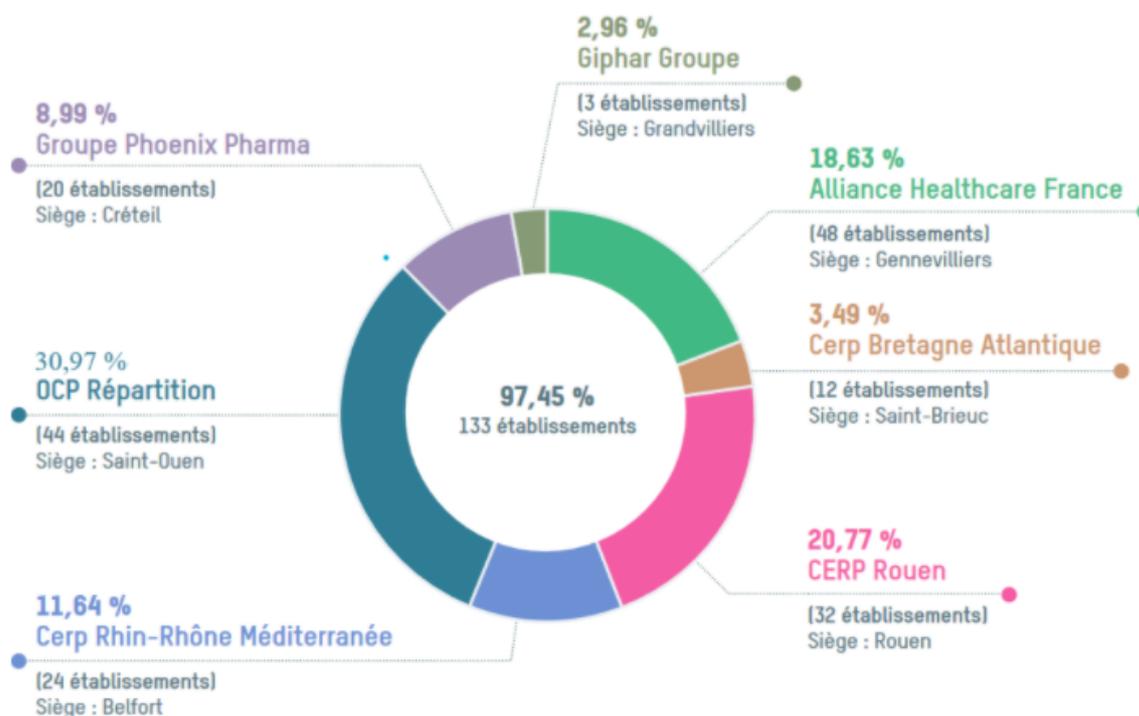


Figure 41 : les 7 acteurs majeurs de la répartition en France.

Au niveau européen la répartition fait intervenir sensiblement les mêmes acteurs à l'exception du groupe Giphar.

En effet :

- ***L'OCP fait partie de la filiale du groupe Celesio et représente environ 23% du marché.***
- ***Alliance Healthcare répartition est membre du groupe alliance boots qui représente environ 20% du marché.***
- ***Phoenix Pharma fait partie de la filiale Phoenix Group*** qui est plus développée au niveau européen par rapport à la France car elle représente environ ***17% du marché*** à l'échelle européenne.
- ***Enfin il y a le réseau CERP qui fait partie de l'organisation européenne SECOF.***

Ces 4 acteurs représentent 2/3 du marché européen.

Les grossistes répartiteurs ont des obligations imposées pour avoir ce statut :

- Dans un premier temps ***ils doivent impérativement desservir toutes les pharmacies qui leur en font la demande sur leur zone d'activité déclarée dans un délai de 24h*** à réception de la commande.
- Ils doivent également ***avoir la capacité de répondre à la demande ou en cas d'urgence pour n'importe quelle officine.***
- ***Dans leurs dépôts, ils doivent disposer obligatoirement d'un stock permettant de satisfaire au minima 15 jours de vente référencant au moins 90% des médicaments et des accessoires médicaux.***
- ***Ils doivent également permettre de procéder au retrait rapide d'un médicament jugé potentiellement dangereux par les autorités compétentes.***
- ***Enfin il doit y avoir à la tête de chaque grossiste un pharmacien responsable et un ou plusieurs pharmaciens assistants.***

Nous constatons donc que le cahier des charges à remplir pour les grossistes répartiteurs est très contraignant notamment en France où le monopole pharmaceutique existe encore contrairement à d'autres pays européens.

À l'heure actuelle, le monopole pharmaceutique empêche les grossistes répartiteurs de racheter des pharmacies et donc de faire des sociétés communes comme c'est le cas notamment en Angleterre avec Alliance Boots qui rachète des officines grâce à sa force de distribution des médicaments en leur sein ce qui leur donne un net avantage pour le management interne des différentes officines rachetées.

Si ce monopole venait à disparaître les pharmacies devraient revoir leur organisation afin d'éviter de reproduire ce qui peut exister aujourd'hui avec la grande distribution et les différentes chaînes.

c. Les dépositaires, les Centrales d'Achats Pharmaceutiques (CAP), et les Structures de Regroupements à l'Achat (SRA).

Il est important de faire la différence entre les dépositaires, les centrales d'achats pharmaceutiques ainsi que les structures de regroupement à l'achat.

Les dépositaires

Tout d'abord, il faut savoir qu'un dépositaire **est une structure qui stocke et distribue l'ensemble des produits pharmaceutiques et des articles médicaux des laboratoires aux officines, hôpitaux, cliniques ainsi qu'aux grossistes répartiteurs.**

Ils interviennent donc en amont de la répartition et permettent d'entreposer le stock des laboratoires mais à la différence des grossistes répartiteurs ou des centrales d'achat pharmaceutique ils ne sont pas propriétaires de ces stocks. C'est un maillon supplémentaire de la distribution qui travaille pour les laboratoires.

Les centrales d'achat pharmaceutiques

Les centrales d'achat quant à elles sont des structures créées par plusieurs officines qui se rassemblent au sein d'un groupement afin de négocier des conditions commerciales beaucoup plus avantageuses que lors d'achat individuel.

La plus connue est la société Giphar qui a d'ailleurs également débuté une activité de grossiste répartiteur en 2012. Les grossistes afin de lutter contre les groupements ont créé des structures similaires tel que Alphega pour alliance healthcare ou encore Pharmactiv pour l'OCP.

(III22) les centrales d'achat pharmaceutiques sont des entreprises qui doivent être gérées par un pharmacien responsable et qui doivent être déclarées à l'ANSM en respectant un cahier des charges strict notamment en termes d'équipements et de sécurité.

Ils ont pour **obligation d'avoir un entrepôt de livraison et de stockage** c'est pour cela que ces centrales d'achat pharmaceutiques ont un statut d'établissement pharmaceutique comparable à une structure de grossistes répartiteurs à l'exception des médicaments listés.

Le fonctionnement des centrales d'achat est basé sur l'achat et la gestion des stocks qui revendent en gros ou en détail aux pharmaciens titulaires qui adhèrent à cette centrale d'achat.

L'intérêt majeur pour les pharmaciens est un réel gain de temps, une meilleure gestion de son stock car cela évite de prendre des rendez-vous avec les commerciaux des laboratoires car les conditions commerciales sont directement négociées par la centrale d'achat.

La figure 42 permet de schématiser le fonctionnement des CAP qui achètent le stock aux laboratoires et qui livrent les différentes pharmacies qui adhèrent à la CAP.

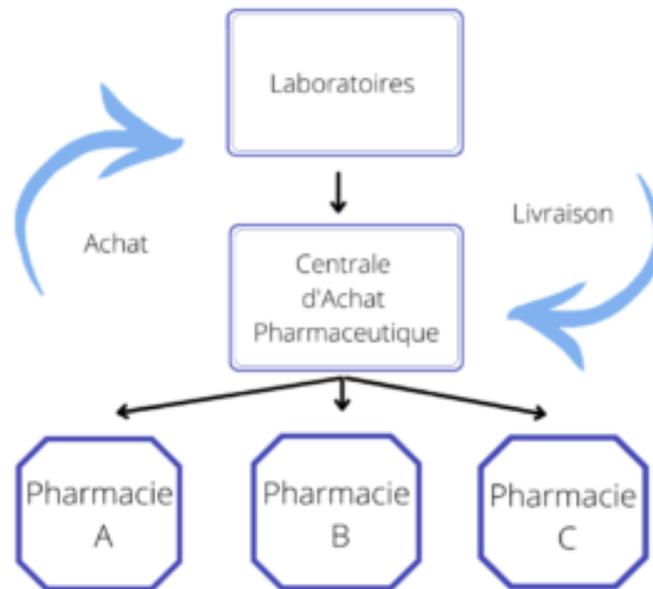


Figure 42: Fonctionnement d'une Centrale d'Achat Pharmaceutique.

L'obligation d'avoir des locaux pour stocker mais également de livrer ces produits entraîne des coûts élevés et ces structures sont donc difficiles à créer pour les pharmaciens titulaires d'officine, d'où l'émergence des structures de regroupement à l'achat.

Les Structure de Regroupement à l'Achat (SRA)

Comme les centrales d'achat pharmaceutiques, elles ont vu le jour pour donner suite au décret de juin 2009.

Ces structures permettent d'acheter en se regroupant mais à l'inverse des CAP ces structures ne peuvent pas stocker les produits.

Les SRA doivent être obligatoirement créées par un pharmacien d'officine et regroupent d'autres pharmaciens et peuvent avoir différentes formes juridiques (société de groupement d'intérêt économique, association).

On distingue deux types de fonctionnement au sein d'une SRA :

- **Les référenceurs** : *négociation des conditions commerciales des produits par les référenceurs auprès du laboratoire qui livre et facture directement aux officines membres.*
- **Les commissionnaires** : *dans ce cas la SRA devient un intermédiaire car les commissionnaires négocient et passent les commandes pour leurs adhérents.*

La SRA quel que soit son statut juridique ne se fait aucune marge bénéficiaire à l'inverse d'une CAP.

Son fonctionnement est bien résumé à travers **la figure 43** qui décrit le circuit des produits par l'intermédiaire de cette structure.

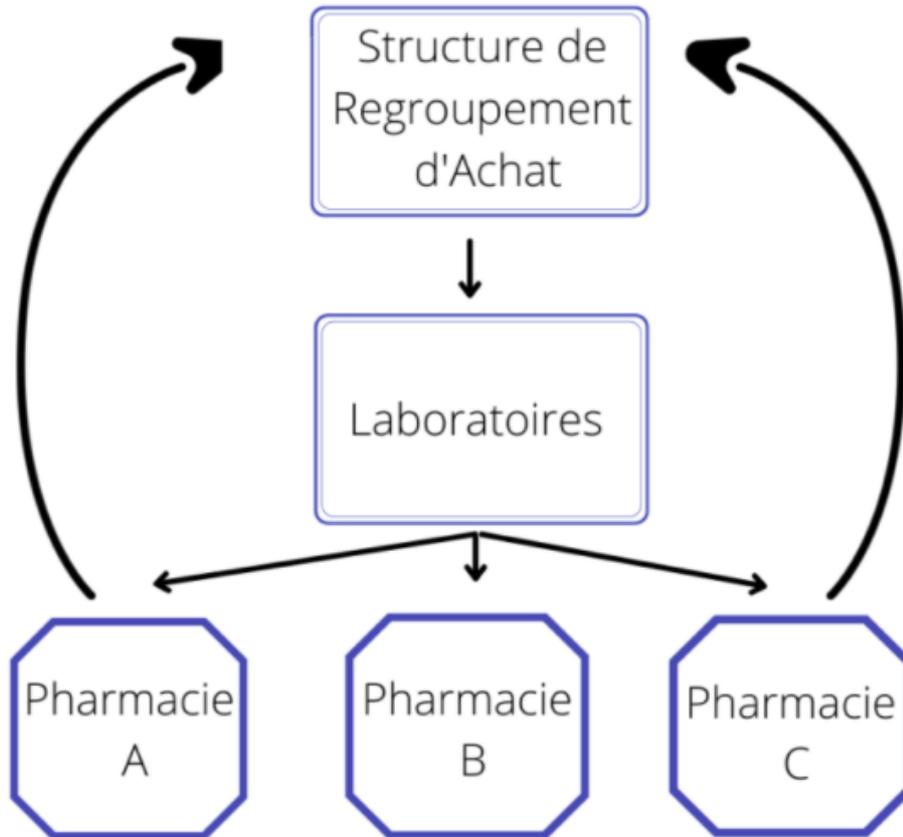


Figure 43 Fonctionnement d'une structure de Regroupement d'Achat.

Ces structures sont beaucoup plus faciles à mettre en place qu'une centrale d'achat pharmaceutique : moins d'investissement car elle ne nécessite pas d'entrepôt pour le stockage, ni de personnel. Toutefois il y a un inconvénient à cette structure car les laboratoires n'effectuent pas toujours des remises ce qui conduit à la fermeture de nombreuses d'entre elles.

L'idéal est donc d'associer les deux structures (SRA et CAP) en alliant les avantages de chacune d'elle : la SRA négocie les conditions commerciales et la CAP stocke et livre les différentes pharmacies adhérentes.

Nous allons à présent parler des groupements et des GIE qui utilisent pour certains d'entre eux soit une SRA ou une CAP ou la combinaison des deux.

d. Les groupements et GIE

(III11) Depuis les années 1960 les pharmaciens ont compris l'intérêt se regrouper afin d'obtenir de meilleures conditions d'achat et de déléguer des missions à des entités leur permettant un gain de temps pour exercer leur métier d'où l'apparition **des groupements** dont l'adhésion des pharmaciens est majoritaire aujourd'hui (2/3 de la totalité des pharmacies).

Les services proposés par les groupements sont très divers et permettent à chaque pharmacien de choisir le groupement correspondant à sa vision officinale.

Les groupements proposent à leurs adhérents deux types d'activités :

- **Une activité d'achat** qui permet aux adhérents d'acheter en gros directement auprès des laboratoires, leur offrant de meilleures conditions d'achat pour l'officine.

Ces achats groupés comprennent l'OTC qui sont les produits dits de conseils permettant aux pharmaciens de conseiller leurs patients pour des pathologies bénignes.

Le choix de l'OTC est important au sein de l'officine permettant un conseil approprié et complet pour le patient.

Ces achats groupés permettent également une négociation des prix sur les génériques.

Ces groupements permettent une négociation des prix sur la dermo-cosmétique et les produits d'hygiène dont la vente n'est pas exclusive aux pharmacies.

Certains pharmaciens s'orientent vers un groupement afin d'obtenir des produits de parapharmacie à des prix compétitifs, rivalisant ainsi avec les grandes surfaces.

Pour fonctionner les groupements utilisent notamment les SRA et les CAP que nous avons détaillé plus haut.

- **Les services et l'aide à la vente** qui sont très diversifiés et varient en fonction de chaque groupement.

Ils ont pour but de proposer des formations à l'équipe officinale ainsi que le renforcement du système qualité.

Ils peuvent également mettre à disposition certains outils informatiques.

Ils peuvent mettre en place des conseils juridiques et financiers (audits comptables entre autres), une communication externe (animations au sein des officines, agencements des vitrines).

Ils proposent pour certains un site internet, une aide à la mise en place des produits au sein de l'officine pour attirer la clientèle.

Bien entendu l'appartenance à un groupement engendre un coût pour le pharmacien mais les groupements jouent et joueront un rôle majeur dans les années futures permettant des prix compétitifs et un meilleur service pour les patients en tenant compte de l'évolution de la profession.

Si de nombreux groupements existent nous indiquerons simplement deux typologies de groupements :

- Le premier type tourné essentiellement sur la parapharmacie et qui est le modèle utilisé dans les centres commerciaux tel que le groupement Lafayette.
- Le deuxième type de groupement est orienté sur le service patient et les nouvelles missions pharmaceutiques, tel que le groupement TOTUM.

Nous verrons dans les années futures quel type de groupement prendra l'ascendant ce qui permettra de déterminer la direction majoritaire des pharmaciens titulaires : soit de se tourner vers les nouvelles missions qui leur sont confiées ou de privilégier le secteur de la parapharmacie et du discount.

Il faut savoir que certains groupements ont décidé de s'unir au sein d'une association régie par la loi de 1901 s'appelant le Collectif National des Groupements de Pharmacies d'Officine ayant pour but de créer un réseau de pharmaciens forts et homogènes.

Cette solution permettrait une meilleure entente et cohésion entre les pharmaciens en adhérant à une telle association afin de définir une direction globale des pharmacies dans leur rôle à jouer au sein du système de santé.

Cette association dénommée l'UDGPO Federgy a été créée en septembre 2014 formant le syndicat des groupements qui a pour vocation la défense des intérêts de la profession ainsi que de ses membres. Elle réalise également un travail prospectif sur les évolutions des groupements, son but est donc complémentaire avec celui des syndicats d'officine.

Cette association des groupements représente à l'heure actuelle seize groupements nationaux se développeront dans les années futures.

Nous terminerons par les GIE qui sont des groupements d'intérêt économique.

(III23) Juridiquement une GIE est un groupement de personnes morales ou physiques qui doit comporter au minimum deux acteurs. Son objectif est de faciliter le développement économique d'entreprises du même secteur d'activité en mutualisant les ressources, le matériel et les idées.

Il existe 2 types de membres au sein d'une GIE :

- Les administrateurs membres qui peuvent bénéficier d'une rémunération.
- Les administrateurs non-membres qui bénéficient uniquement des avantages générés par la GIE.

L'intérêt pour les pharmaciens titulaires de monter un GIE est de leur donner certains avantages des groupements principalement le bénéfice des tarifs de groupe sur les commandes.

Les pharmaciens effectuent ensuite pour la plupart des rétrocessions qui ne sont pas légales mais tolérées.

En conclusion les pharmacies peuvent se regrouper soit par des groupements, des GIE mais également par la mise à disposition de structure permettant de négocier les achats (SRA ou CAP).

Nous allons maintenant nous intéresser au rôle joué par les officines dans le système médical français.

III. Les officines

1) Vision personnelle d'une officine à travers une expérience

Ma vision personnelle de l'officine est celle qui est tournée vers le patient.
Dans ce contexte nous allons étudier une pharmacie que nous appellerons Pharmacie X.

Dans un premier temps nous allons étudier son environnement extérieur pour appréhender les atouts stratégiques du lieu.

En premier lieu, il est important de connaître le nombre de pharmacies dans la ville concernée. J'ai pu constater qu'il y en avait deux.

Avec la réglementation permettant un bon maillage territorial des officines imposant une officine pour 2500 habitants puis l'ouverture d'une deuxième à partir de 4500 habitants, nous pouvons dire que dans cette commune il y a plus de 4500 habitants.

Nous sommes donc dans un village, cette pharmacie n'est pas sectorisée permettant d'avoir une clientèle diversifiée.

À contrario dans les villes, les officines sont sectorisées tels que les pharmacies situées à proximité des grandes surfaces où le service et le conseil doivent être rapides pour répondre à la clientèle souvent pressée.

La pharmacie qui nous intéresse est située sur une place permettant un stationnement facile, ce qui est un avantage pour les patients.

À proximité de cette officine il n'y a pas de centre médical mais uniquement des cabinets de médecins regroupant six médecins ainsi qu'un laboratoire d'analyses médicales, des cabinets d'infirmiers ainsi qu'une annexe de matériel médical appartenant à la pharmacie.

Ce regroupement de structures permet au patient d'avoir des services médicaux au même endroit lui facilitant ainsi son parcours de soins.

La situation géographique de cette pharmacie lui a permis de développer le conseil d'ordonnance ainsi que le développement des nouvelles missions auprès du patient.

Cette typologie d'officine au vu du contexte extérieur nous fait penser qu'elle joue un rôle central pour l'offre de soins de ce village et qu'elle se tourne essentiellement vers le bien-être global du patient de différents types d'âges, et cela en coordination avec les autres professionnels de santé environnant.

À première vue nous pouvons constater que cette pharmacie a l'air d'englober beaucoup de compétences pouvant convenir à tout type de patient.

Nous allons donc nous intéresser à l'espace interne de la pharmacie afin de nous assurer de son adéquation avec sa situation extérieure.

On remarque à l'entrée une **certification ISO 9001** visible sur la devanture de la pharmacie, qui est en général inhabituelle dans les pharmacies.

Cette certification est obtenue par validation de procédures avec un contrôle annuel.

Ce contrôle annuel permet de valider ou non les procédures mises en place sur le cahier des charges durant l'année écoulée ainsi que les améliorations apportées comparativement à celles de l'année précédente. Si toutes les procédures sont validées alors une conformité est établie sinon c'est une non-conformité qui est notifiée sur le rapport obligeant l'entreprise à effectuer des changements pour que la conformité soit corrigée lors du prochain passage de l'expert.

Ce système de certification permet pour une entreprise de se fixer des objectifs de qualité essentiels pour le bon développement de l'entreprise ainsi que les améliorations à apporter pour obtenir la certification dans un domaine préalablement défini.

Il n'y a aucune obligation d'obtention de certification au sein d'une officine mais c'est un gage de qualité pour le patient car tout est codifié et en connaissant les normes et les procédures, à travers un tableau de bord par exemple, cela permet à chaque employé d'avoir la même façon de travailler.

Dans un premier temps, nous allons estimer la taille de l'officine par une estimation approximative du chiffre d'affaires. Les obligations réglementaires imposent à chaque titulaire d'avoir deux assistants pour un chiffre d'affaires compris entre 2,6 et 3,9 millions d'euros et d'avoir un assistant supplémentaire par tranche de 1,3 millions d'euros. Cette pharmacie a donc un chiffre d'affaires supérieur à 5 millions d'euros car elle emploie 3 pharmaciens assistants. Ce qui la classe parmi les grosses pharmacies.

Le groupement TOTUM dont fait partie cette officine a développé divers objectifs telle la promotion chaque mois de produits phares à des prix compétitifs, le développement d'un espace dédié au comptoir ainsi qu'au conseil, et un espace de vente réservé à la parapharmacie.

De plus, elle dispose de plusieurs salles afin de conseiller les patients dans des domaines très divers :

- **Une salle est destinée à l'orthopédie** permettant d'essayer les différents modèles d'attelles, de choisir le modèle et la taille la plus adéquate pour chaque patient. Cette salle permet également de prendre les mesures pour les bas, collants et chaussettes de contentions ainsi que pour exposer les différents modèles. Ce qui permet une zone de confidentialité pour le patient qui peut essayer chaque dispositif dans les meilleures conditions mais également de prodiguer des conseils adaptés de manière plus poussée que derrière le comptoir.

- ***Il y a également une salle destinée au maternage*** permettant d'expliquer le fonctionnement d'un tire lait pour les parents qui ont leur 1^{er} enfant. Cette salle sert également d'endroit permettant aux mamans d'allaiter de façon plus discrète conférant de l'intimité et de la tranquillité pour la maman et son enfant.
- ***Il y a également une salle destinée aux entretiens pharmaceutiques.***
- ***Une autre salle est destinée à des entretiens nutritionnels permettant de suivre les patients qui ont un IMC inférieur à la normal*** et de leur proposer des solutions et une prise en charge adaptée ainsi qu'à l'aromathérapie.

Il y a également un espace dédié à la PDA (Préparation des Doses à Administrer) nécessitant une installation spécifique qui est destiné à la préparation des sachets journaliers de médicaments pour les maisons de retraite. On en conclut une diversification d'activité et une rentabilité pour compenser la partie conseil qui n'est pas la plus rentable dans une officine mais qui me semble essentielle dans notre profession.

En effet, il faut trouver une activité rentable permettant d'accroître le chiffre d'affaires d'une officine afin d'offrir les meilleurs services possibles aux patients en leur consacrant du temps.

Dans cette officine l'activité parallèle est la réalisation de dispensations nominatives et journalières à l'attention des maisons de retraites mais il peut s'agir d'autres activités comme la présence d'un préparatoire destiné à fournir d'autres officines.

Ce modèle de pharmacie serait à développer afin de recentrer le rôle du pharmacien dans une prise en charge pluridisciplinaire du patient en coordination avec tous les professionnels de la santé.

2) Réglementation et répartition des officines en France

(III13) le maillage territorial officinal permet une répartition homogène des pharmacies sur l'ensemble du territoire français. ***La réglementation impose une officine pour 2500 habitants puis la création d'une nouvelle officine par palier de 4500 habitants.***

À l'heure actuelle, les créations d'officine se font très rares. On parle plutôt de regroupement d'officines ou de transfert.

Toutefois, les conditions d'implantation des pharmacies d'officine sur le territoire français ont été simplifiées d'après l'article 204 de la loi numéro 2016-41 du 26/1/2016 qui a pour vocation de moderniser notre système de santé ainsi que l'ordonnance numéro 2018-3 du 3/1/2018 réformant les conditions d'implantation des pharmacies.

En effet, notre profession, à l'inverse des autres professions médicales qui sont gouvernées sur le principe de la liberté d'installation, est soumise à un quota de pharmacies par nombre d'habitants.

Toute demande de création ne peut se faire sans l'accord du directeur de l'ARS.

L'ouverture d'une pharmacie englobe trois opérations :

- Soit ***la création d'une nouvelle officine*** mais qui est très rare,
- Soit ***le transfert d'une officine*** un autre endroit pour permettre une expansion et combler un déficit dans un territoire donné
- Et enfin ***le regroupement de deux ou plusieurs officines*** pour permettre de pallier la fermeture de l'entreprise et donc d'éviter de mettre les employés au chômage.

Comme nous l'avons dit la création d'officine reste une exception mais qui peut être réalisée sous deux conditions :

- ***Tout d'abord elle ne peut se faire que dans des villes ou des communes comprenant des zones franches urbaines ou des quartiers prioritaires ou des zones qui demandent une revitalisation rurale.*** Nous voyons bien que la création d'une l'officine dépend de la politique globale de la ville.
- ***Le deuxième critère exigé est relatif aux conditions démographiques que nous avons vu plus haut*** qui doivent être remplies depuis deux ans à partir du dernier recensement.

En effet, le but premier est d'assurer une dispensation des médicaments pour l'ensemble de la population qui réside dans un lieu donné, ce qui dépend des besoins de la population, des patients, et orchestré par la politique de la ville en concertation bien évidemment avec les instances locales de la santé tels que les ARS.

(III12) Après avoir vu brièvement la réglementation concernant l'installation d'une officine il semble intéressant de donner quelques chiffres sur la répartition des officines soit en fonction des zones géographiques, du chiffre d'affaires, en fonction des formes juridiques. Il semble également important d'avoir une idée sur les cessions d'officines qui ont été faites en fonction des apports personnels des pharmaciens.

Les chiffres que nous allons donner se réfèrent à des statistiques qui ont été faites par le cabinet d'experts comptables : CGP (Conseil, Gestion, Pharmacie). **(Confère figure 44)**

Dans un premier temps nous constatons qu'en fonction des zones géographiques le nombre de pharmacies est assez homogène.

En effet, sur 1786 pharmacies étudiées près de ***33 % sont concentrées dans les zones rurales, 25% dans les gros bourgs*** ce que nous pouvons considérer comme des villes moyennes et ***36 % dans les zones urbaines*** alors qu'elles ne sont que ***de 7 % dans les centres commerciaux.***

Malgré cette homogénéité on constate tout de même plus de pharmacies dans les zones urbaines ce qui est normal par rapport à réglementation d'implantation des pharmacies en France.

Maintenant, nous allons nous intéresser à la répartition en fonction du chiffre d'affaires et donc en fonction de la taille de l'officine.

On constate que les petites officines, jusqu'à 1,5 millions d'euros de chiffre d'affaires, représentent à peu près 40% des officines en France comme les officines moyennes (jusqu' à 2,5 millions d'euros de chiffre d'affaires).

Les grosses pharmacies que nous symboliseront par un chiffre d'affaires supérieur à 2,5 millions d'euros représentent près de 15% des pharmacies alors que les très grosses, supérieures à 4 millions d'euros de chiffre d'affaires, ne représentent qu'une infime partie des officines à savoir moins de 4%.

L'acquisition d'une officine en nom propre constitue moins de 20% des officines alors que les formes de sociétés non individuelles représentent près de 80% des officines en 2020 au regard d'une fiscalité plus intéressante sur ce type de structure que ce soit les SEL, les EURL et les SARL.

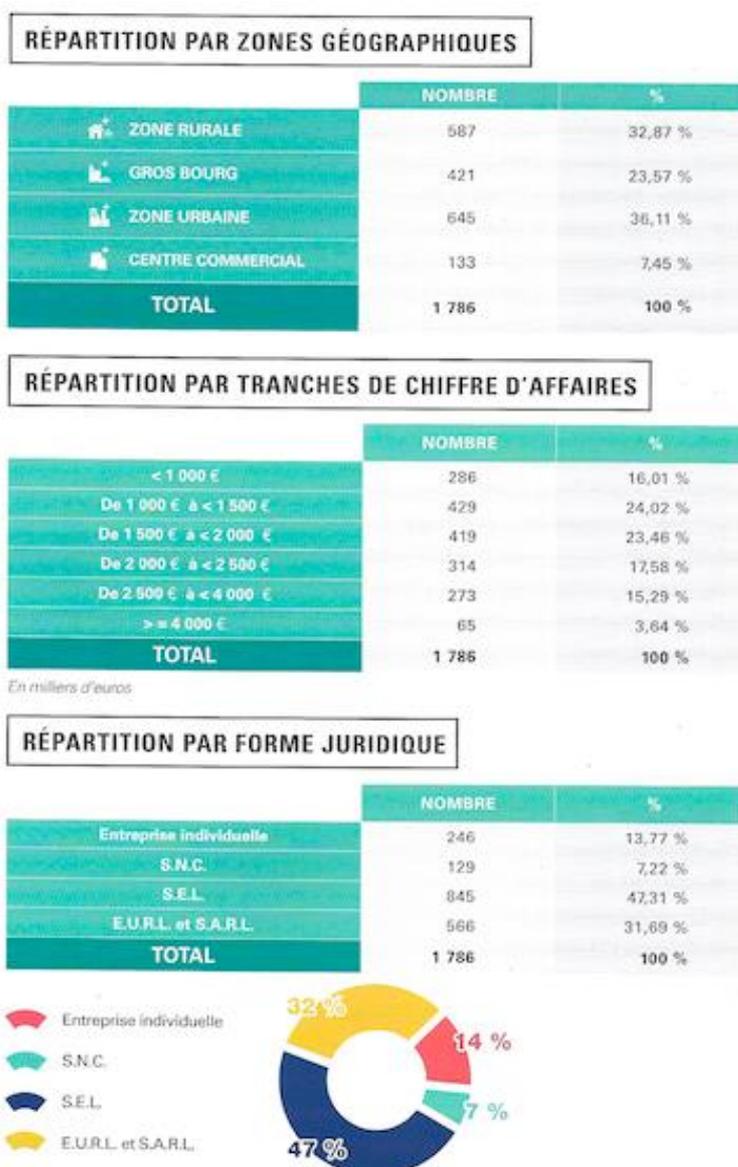


Figure 44 Répartition des officines en France en 2019 soit en fonction de la zone géographique, soit du CA, soit en fonction de la structure juridique.

Enfin nous allons aborder la question de l'apport personnel des jeunes pharmaciens qui veulent investir dans une officine par rapport au prix de l'acquisition.

D'après le tableau ci-dessous nous constatons que de 2014 à 2019 **le prix moyen d'achat n'a pas énormément évolué et se situe aux alentours de 1,4 millions de euros.**

L'apport personnel diminue, il est passé de plus de 320 000 euros en 2014 à moins de 220 000 euros en 2019.

Ce qui montre bien que malgré le coût qui reste très élevé, l'acquisition des pharmacies reste possible grâce aux nouvelles stratégies élaborées par les différents acteurs que nous avons évoqués précédemment.

	2019	2018	2017	2016	2015	2014
PRIX D'ACHAT MOYEN	1 492	1 484	1 371	1 403	1 372	1 423
APPORT PERSONNEL	218	283	247	286	264	321
%	15 %	19 %	18 %	20 %	19 %	23 %
% DU C.A.H.T.	80 %	80 %	80 %	79 %	80 %	82 %
MULTIPLE DE L'E.B.E. (1)	6,84	6,61	6,80	6,83	6,95	7,15

(1) E.B.E. retraité déduction faite de la rémunération du titulaire.

En milliers d'euros

Figure 45 Prix de cession des officines depuis 2014 et apport personnel.

Après avoir vu la répartition des officines sur notre territoire en fonction de plusieurs facteurs nous allons nous intéresser aux missions qui sont proposées et qui doivent être développées dans les années futures, notamment avec la mise en place de la pharmacie clinique qui devient un service supplémentaire pour le patient.

3) Les nouvelles missions officinales

(III14) Depuis la loi HPST de 2009, la refonte du système de santé a élargi le champ de compétence des pharmaciens en les dotant de nouvelles missions qu'ils peuvent exercer au sein de leur officine dans le but d'accompagner au mieux le patient dans la prise en charge de ses pathologies et de ses traitements, et de favoriser l'observance et l'adhésion du patient à son traitement.

→ La mise en place de la pharmacie clinique

La pharmacie clinique est une discipline qui a émergé dans les années 1980 au Québec donnant de nouvelles responsabilités au pharmacien.

En France la pharmacie clinique s'est développée grâce à la formation dans les facultés mais également par la création en 1984 de la société française de pharmacie clinique (SFPC).

La SFPC définit la pharmacie clinique comme étant :

« Une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. »

La pharmacie clinique se distingue à travers différents types d'actes :

- **Il y a tout d'abord l'acte de dispensation des médicaments** que nous avons détaillé plus haut et qui constitue le fondement même de la profession de pharmacien et comprend bien évidemment l'analyse pharmaceutique, la préparation des doses et le conseil.
- **Il y a également le bilan partagé de médication connu sous le nom de BMP.**

Cet acte fait partie des nouvelles missions et permet également une rémunération pour le pharmacien de la part de la sécurité sociale. C'est un travail coordonné entre plusieurs professionnels de santé dont le but est de recueillir le plus d'informations sur le patient : analyses biologiques, traitements de son médecin traitant, ou des spécialistes mais également des changements de traitements qui ont pu survenir au cours d'une hospitalisation. Le pharmacien doit également prendre en compte l'automédication du patient.

Les objectifs de ce bilan de médication sont de réduire le risque d'effets indésirables liés au traitement du patient et d'apporter des réponses aux patients sur certaines interrogations qu'il peut avoir afin d'améliorer l'observance thérapeutique.

Mais tous les patients d'une officine ne peuvent pas être recrutés pour effectuer ce bilan de médication, car certains critères doivent être remplis :

- Le patient doit avoir plus de 65 ans et avoir au moins une affection longue durée et aussi avoir 5 traitements au long cours (supérieur à 6 mois).
- Ou alors avoir plus de 75 ans et avoir également plus de 5 traitements au long cours.

Une fois que le patient est recruté, il est reçu à la pharmacie dans un endroit confidentiel.

En premier lieu un entretien d'informations permet de recueillir toutes les informations, sur le patient, nécessaires pour analyser l'ensemble de ses traitements et qui nous serviront par la suite pour mener à bien les autres entretiens éventuels.

Ensuite l'analyse des traitements doit être effectuée par le pharmacien afin de permettre une analyse de l'ensemble des traitements et de proposer éventuellement des changements de posologies au médecin traitant pour permettre une meilleure observance du patient.

Pour donner suite à cet entretien et à cette analyse le pharmacien a 3 possibilités :

- **Il n'y a pas besoin d'accompagnement supplémentaire pour le patient si aucun problème n'est décelé par le pharmacien.**
- **Si le pharmacien détecte quelques problèmes mineurs**, il propose au patient un **entretien thérapeutique** afin d'ajuster son traitement ou lui expliquer certaines informations lui permettant d'avoir une meilleure observance.
- **Si des problèmes majeurs sont détectés** un accompagnement plus poussé est proposé au patient avec le **suivi thérapeutique personnalisé connu également sous le nom de plan pharmaceutique personnalisé (PPP).**

→ L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'OMS définit l'éducation thérapeutique du patient comme étant :

« Une démarche permettant d'aider les patients et l'entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

L'ETP est depuis 2009 inscrit dans le code de la santé publique dans la loi HPST, il a pour but d'améliorer la qualité de vie du patient et le pharmacien joue un rôle de pédagogue en vérifiant la bonne compréhension du traitement, en l'informant et en le conseillant.

L'éducation thérapeutique du patient (l'ETP) a deux objectifs :

- La priorité est de fournir les outils nécessaires au patient afin qu'il gère son traitement et sa pathologie chronique, seul au quotidien : c'est ce que l'on appelle **l'auto-soins**.
- La seconde est de **lui permettre d'adapter** son traitement en cas de changement d'environnement.

L'ETP peut être proposé à tous les patients atteints de maladies chroniques sans distinction d'âge contrairement au bilan de médication partagé. Il peut être proposé au patient soit après l'annonce du diagnostic ou à tout autre moment si le patient en ressent le besoin.

L'éducation thérapeutique du patient peut être proposée par tous les professionnels de santé qui sont impliqués dans la prise en charge du patient.

La haute autorité de santé a publié en 2007 des recommandations définissant un cadre à cette pratique :

- Tout d'abord : **élaboration d'un diagnostic éducatif** afin de mieux connaître les besoins du patient.
- Il faut ensuite **définir un programme personnalisé** en précisant les priorités d'apprentissage que doit acquérir le patient.
- Ensuite il y a une **planification de séances d'éducation thérapeutique** qui peuvent être soit individuelles, collectives ou les deux, pour répondre au mieux aux besoins du patient.
- Enfin il y a **la réalisation d'une évaluation** afin de savoir ce que le patient a appris durant le déroulement de ce programme.

→ Les entretiens pharmaceutiques

(III15) les entretiens pharmaceutiques ont permis également aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée de ces patients afin d'optimiser au mieux leurs traitements (article 10-2 de la convention nationale).

La mise en place de ces entretiens pharmaceutiques a pour but de renforcer le conseil, l'éducation et la prévention du pharmacien auprès de ses patients. Il a également pour but la valorisation de l'expertise du pharmacien sur le médicament mais avant tout doit permettre au patient de connaître son traitement.

Le cadre de l'avenant numéro 11 de la convention pharmaceutique signée par les syndicats de pharmaciens d'officine et par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire comprend quatre types d'entretiens qui sont rémunérés à l'officine :

- Les entretiens concernant les AVK (Anti-vitamines K)
- Les AOD (les anticoagulants oraux directs)
- Les entretiens pour des patients asthmatiques présentant une prescription de corticoïdes inhalés supérieure à six mois.
- Depuis le début de l'année 2021, les entretiens pharmaceutiques oncologiques sont rémunérés.

Le déroulement des entretiens est remboursé et conditionné par l'assurance maladie :

- La première année les entretiens pharmaceutiques se déclinent en trois phases : un premier entretien d'évaluation puis deux entretiens thématiques.
- Les années suivantes le pharmacien doit réaliser deux entretiens thématiques minimum et le suivi de l'observance peut être un de ces entretiens.

Concernant la rémunération elle a été mise en place le 1^{er} janvier 2018 et octroie au pharmacien effectuant les entretiens 50€ la première année d'adhésion qui comprend le premier entretien d'évaluation et au moins deux entretiens thématiques puis 30€ les années suivantes (doit compter au minimum deux entretiens thématiques).

4) La place de l'officine dans notre système actuel

Il faut bien entendu distinguer les officines des PUI (Pharmacie d'Usage Intérieur) qui sont localisées dans les Hôpitaux ou cliniques et permettent la délivrance des prescriptions uniquement au sein de ces établissements à l'exception de certaines PUI qui peuvent délivrer certains médicaments au public c'est ce qu'on appelle de la rétrocession.

L'officine est le premier lieu de santé accessible où le patient s'arrête en cas d'interrogations sur une question médicale.

C'est donc en partant de cette constatation que la pharmacie doit trouver un nouveau rôle dans le système de santé par le conseil et en les dirigeant vers les spécialistes lorsque le rôle du pharmacien est dépassé.

Il y a donc une notion de proximité au sein même du territoire et c'est dans ce contexte qu'ont été créées en 2016 les **CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)** par la loi numéro 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(III17) Une CPTS est un collectif d'acteurs de santé créé en cas de besoin sur un territoire donné par les professionnels de santé et permettent de renforcer leur coordination afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients sur ce territoire.

À travers la figure présente ci-dessous nous voyons bien son rôle, son fonctionnement et les personnes pouvant y participer.

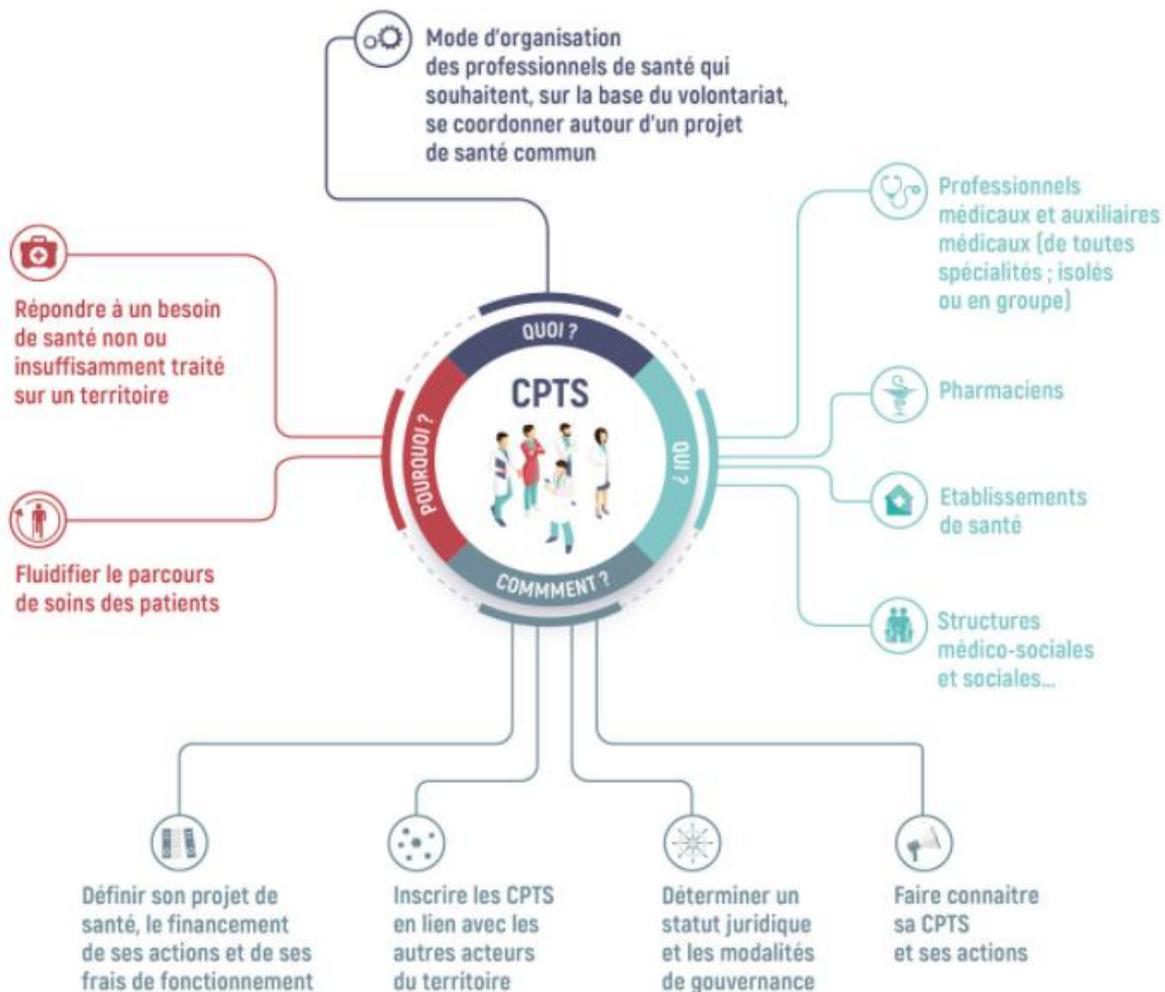


Figure 46 Les Communautés professionnelle territoriale de santé en 4 questions

Le but de ces communautés est de faciliter l'accès à un médecin traitant ainsi que l'accès à la prise en charge des soins non programmés. Elles ont pour mission d'organiser les parcours pluri professionnels pour le patient et ont bien entendu un rôle dans la prévention. Elles sont mises en place dans des territoires manquant de coordination et où les besoins en santé se font ressentir.

La création de ces communautés est mise en place par la signature d'un contrat signé conjointement avec l'assurance maladie, l'ARS et les professionnels de santé y faisant part.

Il faut également savoir que le financement de ces communautés peut être appuyé par l'assurance maladie afin de contribuer au fonctionnement de la CPTS mais également pour rémunérer la conduite de ces actions qui ont été préalablement définies. Le financement est proportionnel au nombre d'habitants qui peut aller de 220 000€ à 450 000€ par an pour une CPTS.

Ces communautés professionnelles territoriales de santé sont au cœur de la réforme « ma santé 2022 ». Au total 400 projets de création ont été dénombrés en septembre 2019 et plus de 1000 autres verront le jour d'ici 2022. L'accélération de ces créations a pu voir le jour grâce

à la signature le vingt juin 2019 d'un accord conventionnel interprofessionnel, en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins et du développement de l'exercice coordonné, qui a validé leurs missions et les soutiens financiers pour leur création.

Nous voyons bien que la pharmacie d'officine aura un rôle primordial à jouer dans le futur de notre système de santé mais il appartient à chaque pharmacien d'y contribuer en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire toujours dans le but de servir et de soigner au mieux les patients.

Nous allons à présent dans cette dernière partie de thèse voir les différentes améliorations qui pourraient être mises en place par les pharmaciens en ville ou en milieu hospitalier pour permettre une meilleure coordination du suivi des patients.

PARTIE IV : LES DIFFERENTES AMELIORATIONS QUI POURRAIENT ETRE BENEFIQUES NON SEULEMENT POUR NOTRE PROFESSION MAIS SURTOUT POUR LA SANTÉ DU PATIENT PAR UNE PRISE EN CHARGE PLURI-DISCIPLINAIRE ET POUR ABOUTIR A UNE AMÉLIORATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

I. LIENS ENTRE « VILLE/HOPITAL » A PROMOUVOIR POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Nous allons commencer cette dernière partie de thèse par le lien qui peut exister ou qui devrait exister entre la ville et l'hôpital.

Le manque de coordination entre ces deux secteurs entraîne un défaut de transmission d'informations mais aussi un manque de collaboration entre les différents professionnels. Ce lien est essentiel lors de la sortie des patients hospitalisés afin que leur traitement soit pris en compte en cas de modifications, permettant un suivi optimal pour le patient.

Le pharmacien doit participer et même jouer un rôle essentiel dans cette coordination entre les deux secteurs car c'est lui qui détient les ordonnances des patients aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

Chaque professionnel de santé quel que soit son secteur d'activité doit prendre conscience de la nécessité de cette coordination.

Lors de la crise sanitaire de 2019 la priorité a bien évidemment été mise sur nos hôpitaux mais le gouvernement a mis également à contribution durant cette pandémie le secteur privé et notamment les officines qui ont dans un premier temps été affectées à la délivrance des masques pour les professionnels de santé, puis pour les personnes vulnérables en distribuant les stocks de l'état.

Dans un deuxième temps les pharmaciens mais également les médecins, les infirmiers libéraux ont été sollicités pour la vaccination.

Un bon exemple de cette coordination entre ces deux secteurs sont les centres de vaccination qui ont été gérés en concertation avec les professionnels de santé de chaque territoire.

Nous allons dans cette partie évoquer la conciliation médicamenteuse qui est essentielle pour le bon suivi du patient et qui doit coordonner les deux secteurs de notre système de santé.

Nous verrons également dans un second temps les ordonnances de sortie qui permettent notamment plus de lisibilité et de clarté sur certains types de délivrance.

Nous aborderons par la suite et pour terminer, une étude que nous avons réalisée à l'hôpital de sainte Marguerite sur les Neuroleptiques à Action Prolongée (NAP).

1) Conciliation médicamenteuse

a. Définition

(IV1) Il est important de définir la conciliation médicamenteuse qui **a pour but de garantir une continuité dans la prise en charge des patients tout au long de leur parcours de soins.** C'est une démarche de prévention afin d'intercepter de potentielles erreurs dans les traitements médicamenteux des patients.

Il ne faut pas oublier que la multiplication des intervenants dans le parcours de soins d'un patient engendre plus de risque de iatrogénie médicamenteuse.

C'est dans ce contexte que la conciliation médicamenteuse devient un enjeu majeur au sein des établissements de santé pour permettre une meilleure coordination entre chaque professionnel par l'information dans le but de fournir aux patients les meilleurs soins possibles sans risque et sans interactions médicamenteuses néfastes pour lui.

Pour la conciliation, il n'y a pas de formule unique et chaque établissement de santé doit s'approprier une démarche en fonction de ses structures et de son fonctionnement interne. De nombreux outils existent afin d'effectuer la conciliation médicamenteuse dans ces établissements tels que des fiches de recueil, des guides d'entretien ou encore des fiches de conciliation que nous pouvons retrouver sur le site de la HAS.

En effet comme nous le montre **la figure 47** la conciliation médicamenteuse a vocation de faire travailler l'ensemble des professionnels de santé afin de recueillir le maximum d'informations sur chaque patient pour permettre une meilleure prise en charge.

La conciliation s'effectue donc dans les structures où le patient reste plusieurs jours (ce qui concerne les hôpitaux, les cliniques ou d'autres structures que nous verrons plus bas).

Cependant quels que soient les établissements même si les outils et les pratiques peuvent diverger entre chaque établissement **il y a 4 séquences essentielles pour réaliser une bonne conciliation des traitements de l'admission du patient à la sortie :**

- **Tout d'abord il doit y avoir un recueil des informations** pour permettre de savoir les médicaments pris par le patient à chaque étape de son parcours de soins que ce soit dans le secteur public ou privé en tenant compte également de l'automédication et de l'observance du patient.
- Après le recueil de toutes ces informations **une synthèse doit être rédigée c'est ce que l'on appelle le bilan médicamenteux.**
- Après cette rédaction il faut bien **évidemment valider ce bilan médicamenteux en attestant ou non de la fiabilité des changements opérés.**
- **Une fois que ce bilan médicamenteux a été rédigé et validé il faut le partager afin qu'il serve pour une démarche diagnostique mais également d'optimisation des prescriptions pour permettre une meilleure observance du patient.**



Figure 44 explication de la conciliation médicamenteuses

Afin de mesurer l'utilité de la conciliation médicamenteuse il me semble important de donner quelques chiffres qui ont été tirés d'études réalisées dans un premier temps au niveau national par la haute autorité de santé puis au niveau local à l'hôpital de Salon-de-Provence où j'ai effectué mon stage hospitalier de 6e année d'officine.

- b. Étude de la HAS sur la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse validée le 18 mars 2020 et étude réalisée au Centre Hospitalier de Salon de Provence

Étude de la HAS sur 977 établissements de santé

(IV2) Nous allons dans un premier temps nous intéresser à l'enquête validée par-là HAS sur la conciliation médicamenteuse qui a été réalisée à l'aide du logiciel SPHINX par l'intermédiaire d'un questionnaire qui a été adressé aux différents établissements de santé via un lien sur une période s'établissant du 1 octobre 2019 au 8 novembre 2019.

Il faut préciser que chaque établissement de santé a pu répondre qu'à un seul questionnaire. Il faut également spécifier que **977 établissements de santé ont répondu à ce questionnaire. Parmi eux 597 ont répondu, réalisé une démarche de conciliation de traitement médicamenteux.**

Sur la totalité des réponses on constate donc que **61% des établissements réalisent la conciliation médicamenteuse en leur sein.** Il faut également noter que parmi **les 39% restants ne la réalisant pas, plus de 75% se disent prêts à la déployer dans un délai de 6 mois.**

Le but de cette étude est d'évaluer le guide « **mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé (CTM)** » et également d'évaluer le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux dans les établissements de santé.

Cette étude a permis de confirmer que **ce guide de conciliation est connu par près de 85% des établissements** ayant répondu au questionnaire.

Ce qui a été retenu par les professionnels de ce guide sur la conciliation des traitements médicamenteux est :

- Qu'elles nécessitent une collaboration médico pharmaceutique avec au moins 3 sources d'informations.
- Qu'il y a un réel bénéfice pour le patient.
- Que ce guide a permis aux professionnels de comprendre que la conciliation médicamenteuse est une démarche de lutte contre la iatrogénie évitable.
- Qu'elle nécessite un lien avec la ville avec un plan de communication.

Comme nous le montre **la figure 48** les établissements de santé ayant répondu au questionnaire sont assez diversifiés avec cependant une majorité de réponses faites par les établissements de santé privé lucrative et les établissements de santé publique, viennent derrière les établissements privés non lucratifs comprenant notamment les centres de lutte contre le cancer. La catégorie « autre » correspond aux hôpitaux des armées principalement où la conciliation médicamenteuse y est encore minime.

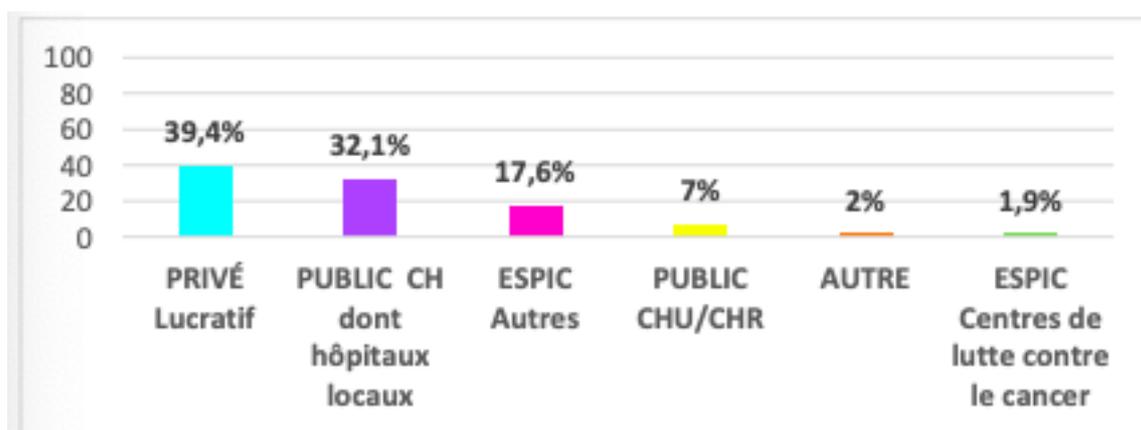


Figure 45 Répartition en % des établissements ayant répondu au questionnaire sur la conciliation médicamenteuse.

Cependant il faut préciser que **seulement un peu plus de 35% de ces établissements réalisant la conciliation médicamenteuse se fait l'ensemble des services, les 63% restant concentre essentiellement la conciliation médicamenteuse sur les services gériatrique de médecine de SSR et de chirurgie.**

La conciliation médicamenteuse a le pouvoir d'intercepter de nombreuses erreurs médicamenteuses.

A travers **la figure 49** nous voyons les différents types d'erreurs interceptées par cette démarche et qui constituent un réel bénéfice pour le patient.

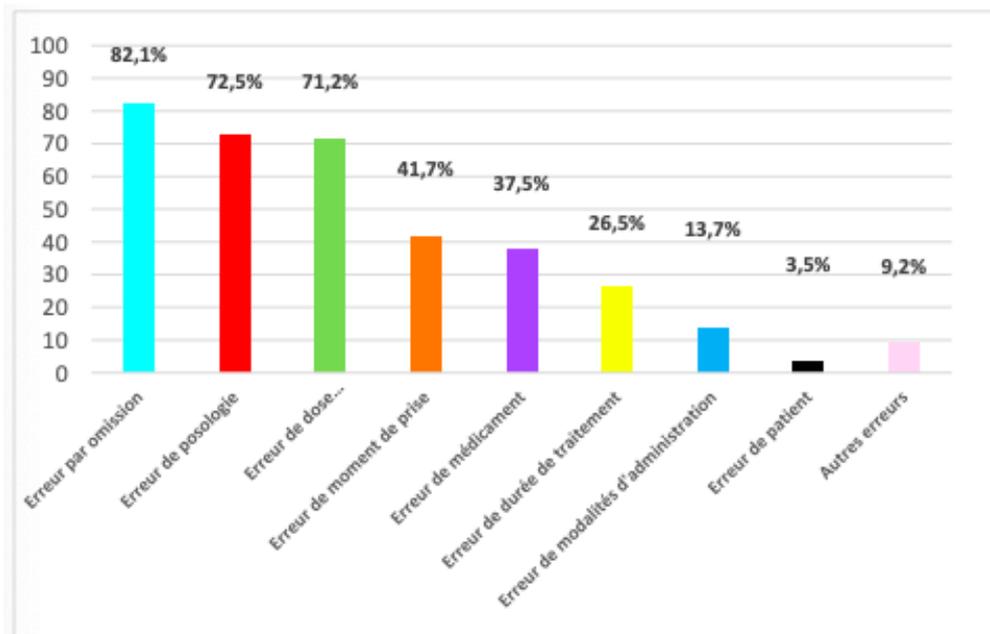


Figure 46 Répartition en % des erreurs médicamenteuses intercepté par la conciliation (CTM).

L'étude permet également d'établir que près de 25% des médecins et des spécialistes ne sont pas systématiquement informés du traitement du patient à l'issue de son hospitalisation et près de 84% des pharmaciens d'officine ne sont jamais informés du traitement du patient à l'issue de son hospitalisation ce qui représente des pourcentages énormes conduisant à des risques de iatrogénie médicamenteuse pour le patient.

Il faut toutefois spécifier qu'actuellement les établissements réalisant la conciliation a été effectuée pour près de **66% uniquement à l'admission** servant donc uniquement au secteur de l'établissement. **Le travail de conciliation effectué à la sortie uniquement correspond seulement à 2,7%** des conciliations médicamenteuses, et la combinaison des deux **ne représente que 29%**.

Cela montre bien qu'il y a encore du travail à effectuer pour que la conciliation médicamenteuse serve aussi bien au secteur public que privé pour une meilleure prise en charge du patient en induisant par la même occasion une meilleure inter-professionnalité entre ces secteurs et donc une meilleure coordination du système de soins par l'ensemble des professionnels de santé.

Étude réalisée au CH de Salon de Provence sur la Conciliation Médicamenteuses (CM).

(IV3) Nous allons à présent utiliser une étude réalisée **par un interne en pharmacie lors de son stage à l'hôpital de salon de Provence** concernant la mise en place de la conciliation médicamenteuse au sein des urgences du CH de salon de Provence où j'ai moi-même effectué mon stage de cinquième année.

D'après le rapport nous voyons que les médecins hospitaliers ont été satisfaits de cette démarche, car en entrant aux urgences les données sur la médication des patients est faible, la source la plus fiable après le patient reste son officine.

L'étude réalisée sur salon a été encourageante concernant la popularité et l'utilité de la CM aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

La pérennisation de la conciliation médicamenteuse sur l'hôpital de Salon est en pointillé car le projet financé par l'ARS était d'une durée d'un an et le poste de conciliation médicamenteuse n'a pas été renouvelé.

Pourtant une étude élargie sur 8000 établissements sur une période de 4 ans a démontré qu'il y a eu 21 320 erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après un passage aux urgences.

Etude Med'Rec (HAS initiative des HIGH 5s Medicstion Réconciliation. Septembre 2015. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre des conciliations des traitements médicamenteux par 9.)

c. Préconisations

À travers les différentes études menées et les différents résultats nous constatons que la conciliation médicamenteuse est bénéfique pour le patient même si elle est encore trop peu utilisée sur notre territoire ce qui engendre un manque de suivi à la sortie des hôpitaux.

Plusieurs solutions existent afin de pérenniser la conciliation à tous les services des hôpitaux et dans toutes les structures.

Tout d'abord plus de postes devraient être ouverts à cette pratique dans les structures de santé permettant par la même occasion un échange entre les différents professionnels et les différentes structures.

Impulser la dynamique directement en Pharmacie de ville en pratiquant la CM lors de la délivrance d'une ordonnance hospitalière ou en provenance d'une clinique, par un pharmacien d'officine permettrait une couverture plus grande des patients.

Pour que les pharmaciens prennent cette initiative une compensation financière sous forme forfaitaire provenant de la sécurité sociale comme pour les entretiens pharmaceutiques ou encore les bilans partagés de médication engendreraient une mobilisation plus forte, entraînant donc plus de conciliation et moins d'erreurs médicamenteuses.

En France les problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse sont à l'origine de 21,7% des hospitalisations des personnes âgées et selon deux études (IV4), constituent aussi le 1er motif de ré-hospitalisations.

Une étude britannique (MohanadOdeh de la Queen's University à Belfast et British journal of clinical Pharmacology) montre la mise en œuvre d'un suivi structuré à la sortie de l'hôpital par un pharmacien qui permet de réduire les taux de ré-hospitalisations et de diminuer la Durée Moyenne de Séjour (DMS) de la 1ère ré-hospitalisation de 8,3 à 6,7 jours.

Il faudrait également une meilleure coordination au sein même de la profession des pharmaciens : entre les pharmaciens des PUI et les pharmaciens d'officine ce qui permettrait d'avoir accès plus rapidement au dossier des patients que ce soit dans le sens ville/hôpital ou hôpital/ville.

La CM doit également être un outil pour la sécurité sociale afin de réduire son déficit (réduction du nombre de médicaments et de ré-hospitalisation des patients).

Nous allons à présent parler des ordonnances de sortie qui évitent les risques de iatrogénie et favorise l'observance des patients, et doit intervenir après la conciliation médicamenteuse. Cependant cette théorie est difficilement réalisable car le temps de séjour des patients dans les structures hospitalières et parfois court et le temps de la conciliation est longue car il nécessite un recueil d'informations importantes pour chaque patient.

2) Les ordonnances de sortie

a. A quoi servent ces ordonnances

Les ordonnances de sortie doivent venir en complément de la conciliation médicamenteuse effectuée dans les établissements de santé pour permettre aux patients d'avoir une ordonnance globale à la sortie de son hospitalisation reprenant l'ensemble des médicaments provenant des spécialistes que ce soit à l'hôpital ou lors de consultations privées en intégrant bien évidemment les modifications du traitement effectué durant l'hospitalisation.

En **effet la substitution de certains médicaments** à l'entrée de l'hospitalisation en raison de la différence des marchés existant (entre les marchés publiques de l'hôpital et les marchés existants au sein des officines) conduit souvent à des modifications de traitements durant l'hospitalisation du patient qui devraient être normalement modifiées à la sortie pour que le patient continue à prendre son traitement habituel en intégrant les potentielles modifications de traitement du fait de son hospitalisation.

Cependant ce n'est pas toujours le cas par **manque de coordination entre la ville et l'hôpital** car souvent il manque des ordonnances du secteur privé à l'entrée de l'hospitalisation d'où **l'importance du développement de la conciliation médicamenteuse par les pharmaciens cliniciens** à l'entrée mais également à la sortie de l'hôpital.

Les ordonnances de sortie doivent **permettre en finalité une meilleure observance du patient** car elles doivent regrouper l'ensemble des traitements issus de la conciliation.

À cet effet il doit y avoir un travail de coordination entre les prescripteurs de ville et les prescripteurs à l'hôpital, ainsi que les pharmaciens hospitaliers faisant la conciliation médicamenteuse.

Nous allons étudier un poster réalisé par des médecins de l'université de Strasbourg en 2018 concernant l'ordonnance de sortie d'hospitalisation que nous mettrons en annexe (Annexe 4) pour corroborer ces propos.

Cette étude a été réalisée sur **la base de 19 entretiens** (d'une durée moyenne de trente minutes) **de médecins généralistes exerçant en libéral dans la région de Strasbourg.**

Plusieurs points ressortent de cette étude :

- ***Tout d'abord les médecins généralistes se plaignent d'un manque de transmission de l'information entre la ville et l'hôpital.*** En effet le délai est souvent long ne permettant pas une bonne coordination des informations concernant le changement de traitement effectué à l'hôpital conduisant le médecin généraliste à faire une prescription ne tenant pas compte des modifications.
- ***Le 2e problème évoqué est là substitution de médicaments à l'entrée de l'hôpital du fait de la différence des marchés*** que nous avons vu plus haut et qui pourrait être résolu par la mise en place systématique de la conciliation médicamenteuse au sein de l'hôpital mais également en ville.
- ***Il en ressort également pour les médecins généralistes un manque de formation des internes à la pratique de ville*** conduisant à des divergences de prescription entre la ville et l'hôpital portant à confusion le patient sur ses traitements à prendre.

Il en ressort donc de cette étude le même constat déjà effectué : un manque de coordination entre le secteur public et privé.

Cette uniformisation entre la ville et l'hôpital peut être renforcée par les outils déjà existants que ce soit la conciliation médicamenteuse et les d'ordonnances de sortie qui permettraient d'avoir une vision globale sur la prise en charge d'un patient donné.

Les ordonnances de sortie permettent également dans certains cas en postopératoire de communiquer des informations précises sur les pansements et les soins à effectuer après l'opération en ville. Pour être efficaces ces ordonnances doivent être uniformisées au sein de chaque CH ou CHU, cela a été l'objet d'une de mes missions lors de mon stage de 6e année à l'hôpital de Salon où nous avons réalisé une ordonnance de sortie que nous que nous allons décrire et détaillé plus bas.

Ces ordonnances de sortie doivent servir de synthèse pharmaceutique.

b. Exemple concret avec un essaie de mis en place d'une ordonnance de sortie à l'hôpital de salon pour les soins post opératoires (pansements)

Dans de nombreux hôpitaux en France, les ordonnances de sortie pour les pansements concernant les soins post opératoires ou chroniques sont de plus en plus présentes.

Cependant au ***centre hospitalier de Salon-de-Provence*** ces ordonnances de sortie n'existent pas et cela peut poser des problèmes aux officines pour la délivrance des bonnes catégories de pansements.

J'ai pu effectuer ce constat car je travaillais en parallèle dans une pharmacie de ville située tout proche de l'hôpital.

Je trouve également que nous n'avons pas assez de connaissances sur les différentes phases de cicatrisation des plaies, et sur les différentes catégories de pansements existants (hydro colloïde, hydro cellulaire, alginate et autres).

C'est dans ce contexte que j'ai décidé de réaliser un questionnaire à apporter dans les différentes pharmacies à Salon de Provence. **Sur les 16 pharmacies présentes à salon 10 ont répondu à mon questionnaire.** Le questionnaire a été rempli soit par des pharmaciens titulaires, adjoint ou encore des préparatrices en pharmacie. Vous trouverez en **annexe 5** le questionnaire que j'ai rédigé et qui a été rempli.

J'ai effectué une synthèse globale et retenu les points clés qui ressortent le plus souvent. Sur les 10 pharmacies interrogées un consensus se dessine sur plusieurs points :

- Il en ressort un **manque de connaissances dans les pharmacies sur les différents types de plaies et les pansements à délivrer en fonction.**
- Les pharmacies délivrent des ordonnances de pansements en provenance des hôpitaux, des médecins et des infirmiers libéraux mais la proportion entre ces 3 prescriptions dépend essentiellement de la situation géographique de l'officine. Lors de la synthèse **Il en ressort que les prescriptions les plus exactes proviennent des infirmiers libéraux** car ils ont une connaissance plus poussée sur ce type de prescriptions.
- **L'ensemble des personnes interrogées sont en faveur de la mise en place d'une ordonnance de sortie à l'hôpital de salon, et voit d'un bon œil un livret concernant les différents types de pansements à utiliser en fonction de la plaie du patient.**

Compte tenu des informations récoltées et de la convergence des avis nous avons décidé avec les pharmaciens hospitaliers de Salon de mettre en place une ordonnance de sortie. **L'annexe 6** présente l'ordonnance de sortie que j'ai réalisée durant mon stage. À ce jour elle n'a pas encore été mise en place au sein du centre hospitalier mais le processus est en marche et ce travail a été repris par un autre externe en pharmacie.

L'annexe 7 est une fiche que j'ai réalisé contenant des tableaux sur les différentes phases de la cicatrisation et les différents types de pansements existants. Le but de cette réalisation est de fournir aux pharmacies de ville un support commun pour la délivrance des pansements en fonction du stade et du type de plaie.

Cependant ce travail n'a pas été validé encore par l'hôpital de salon, il n'a pas encore été distribué dans les différentes pharmacies. J'ai transmis mon travail au nouvel externe en espérant que ce travail puisse aboutir un jour afin que le patient reçoive les pansements adéquats.

Nous allons voir un dernier exemple avec la présentation du poster que j'ai réalisé lors de mon premier stage hospitalier à l'hôpital sainte Marguerite à Marseille où nous avons essayé de savoir si le neuroleptique injectable est une solution pérenne pour le patient et l'observance. Il est intéressant de mettre cette étude dans cette partie de thèse car elle révèle le manque de coordination entre le secteur hospitalier et la ville.

3) Étude réalisée lors de mon 1er stage hospitalier sur le suivi et l'observance des patients traités par les neuroleptiques injectables à l'hôpital de Sainte Marguerite à Marseille

a. Présentation du poster réalisé

Aujourd'hui en France près d'un français sur 100 est atteint de schizophrénie (INSERM). Cette pathologie chronique se déclare entre 15 et 25 ans avec un Ratio H/F=1.

Ces dernières années, les Neuroleptiques à action prolongée (NAP) indiqués pour cette pathologie concurrencent les neuroleptiques per os. En effet, leur forme "retard" facilite la prise en charge des états psychotiques au long cours. Ils permettent de réduire la posologie ainsi que la fréquence d'administration. D'un point de vue réglementaire, leur initiation est réservée aux spécialistes en psychiatrie en milieu hospitalier. Les NAP faisant l'objet de notre étude sont :

- L'Aripiprazole (ABILIFY MAINTENA®),
- L'Olanzapine (ZYPADHERA®) : *médicament réservé à l'usage hospitalier même après initiation*
- Et la Paliperidone (XEPLION®)

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux de l'utilisation des NAP à l'hôpital de Sainte Marguerite dans l'unité d'Orion afin d'optimiser le circuit de la délivrance tout en impliquant le Pharmacien dans le suivi de ces patients. Nous avons réalisé pour ce travail une étude rétrospective dans l'unité Orion de la file active des patients sous NAP. Pour le recueil de données, nous nous sommes servis de Cimaise® (logiciel de prescription en psychiatrie) et Pharma®.

Nous avons recensé 72 patients ayant reçu un NAP dans l'unité Orion du 1 janvier 2018 au 31 décembre 2019 (40 % ABILIFY MAINTENA®, 40% XEPLION® et 20% ZYPADHERA®). L'indication de l'AMM de ces 3 molécules étant la schizophrénie, nous avons fait le choix d'étudier uniquement la file active de patients schizophrènes soit 46 personnes (16 sous ABILIFY MAINTENA®, 21 sous XEPLION® et 9 sous ZYPADHERA®).

Afin d'estimer l'efficacité du traitement, nous nous sommes intéressés aux nombres de jours d'hospitalisation l'année suivant la première injection. Parmi 28 patients ayant été traités depuis plus d'un an (32% sous ABILIFY MAINTENA®, et 47% sous XEPLION® et 21% sous ZYPADHERA®), **nous avons comptabilisé en moyenne 71 jours d'hospitalisation par an sous ABILIFY MAINTENA®, 19 jours sous XEPLION® et 6 jours seulement sur ZYPADHERA®.**

Nous trouvons ci-joint le tableau récapitulatif des résultats de cette étude.

	ABILIFY MAINTENA®	ZYPADHERA®	XEPLION®	TOTAL
Nombre de patients sous NAP dans le service ORION X	29	14	29	72
Nombre de patients Schizo	16	9	21	46
Nombre de patients rentrant dans l'étude *	9	6	13	28
Nombre de jours d'hospitalisation des patients rentrant dans l'étude sur 1an.	642j	35j	245j	922j
Moyenne du temps d'hospitalisation en jours des patients rentrant dans l'étude.	71,3j	5,8j	18,8j	33j

*c'est le nombre de patient Schizophrène qui sont traité sous NAP pendant au moins un an après la 1ere injection.

Les injections sont pour la plupart mensuelles, le suivi est donc moins régulier. L'injection de ZYPADHERA® est réalisée en Hôpital de Jour, contrairement à l'ABILIFLY MAINTENA® et au XEPLION® qui, après la première injection hospitalière, peuvent être dispensés en officine et administrés à domicile par une infirmière libérale.

Étant donné les résultats, on peut se demander si le suivi en ville est suffisant pour le patient compte tenu du nombre important de jours de ré-hospitalisation pour les molécules disponibles en ville.

Le patient peut retirer son injection en officine de ville (pour l'ABILIFLY et le XEPLION) mais n'a aucune obligation de fidélité envers l'officine ce qui engendre une difficulté de traçabilité lorsque le patient n'a pas ouvert son Dossier Pharmaceutique (DP) par l'intermédiaire d'un professionnel de santé. En effet ce DP permet au pharmacien d'avoir une visibilité sur les différentes délivrances effectuées dans toutes les pharmacies de ville de notre territoire. Cependant l'ouverture d'un DP n'est pas automatique est nécessite obligatoirement l'accord préalable du patient concerné.

Cela soulève également le manque de coordination entre la ville et l'hôpital.

En effet pour avoir une bonne efficacité de ses injections il faut une observance irréprochable et ce n'est souvent pas le cas d'où le grand nombre de ré-hospitalisation.

L'annexe 8 présente le poster que j'ai effectué pour réaliser la présentation de ce travail à la faculté de pharmacie de Marseille et résume en images ce qu'il vient d'être dit par écrit.

Nous allons à présent essayer de donner différentes pistes pour améliorer le suivi des patients schizophrènes traités sous neuroleptique à action prolongée tirer des résultats de cette étude.

b. Les différentes solutions pour favoriser cette observance

Plusieurs solutions existent afin d'améliorer l'observance des patients traités sous neuroleptique à action prolongée (NAP).

D'après l'étude que nous avons réalisée, le point central à améliorer est la coordination entre les pharmacies à usage intérieur des hôpitaux et les officines de ville. Il faut donc accentuer la relation privée public afin qu'il y ait un meilleur suivi pour le patient.

En premier lieu un travail supplémentaire doit être effectué à l'hôpital avec par exemple une mise en place d'une ***dotation pour les NAP*** dans le service de psychiatrie.

Il faudrait mettre en place également ***une quantification des retours en hospitalisations à plus grand échelle*** pour essayer de mettre en lumière les causes de ces ré hospitalisation. Proviennent-elles uniquement d'un manque de suivi du patient ou implique-t-elle également le traitement ?

Nous n'avons pas pu répondre à cette question dans cette étude par manque de temps et par manque de patients. Mais cela pourrait être un approfondissement pour un prochain poster afin de comprendre réellement les causes de ces rechutes.

La ***mise en place à l'hôpital d'un carnet de suivi pour chaque patient*** traité par les neuroleptiques injectables comme c'est le cas actuellement avec la Clozapine permettrait de favoriser le lien entre l'hôpital et les officines de ville.

La mise en place de la conciliation pharmaceutique dans les services de psychiatrie dans les hôpitaux avec un relais dans les officines de ville avec par exemple une extension des entretiens pharmaceutiques au suivi des patients traités sous neuroleptique mais également par des anti déprimeurs ou anxiolytiques permettrait de créer un lien entre pharmaciens hospitaliers et pharmaciens officinaux et cela renforcerait le suivi du patient.

Une des solutions également serait l'obligation pour les patients traités par NAP d'avoir une pharmacie de référence. Dans ce contexte le pharmacien d'officine pourrait proposer à ces patients des entretiens pharmaceutiques pour expliquer plus amplement son traitement en lui rappelant les éventuelles effets indésirables et interactions possibles avec d'autres traitements pour favoriser son observance. En effet ces patients sont souvent traités avec d'autres molécules utilisées en psychiatrie.

En poussant plus loin la réflexion, ces injections se faisant en IM pourraient faire l'objet d'une injection directement par un pharmacien d'officine.

On peut donc conclure qu'il y a un réel manque de suivi des patients schizophrènes sous NAP. L'instauration d'un suivi pharmaceutique personnalisé pour ces patients serait nécessaire afin de créer un lien hôpital/ville indispensable à leur prise en charge. De plus, un carnet de suivi permettrait une prise en charge rigoureuse de chaque injection : DCI, dosage, jour, heures et constantes.

Le TREVICTA® semblerait être une alternative mais conduirait à un manque de suivi des patients dû à son injection trimestrielle et donc probablement des échappements thérapeutiques car possibilité d'injection en ville.

II. LES AUTRES MISSIONS A APPROFONDIR EN OFFICINE OU A CREER POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Après avoir vu qu'une des solutions majeures pour améliorer la prise en charge des patients ***est une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital nous allons essayer d'énumérer les missions à approfondir ou à améliorer afin d'assurer la continuité des soins du patient.***

Le pharmacien d'officine doit approfondir son rôle médical dans le suivi de ces patients afin d'assurer une continuité du processus de soin.

Il a un rôle primordial à jouer dans les années à venir en tant que véritable professionnel de santé ***par le conseil pharmaceutique*** mais également ***par les entretiens pharmaceutiques, la vaccination*** (vaccination de la grippe qui suite à son succès lors de la campagne vaccinale de 2019-2020 a été reconduite et engendre aujourd'hui la vaccination en officine de ville du vaccin contre le Covid), ***la réalisation des DRODs pour la détection des Angines bactérienne,*** voir même dans les prochaines années la ***prescription de certaines molécules.***

En effet il y a eu des discussions sur la prescription par les pharmaciens du MONURIL® lors d'une cystite, en respectant un protocole de contrôle sous forme d'arbres décisionnels. On peut donc envisager d'autres prescriptions prochainement faites par les pharmaciens pour d'autres molécules. Cela permettrait ainsi de désengorger les urgences et les cabinets de ville des médecins.

Afin d'aboutir à la réalisation de ces nouvelles missions de nombreux acteurs auront leur rôle à jouer :

- ***En premier, les pharmaciens d'officine*** qui détermineront le futur de notre profession. Les nouvelles générations ont été formées à ces nouvelles missions. Nous verrons dans les années futures la prise de position et l'engagement des différents jeunes titulaires dans leurs officines concernant ces nouvelles tâches.
- ***L'ensemble des syndicats et l'ordre des pharmaciens auront leur rôle à jouer dans le développement de ces nouvelles missions.***
- ***L'état aura également un rôle à jouer par l'intermédiaire des ministres de la santé*** avec cette volonté ou non de décentraliser les services de soins en passant notamment par les officines.

Nous allons débiter cette partie par la formation continue car ces nouvelles missions des pharmaciens cliniciens nécessitent une formation permanente.

1) Le Développement Professionnel Continu

(IV5) le développement professionnel continu est une obligation pour chaque professionnel de santé.

Nous allons dans cette partie évoquer les orientations du développement professionnel continu pour les pharmaciens d'officine.

Différentes fiches ont été éditées par l'agence du DPC afin de donner l'orientation des missions pour l'ensemble des professionnels de la santé sur la période 2020 2022.

Les fiches de cadrage relatives aux pharmaciens d'officine sont les fiches numéro 170 à 175.

Il est possible de les retrouver à travers le lien **(IV5)** disponible à la fin de la thèse dans la bibliographie.

Nous allons évoquer les différents points importants qui sont accentués dans ces fiches pour le développement de la profession du pharmacien d'officine.

Mais tout d'abord comment accède-t-on au développement professionnel continu mis en place par le gouvernement et qui est en corrélation avec les nouvelles missions des pharmaciens d'officine évoquées lors de la loi HPST de 2009.

(IV6) en effet suite à la parution de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JO du 27/01/2016), les règles du DPC ont été modifiées.

Les objectifs actuels du DPC, sont désormais, selon l'article L. 4021-1 du CSP :

« Le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé ».

« Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. »

« Le contrôle du respect par les professionnels de santé de leur obligation de développement professionnel continu est réalisé par les instances ordinales, les employeurs et les autorités compétentes, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

(Art. L. 4021-5)

Outre cette obligation de formation constante rappelée par l'article R 4235- 11 du code de la santé publique :

« Les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances. »,

Cette formation continue doit **dépasser le cadre obligatoire et s'inscrire dans une démarche volontaire afin de compléter les connaissances manquantes et d'entretenir les connaissances acquises.** Elle doit également permettre en partenariat avec les pharmaciens titulaires d'explorer de nouvelles spécialisations de la pharmacie telles que l'orthopédie, la phytothérapie, l'aromathérapie ou encore la dermo cosmétique.

Nous allons à présent évoquer les différentes lignes directrices présentes dans les fiches de cadrage publiées par l'agence du développement professionnel continu.

La première ligne directrice qui en ressort pour la profession des pharmaciens d'officine sur la période allant de 2020 à 2022 est la mise en place d'un plan pharmaceutique personnalisé pour les patients. Cet accompagnement a été proposé par la société française de pharmacie clinique afin de parfaire l'action du pharmacien clinicien.

Le plan pharmaceutique personnalisé est composé de plusieurs pratiques :

- ***Il y a tout d'abord les prestations telles que l'entretien ciblé qui comprend les entretiens pharmaceutiques.***

Quelques-uns sont déjà remboursables par la sécurité sociale mais je pense que dans les années futures ces entretiens pourront être diversifiés mais nous verrons ça par la suite.

- ***Cela prend également en compte le bilan de médication qui peut être aussi bien effectué en soins primaires qu'en milieu hospitalier.***

En pharmacie d'officine il est connu sous le nom **de bilan partagé de médication** et comme nous l'avons vu précédemment il bénéficie pour les pharmaciens d'officine d'une rémunération forfaitaire dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées.

La deuxième ligne directrice qui émerge est la conciliation médicamenteuse qui peut être réalisée aussi bien en ville qu'à l'hôpital et permettre comme nous l'avons déjà vu une synthèse globale de tous les médicaments pris par le patient afin d'éviter les événements indésirables médicamenteux qui surviennent principalement aux étapes de transition du parcours de soins du patient.

Ce processus pluridisciplinaire permet de corriger et d'intercepter près de 75% des erreurs médicamenteuses.

Un des autres points clés dans le développement des nouvelles missions est la nécessité de former les pharmaciens d'officine à la dispensation médicamenteuse en urgence pour ceux n'ayons pas eu accès à cette formation.

Elle doit permettre au pharmacien d'officine de délivrer des médicaments sans prescription à l'aide d'arbre décisionnel réalisé par la HAS. Nous le développerons ci-dessous.

Enfin il y a la nécessité de former les pharmaciens officinaux aux bio médicaments et aux médicaments bio similaires.

En effet depuis quelques années la pharmacopée a connu des évolutions rapides et les connaissances des pharmaciens doivent être actualisées en permanence afin de dispenser en toute sécurité les médicaments innovants. La grande majorité des pharmaciens en exercice n'ont pas eu accès à la formation initiale sur ces médicaments.

Le but de cette formation est de permettre au pharmacien de connaître les enjeux de ces nouvelles thérapeutiques afin de pouvoir suivre les patients traités sous ces thérapies et les informer en toute objectivité sur les bio médicaments et les bio similaires afin de leur permettre une gestion quotidienne de leur traitement. Ces nouvelles thérapeutiques sont issues de l'hôpital et doivent permettre par la même occasion une sécurisation du lien entre la ville et l'hôpital.

Nous allons à présent nous intéresser aux nouvelles missions pharmaceutiques qui doivent être renforcées pour permettre le développement de notre profession mais également permettre un meilleur suivi des patients.

2) Renforcer les nouvelles missions pharmaceutiques

a. Les entretiens pharmaceutiques à élargir à d'autres domaines

Comme nous l'avons vu dans la troisième partie de la thèse les entretiens pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale sont cantonnés à quelques domaines tels que l'asthme ou les anticoagulants.

Cependant d'autres pathologies à forte prévalence dans notre pays pourraient rentrer dans le champ des entretiens pharmaceutiques réalisés en officine afin de mieux suivre les patients atteints de ces pathologies, de leur expliquer leur traitement et les signes de leur maladie.

En effet les entretiens pharmaceutiques permettent de prendre en charge le patient et de lui prodiguer des informations sur ses traitements mais également sur ses pathologies qu'il ne reçoit pas systématiquement chez le généraliste par manque de temps.

Ces entretiens ne doivent pas venir concurrencer la médecine mais venir en soutien pour apporter des informations complémentaires non délivrées lors du parcours de soins du patient.

Le but de ces entretiens pharmaceutiques est d'accompagner de façon personnalisée les patients dans la gestion de leurs médicaments concernant leur pathologie mais également développer des programmes collaboratifs afin de favoriser et d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des patients. ***Le but ultime est d'améliorer l'adhésion du patient à ses traitements.***

Ils doivent également permettre un renforcement des liens et de coordination entre les professionnels de santé pour me permettre une meilleure prise en charge du patient.

Je pense qu'il est important dans les prochaines années de lancer des expérimentations d'entretiens pharmaceutiques sur différents médicaments ou pathologies dans différentes régions en fonction des besoins. Cette impulsion doit venir de l'URPS ou d'autres organismes syndicaux ou non, représentant les pharmaciens d'officine titulaire, adjoint ou remplaçant.

(IV7) En effet le projet diabète initié sur les patients diabétiques de type II et le lancement d'entretien pharmaceutique au sein du département du pays de la Loire a été initié par un besoin de la population.

Il faut rappeler qu'en France la prévalence du diabète est estimée à 4,5% de la population en 2011 et le diabète de type 2 y est incriminé dans 90% des cas.

Son traitement repose essentiellement sur un suivi et un accompagnement du patient notamment dans son alimentation afin de réguler au mieux sa glycémie et d'éviter la survenue d'hospitalisations ou une aggravation de la maladie pouvant entraîner de graves complications telles que la cécité ou l'amputation.

Cette expérimentation sur les entretiens diabète est composée de deux entretiens pharmaceutiques réalisés au sein de l'officine, axés principalement sur les risques du traitement, le parcours du patient diabétique et sur la gestion des hypoglycémies.

Les pharmaciens ont pu s'appuyer sur des supports tels que des questionnaires, des guides d'accompagnement pour les patients, ainsi que la délivrance de carnet pour le suivi de la glycémie.

Ces outils ont été réajustés entre la première et la 2^{de} expérimentation en 2015 puis en 2017.

La première expérimentation de 2015 a permis la ***participation de 63 pharmaciens*** qui ont obtenu des résultats probants avec une augmentation des patients possédant des lecteurs de glycémie, une meilleure connaissance de leur traitement ainsi que le moment des prises propice en fonction des molécules prescrites ou encore une meilleure gestion des hypoglycémies grâce à une meilleure connaissance du suivi de leur diabète (notamment à quelle fréquence ils doivent effectuer le dosage de l'HbA1c).

Au vu des résultats, l'expérimentation du projet sur les entretiens pharmaceutiques du diabète de type 2 s'est étendu en 2017 à la Vendée et à la Sarthe. Dans cette étude ***62 pharmaciens ont participé à ce projet.*** Depuis d'autres régions ont participé à cette expérimentation notamment en région PACA.

Pour le moment ces entretiens ne sont toujours pas remboursés par la sécurité sociale mais nous espérons que de dans les années futures ce sera le cas.

Il y a également d'autres médicaments et d'autres pathologies qui pourraient être pris en charge par le pharmacien d'officine dans le cadre d'entretiens pharmaceutiques.

Il pourrait également y avoir la mise en place d'entretien pharmaceutique concernant les antibiothérapies afin d'éviter les résistances qui surviennent lors de prises trop fréquentes.

Cela peut également passer par la réalisation des Trods disponibles également chez le médecin traitant afin de diagnostiquer ou non l'origine bactérienne d'une angine.

b. Vaccination COVID et TROD a l'officine

Vaccination

Depuis le 1/3/2009 la vaccination par le pharmacien d'officine est possible pour la grippe.

Elle a été récemment étendue pour la vaccination contre le covid durant la crise sanitaire mondiale qui a débuté au début de l'année 2020.

Cette extension de la vaccination par les pharmaciens d'officines leur a permis de vacciner massivement en leur sein en complétant l'offre des centres de vaccinations, des médecins et des infirmiers pouvant également vacciner.

Il faudra se poser des questions dans le futur afin de savoir si le pharmacien doit être sollicité pour la vaccination pour d'autres pathologies ce qui pourrait permettre une facilité d'accès pour certains patients qui se rendent presque quotidiennement dans leurs officines de quartier.

Cela permettrait d'élargir l'offre pour le patient sans pour autant concurrencer les autres professionnels de santé.

La mise en place des centres des vaccinations ou vaccinodrome a permis une vaccination massive mais couteuses par la mise en place de ces centres.

Trods à l'officine

Il y a également la mise en place dans les officines des TRODs à réaliser pour effectuer le diagnostic des angines afin de savoir si elles sont d'origine bactérienne où virale pour connaître la nécessité ou non d'utiliser une antibiothérapie.

La mise en place de la réalisation de ces TRODs a pour but de lutter contre les résistances aux antibiotiques qui apparaissent de plus en plus sur notre territoire.

C'est un des rôles que le pharmacien peut prendre dans les années à venir pour contribuer à l'enrayement des résistances compte tenu des chiffres alarmants.

En effet l'utilisation abusive et inappropriée des antibiotiques a entraîné l'émergence de bactéries multi- résistantes qui conduira à une impasse thérapeutique d'ici 2050.

Les bactéries résistantes aux antibiotiques pourraient tuer jusqu'à 10 millions de personnes par an d'ici à 2050, soit autant que le cancer.

Aucun mécanisme d'action innovant n'a été développé depuis plus de 20 ans.

Les bactéries sont devenues résistantes à un grand nombre d'antibiotiques, y compris les carbapénèmes et les Céphalosporines de 3^{ème} Génération (C3G) qui sont les molécules disponibles les plus efficaces pour traiter les bactéries multirésistantes.

La France est le deuxième Pays à prescrire le plus d'antibiotiques dans l'OCDE (125 000 infections multi-résistantes dont 5500 morts chaque année).

Il y a le développement de programmes pour lutter contre cette antibiorésistance et favoriser le bon usage des antibiotiques, par la mise en place du Plan Ecoantibio, programme « One Health ».

De plus l'État lance un programme prioritaire de recherche sur l'antibiorésistance dans les domaines de la santé humaine, animale et de l'environnement sur 10 ans sous la coordination de l'INSERM.

Le pharmacien a un rôle prépondérant à jouer dans la lutte contre les résistances des antibiotiques par l'explication des effets indésirables éventuels du traitement, et de la posologie.

En effet, on parle depuis plusieurs années de délivrance à l'unité de certains traitements aigus comme les antibiotiques malgré une réticence de la part des pharmaciens d'officine du à un accroissement de la charge de travail à effectuer, par l'obligation de déconditionner chaque boîte.

Cependant certains pharmaciens le font déjà dans la réalisation des piluliers pour les maisons de retraite mais cela nécessite des machines adaptées qui coûtent relativement cher.

De plus de nombreuses pharmacies se sont dotées de robots et ce mode de délivrance remettrait en question l'aménagement du back officine dans de nombreuses officines.

Ce mode de délivrance au sein des officines pour les traitements courts permettra de réduire le stock « des pharmacies familiales des patients » et d'alléger le coût pour la sécurité sociale des dépenses médicamenteuses.

Il en coûtera cependant un temps précieux pour les pharmaciens d'officine qui devront gérer deux modes de délivrance différents dans un espace souvent réduit dans les grandes villes où le foncier est excessivement cher comme à Paris notamment.

Je pense néanmoins que cette réorganisation de la délivrance pour les traitements de courte durée est nécessaire pour l'évolution de la dispensation pharmaceutique, au prix d'un effort supplémentaire pour les pharmaciens de ville qui pourrait être compensé financièrement par une revalorisation de la dispensation unitaire d'un comprimé permettant de compenser une éventuelle augmentation de l'effectif du back office, ainsi que de la réorganisation structurelle de l'officine pour la dispensation médicamenteuse.

Revenons aux TRODs servant à dépister les angines qui devaient être disponibles en pharmacie de ville en début d'année 2020 mais reportés suite à la pandémie de COVID-19.

TROD'ANGINE® Bandelette

Mode opératoire*



*Lire intégralement la notice d'utilisation avant la réalisation du premier TROD
Mise à jour : 4 décembre 2019

contact@aaazlab.fr **AAZ** Votre santé sous contrôle

Figure 50 Mode d'emploi d'un TROD pour le dépistage des angines.

En effet ces TRODs permettent de déterminer l'origine de l'angine. En somme ce test permet de savoir si le patient est infecté par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A qui est la première cause des angines bactériennes, **toutefois plus de 80% des angines sont d'origine virale** et ne nécessitent donc pas un traitement par antibiotique.

Ce test effectué en pharmacie permettra donc de réduire la prescription d'antibiotiques et donc de réduire la résistance aux antibiotiques sur la population française.

D'autres tests de Diagnostic Rapide (TDR) ont été mis à disposition des pharmaciens d'officine durant la pandémie mondiale afin de connaître l'immunité du patient (test sérologique automatisables de type ELISA) mais également des tests de diagnostics rapide (tests antigéniques basés sur une méthode immuno enzymatique appelée ELISA)

La réalisation des vaccinations et des TRODS en officine participe à l'évolution du métier de pharmacien d'officine.

D'autres missions vont voir les jours tels que la prescription de certains médicaments par le pharmacien.

c. Prescription de certains médicaments par le pharmacien

Dans les années futures le pharmacien aura un rôle à jouer dans la prescription de certaines molécules pour le patient afin d'éviter une saturation aux urgences ou une attente interminable au sein des cabinets médicaux recevant sans rendez-vous.

C'est dans cette optique que le gouvernement est en train de mettre en place la possibilité pour les pharmaciens de prescrire certaines molécules.

Dans certaines situations une dispensation sans prescription obligatoire peut s'avérer utile dans le cadre d'utilisation d'arbres décisionnels validés par la HAS.

Cette orientation a été expérimenté par le système Suisse « Net Care », ainsi que dans d'autres pays tel que le Canada ou en Écosse.

Ces expérimentations ont permis aux pharmaciens de dispenser des produits de santé de premier recours en s'aidant d'arbres décisionnels confectionnés par les pharmaciens et les médecins.

Le but de ce programme est d'éviter l'aggravation de certaines pathologies en l'absence de prise en charge médicale et de faciliter l'accès aux soins.

Pour effectuer cette nouvelle mission le pharmacien doit être formé sur ces différentes pathologies, savoir utiliser un dossier pharmaceutique (DP) et un dossier médical partagé (DMP) d'un patient donné.

(IV8) Depuis le 21 janvier 2021 les modalités concernant la dispensation sous protocole se précise pour les pharmaciens d'officine.

Cette possibilité de dispensation sous protocole **existe depuis la loi du 24 juillet 2019** relative à l'organisation, à la transformation de notre système de santé avec un décret relatif aux conditions dans lequel les pharmaciens peuvent délivrer des médicaments pour certaines pathologies. **Le texte d'application de cette loi est apparu le 14 janvier 2021** permettant désormais aux pharmaciens d'y voir plus clair sur la prescription de certaines molécules.

Ce décret met en lumière les différentes conditions de délivrance et de formation qui seront nécessaires au pharmacien pour effectuer la dispensation sous protocole.

Dans un premier temps un comité national de coopération interprofessionnelle devra proposer la liste des protocoles à élaborer et à déployer. De plus la rédaction de ces protocoles devrait être assurée par une équipe interprofessionnelle en concertation avec les conseils nationaux des professionnels des médecins et des pharmaciens et devront être validés par la HAS.

Les pathologies concernées ont été définies par un arrêté qui a été publié en mars 2020 et concerne pour le moment :

- ***La pollakiurie mictionnelle la femme de 16 à 65 ans plus connu sous le nom de cystites non compliquées.*** Dans ce cas le pharmacien pourra en respectant l'arbre décisionnel de la HAS délivrer certains antibiotiques tels que la fosfomycine.
- ***L'odynophagie*** qui se caractérise par des douleurs produites lors de la déglutition et le traitement consiste la prescription d'anti acide tels que les IPP.
- ***Les éruptions cutanées vésiculeuses prurigineuses chez l'enfant de 12 mois à 12 ans plus connues sous le nom de varicelle.*** Après l'interrogatoire et l'examen clinique de l'enfant le pharmacien pourra poser le diagnostic de varicelle et prescrire certains traitements adaptés tels que le paracétamol ou les antiseptiques.
- ***Elle concerne également la rhino conjonctivite allergique saisonnière de patients âgés de 15 à 50 ans.*** Dans ce cas le pharmacien pourra renouveler le traitement prescrit initialement par un médecin traitant.

Si ces missions sont réalisées avec succès le pharmacien pourra dans les années futures prescrire d'autres molécules.

Dans les années futures les pharmaciens d'officines devront également prendre part à la révolution technologique qui est en cours et intégrer la E- santé dans le processus de développement de leurs officines. C'est ce que nous allons voir à présent.

3) Place de la E-santé dans les années à venir dans les officines

De nos jours l'intelligence artificielle et l'informatique sont présent dans tous les domaines de notre société.

Ce n'est pas le sujet de ma thèse mais je trouve important de développer succinctement quelques points.

Tout d'abord la Data est un sujet majeur de notre société et concerne également le domaine de la santé.

En effet, il ne faut pas oublier que les données privées concernant la santé de chacun peuvent être utilisées par les employeurs ou les banques lors de prêt pour faire pression sur la personne.

C'est pour cela que les informations personnelles concernant la santé d'un individu doivent être protégées pour éviter leur divulgation.

Grace notamment à la protection des données sur nos logiciels informatiques que nous utilisons dans les officines tels que LGPI ou WIN Pharma.

Deuxièmement l'informatique et les logiciels qui en découlent peuvent aider notre profession dans la logistique mais également dans le diagnostic de certaines pathologies.

En premier lieu je pense à des logiciels pouvant aider dans certaines tâches du pharmacien dans son quotidien, notamment dans le développement des nouvelles missions pharmaceutiques permettant de réaliser le recueil des données concernant les entretiens pharmaceutiques, ou lors de la réalisation de bilan partagé de médication.

(IV9) le logiciel *bimedoc* qui permet aux pharmaciens de développer les nouvelles missions pharmaceutiques et a permis durant la crise sanitaire de réaliser le *recueil des informations nécessaires pour la réalisation des tests antigéniques*.

Cette application s'est également développée pour la vaccination contre le covid en aidant les pharmaciens à *accomplir leur nouvelle mission dans la vaccination massive*. Elle permet d'enregistrer les informations nécessaires lors de la vaccination et notamment de répondre au questionnaire prévu à cet effet.

Certains logiciels permettent également de développer la parapharmacie et la vente de produits dermo cosmétiques.

Certaines start-up ont déjà vu le jour ou verront le jour et je pense que le pharmacien a tout intérêt à y adhérer en fonction de ses besoins afin d'améliorer le suivi du patient, ou de développer la partie parapharmacie permettant au client de recevoir leurs produits plus rapidement ou en commandant à l'avance sur le site de la pharmacie.

De plus en plus de groupements se sont mis à la réalisation de sites internet permettant au patient de laisser leurs ordonnances à préparer par les pharmaciens. Il faut cependant faire attention à ces procédés afin d'éviter que ce soit perçu comme une simple délivrance sans conseils associés car cela pourrait faire du tort à notre profession et pourrait être utilisé à mauvais escient par certains pharmaciens.

(IV10) *la création de logiciels peut également aider au diagnostic de certaines pathologies notamment celle concernant la dermatologie*.

Actuellement pour avoir un rendez-vous chez le dermatologue il y a souvent un délai d'attente de plusieurs mois ce qui pose de réels problèmes lorsqu'il faut traiter en urgence certaines pathologies cutanées pouvant s'aggraver. D'autres sont moins dangereuses mais nécessitent des traitements qui pourraient être donnés par le pharmacien ou prescrits par le médecin généraliste lors de la pose du diagnostic.

Google a récemment énoncé en mai 2021 le lancement d'une application qui s'appelle **Derm Assist** et qui *permet d'identifier 288 affections de la peau*. Au cours des 3 années de recherche qui ont amené au développement de cette application, Google a formé son application sur plus d' 1.000.000 d'images de peau qui ont été dépersonnalisées.

Elle permet à l'heure actuelle d'identifier 288 affections de la peau, des ongles et des cheveux parmi plus de 3000 affections qui peuvent être diagnostiquées par un dermatologue.

Elle ne remplace bien évidemment pas le dermatologue mais peut-être une aide précieuse pour le médecin généraliste, qui lors de l'identification d'une de ces affections peut à l'aide de ces connaissances soigner le patient.

Cela peut également être d'une aide précieuse pour le pharmacien d'officine qui pourra confirmer le diagnostic ou non qu'il a effectué car il ne faut pas oublier que le manque de dermatologues entraîne le patient à venir en pharmacie pour essayer de diagnostiquer certaines éruptions cutanées.

Ces technologies peuvent être d'une aide précieuse pour les différents professionnels de santé, il faut toutefois en faire bon usage et ne pas les substituer aux spécialistes.

Comme nous venons de l'évoquer l'accès aux professionnels de santé et de plus en plus compliqué ce qui peut imposer dans certaines régions communes rurales qui sont en pénurie de médecins ou de spécialiste ***d'implanter au sein des officines des télécabines ou des logiciels de télémedecine*** permettant d'avoir un spécialiste ou un médecin généraliste à distance au sein même de son officine.

Comme nous l'avons vu précédemment il faut peser le pour et le contre car ces machines sont souvent coûteuses et nécessitent un investissement pour le pharmacien titulaire.

Ces nouveaux outils informatiques doivent servir à tous les professionnels de santé afin de développer leurs compétences mais également de permettre un meilleur suivi du patient.

(IV 11) En effet notre système de santé est en pleine évolution et le métier de pharmacien d'officine comme nous avons pu le voir durant cette thèse est en train d'évoluer et de prendre une nouvelle direction avec la mise en place des nouvelles missions.

La commande et la livraison des médicaments vont être automatisées afin de désengorger l'officine et de permettre aux pharmaciens titulaires et également aux employés une meilleure gestion de leur temps afin de se consacrer à leurs nouvelles missions confiées par le gouvernement.

Ce gain de temps doit passer par l'automatisation du circuit des médicaments mais également par la mise à disposition d'un service de dispensation à domicile qui a été expérimenté et développé durant le confinement. Pour les pharmacies qui utilisaient déjà ce procédé l'activité des livraisons a été multipliée par trois en moyenne.

Cette pratique est perçue par certains pharmaciens comme un abandon du conseil. Cependant la mise en place d'ordonnance en ligne notamment par le développement de la téléconsultation est un gain de temps pour le pharmacien mais également pour le patient.

Le développement de ces logiciels fait partie de la modernisation du système de santé pour faire basculer la santé dans la E- santé qui est un enjeu majeur pour le gouvernement et rappelé au Ségur de la santé par le Ministre.

En effet l'absence d'automatisation et de digitalisation de nos services en pharmacie, font perdre un temps considérable à l'équipe officinale notamment par l'impression des ordonnances envoyées par mail qui ne sont pas sécurisées ou des cartes mutuelles.

Le basculement de la pharmacie d'officine dans le projet global de la digitalisation de notre système de santé permettra :

- Dans un premier temps de ***sécuriser les données personnelles de nos patients***
- ***D'obtenir un meilleur service pour nos patients***
- Et également ***d'avoir plus de temps afin de développer la prévention*** dans nos officines sur différentes pathologies ou les sujets mis en exergue par les autorités compétentes.

4) La prévention en pharmacie

Comme nous l'avons dit à de nombreuses reprises dans cette thèse, la pharmacie est le premier lieu de santé où se rend le patient lorsqu'il a une question à poser avant de s'orienter vers un médecin ou un spécialiste du domaine concerné tel qu'un ostéopathe un podologue ou d'autres professionnels rattachés à la santé.

La pharmacie d'officine est utilisée actuellement comme vitrine par les laboratoires dans certaines officines pour promouvoir leur nouveau produit cosmétique mais d'autres pharmacies développent dans leur vitrine des thématiques liées à la santé qui changent tous les mois afin de faire de la prévention et de l'information (c'est le cas du groupement TOTUM)

Certaines pharmacies participent au développement de la prévention ce qui constitue un enjeu majeur pour diminuer notamment les affections de longue durée et permettre aux patients de prendre conscience de ces pathologies.

Nous allons maintenant nous intéresser aux missions de prévention existantes qui sont relayées par les différentes officines sur notre territoire ainsi que les missions de prévention qui pourraient être développées.

a. Missions de prévention existantes

→ Le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans la prévention tabagique.

En effet le tabac est devenu une préoccupation majeure du ministère de la santé ainsi que des professionnels par ses conséquences néfastes sur l'homme avec notamment les nombreuses pathologies cardio-vasculaires que cette substance peut entraîner mais également de nombreux cancers.

Comme nous l'avons vu dans la seconde partie les pouvoirs publics se sont emparés de cette addiction en misant sur la prévention et l'information sur les conséquences de cette substance.

Il y a eu de nombreuses campagnes de prévention mais nous parlerons ici du mois sans tabac qui doit être relayé massivement dans les officines au mois de novembre.

Cette campagne qui se déroule en novembre doit servir de vitrine pour la lutte contre le tabac.



Figure 547 Affiche publicitaire pour la promotion du mois sans tabac

Nous voyons à travers l'exemple de cette affiche assurant la promotion du mois sans tabac, la mobilisation du monde de la santé sur la prévention tabagique avec l'initiative d'un village de prévention qui a été réalisé à Lorient en 2018 afin de prévenir les risques mais également de trouver des solutions pour arrêter de fumer.

De plus le pharmacien peut parler de prévention tabagique lorsqu'au comptoir un patient demande des substituts nicotiques tels que les gommes ou les patches.

Notre rôle premier est de l'informer sur l'usage de ces substituts, de savoir s'il fume encore des cigarettes, ou encore de savoir depuis combien de temps il a réussi à se sevrer avec ses substituts.

Il faut également lui expliquer la réduction du dosage de nicotine avec les patches et lui dire que les gommes ou les pastilles à sucer permettent de réguler l'envie et d'éviter de replonger. Nous pouvons également informer le patient que ces substituts nicotiques sont remboursés par la sécurité sociale sans avance, et permet donc de faire valoir l'argument financier qui fait partie depuis nombreuses de nombreuses années d'un des facteurs d'arrêt chez le patient.

Cette mission du pharmacien dans la prévention tabagique est permise notamment grâce à l'enseignement dans les facultés de pharmacie depuis quelques années sur la prise en charge thérapeutique avec les substituts nicotiques et notamment un déroulé pour d'éventuels entretiens. Il y a également des initiatives locales comme le tournage de courts métrages diffusé par l'intermédiaire de l'URPS (Union Régionale des Professionnelles de Santé libéraux) pour la campagne du mois sans tabac.

Des initiatives locales notamment grâce à **Pharma'observance** permettent une rémunération du pharmacien pour la réalisation des entretiens tabagiques. Cela a été mis en place grâce à l'obtention du Diplôme Universitaire (DU) sur les nouvelles missions pharmaceutiques. Cela permet de suivre le patient sur l'observance de son traitement chose qui est rarement fait par les médecins généralistes par manque de temps.

Ce sont des nouveaux outils qui sont mis en place pour faire changer progressivement le métier de pharmacien d'officine et l'orienter dans la prévention en permettant aux pharmaciens une rémunération.

→ **Prévention du cancer du sein avec octobre rose.**

Le pharmacien d'officine a un rôle primordial à jouer dans la prévention des cancers et notamment dans la prévention du cancer du sein avec notamment depuis peu la réalisation d'entretiens pharmaceutiques oncologiques dû à l'émergence des chimiothérapies orales délivré au sein des officines.

Il faut que les pharmaciens d'officine relais la campagne d'information qui est organisée chaque année en octobre par l'association ruban rose qui permet de lutter contre le cancer du sein en menant une campagne d'information et permet de réaliser des actions de prévention et de diagnostic précoce de cette pathologie.

Le pharmacien relaie également d'autres messages de prévention notamment avec la diffusion des informations concernant l'épidémie du covid.

Toutefois les messages de prévention ne sont pas assez relayés au sein des officines et nous devons approfondir cette prévention concernant différentes pathologies ou différents usages.

b. Les missions à développer

Les pharmacies doivent porter les messages de prévention et assurer des campagnes sur différents sujets qui sont importants et trop peu relayés de nos jours au sein des officines.

Les pharmacies doivent servir de messenger concernant la prévention pour les jeunes filles débutant leur vie sexuelle en les informant sur les infections sexuellement transmissibles mais également les différents moyens de contraception et les moyens prophylactiques pour éviter la survenue de ces maladies.

Elles doivent également diffuser des messages de prévention ou même de conseil concernant l'alimentation des patients par la distribution de fiches conseils pouvant aider le patient à s'alimenter correctement en fonction de ses besoins et de son âge.

Les pharmacies devraient également servir à relayer des messages de prévention concernant l'alcoolisme.

En effet comme nous l'avons vu dans précédemment le gouvernement veut mettre l'accent sur la prévention d'un usage quotidien d'alcool car cette consommation chronique engendre

de nombreuses pathologies qui est un véritable fléau pour notre société et engendre chaque année un nombre considérable de morts.

Après avoir vu le rôle joué par le pharmacien dans la prévention de nombreuses pathologies, nous allons nous intéresser à son rôle de pharmacien correspondant.

5) Pharmacien correspondant

(IV12) le pharmacien correspondant a été créé par la loi hôpital santé et territoire de 2009 mais n'avait jamais vraiment été mis en place en raison d'un protocole très lourd à respecter.

La parution en mai 2021 d'un décret au journal officiel a permis la simplification de l'organisation des pharmaciens correspondants qui peuvent renouveler un traitement et adapter la posologie en cas de nécessité avec l'accord du médecin pour des patients souffrants de maladies chroniques évitant ainsi les ruptures du traitement.

La prescription incluant le renouvellement du pharmacien ne pourra pas dépasser un an comme c'est déjà le cas de nos jours.

Le pharmacien correspondant ne sera pas obligatoire pour le patient comme c'est le cas pour le choix d'un médecin traitant.

La mise en place de cette nouvelle tâche pour le pharmacien doit permettre une meilleure coordination des soins pour un patient donné c'est le but de cette mission qui sera également confiée aux infirmiers afin de permettre une meilleure transmission des informations et d'éviter des ruptures de traitement.

Chacun a son rôle à jouer dans le parcours de soins d'un patient et l'ensemble de ces professionnels doivent travailler en complémentarité afin d'assurer le meilleur suivi pour leur patient.

Le pharmacien correspondant devra être un pharmacien titulaire d'officine a indiqué le ministre de la Santé, et pour assurer la logique et la volonté de la mise en place de cette nouvelle mission ***le médecin et le pharmacien devront appartenir ou même exercice coordonné c'est-à-dire appartenir au même exercice coordonné du patient*** où exercer au sein de la même maison de santé.

Le but de ce nouveau décret n'est pas de concurrencer les médecins traitants mais permettre un meilleur suivi et un meilleur accompagnement pour le patient tout au long de son parcours de soins.

Le but étant également de favoriser les échanges d'informations entre les différents professionnels de santé pour que chaque professionnel ait le plus d'informations possibles sur les patients.

CONCLUSION

J'ai voulu rédiger cette thèse en premier lieu pour prendre connaissance de notre système de santé français afin de connaître ses rouages, ses modalités, et de pouvoir accompagner au mieux le patient dans son parcours de soin.

Les pharmaciens ne sont pas les seuls acteurs et doivent travailler en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé.

Pour pouvoir travailler au sein d'un système il faut le connaître afin de comprendre ses points forts mais également ses points faibles pour faire des propositions dans le but de l'améliorer.

Tout d'abord je suis parti de l'ONU qui est l'Organisation des Nations Unies, c'est le point central de notre civilisation et de notre société.

Il en découle plusieurs organismes dont l'OMS qui est l'Organisation Mondiale de la Santé qui permet de donner des recommandations après concertation avec l'ensemble des professionnels travaillant au sein de cet organisme.

C'est ce que nous avons pu voir lors de la crise du Covid, cet organisme a servi de baromètre pour l'ensemble des pays du globe, et de nombreux présidents se sont appuyés sur leurs recommandations pour prendre leurs décisions.

En Europe, deux systèmes principaux de santé se démarquent comme nous avons pu le voir : le système bismarckien qui provient d'Allemagne et dont le principe de financement est basé sur le travail autrement dit sur les cotisations salariales contrairement au système de Beveridge provenant d'Angleterre et dont le principe de financement est basé sur la solidarité nationale donc sur l'impôt.

Enfin il y a le système libéral aux États-Unis où chaque individu finance par ses propres moyens ses soins médicaux.

Nous avons vu que la France est partagée entre ces trois modèles. C'est le cas de beaucoup de pays car chaque système a une vision assez manichéenne permettant peu de souplesse.

Le mélange des systèmes permet donc d'avoir plus d'outils et de moyens différents afin d'ajuster un financement au sein du système de santé pour lui permettre un meilleur fonctionnement.

Dans la deuxième partie j'ai étudié les différentes réglementations qui régissent notre système de santé mais également son financement et son fonctionnement.

J'ai également étudié les principales lois et celles qui ont été instaurées récemment par les Ministres de la santé afin de voir comment chaque professionnel doit y participer afin de l'améliorer.

J'ai également la volonté d'ouvrir dans les prochaines années une officine. C'est la raison pour laquelle j'ai rédigé la troisième partie pour essayer de connaître et de comprendre de quels acteurs nous avons besoin aussi bien en tant que pharmacien adjoint que titulaire.

Il ne faut pas oublier qu'un pharmacien est un professionnel de santé, et en tant que titulaire il doit également être un bon chef d'entreprise.

J'ai également énoncé les différentes missions actuelles du pharmacien mais également celles qui vont être mises en place dans les années futures et qui ont été votées dans les nouveaux textes de loi notamment dans le Ségur et dans la loi « Ma santé 2022 ».

En effet, notre système de santé est en pleine transformation car les pouvoirs publics se rendent compte qu'il y a un manque considérable de médecins traitants, et nous pouvons le constater dans nos villes et villages.

Effectivement, peu de médecins partant à la retraite sont remplacés créant donc un réel manque.

Une des solutions qui a été trouvée est la création de centres médicaux ou de pôles de santé. Je pense que dans les années futures cette configuration est une des solutions mais elle n'est pas la seule.

En effet, je pense que pour un bon fonctionnement de notre système de santé une coordination interprofessionnelle mais également intersectorielle entre le secteur public et privé doit être mise en place entre les professionnels.

C'est pour cela que le gouvernement et les pouvoirs publics se sont emparés du problème en confiant de nouvelles missions aux pharmaciens d'officine mais également aux autres professionnels de la santé.

C'est dans ce sens que les pharmaciens d'officine pourront bientôt prescrire certains médicaments avec un protocole défini par avance en concertation avec les professionnels de santé.

Si les missions qui leur sont confiées sont effectuées avec succès dans les années à venir et prises au sérieux par l'ensemble des pharmaciens il est probable que notre profession se voit confier de nouvelles missions en fonction des besoins de notre temps.

J'espère sincèrement que notre profession va pouvoir évoluer et s'inscrire dans un véritable rôle de santé. Pour cela les pharmaciens d'officine mais également les pharmaciens hospitaliers devront prendre ces nouvelles missions en considération en les faisant évoluer à leur manière.

C'est ainsi que s'achève cette thèse qui est un travail dont l'idée a émergé au début de ma cinquième année d'officine bien avant la pandémie mondiale que nous avons connue.

Avec cette crise et également avec l'évolution de nos systèmes cette thèse ne sera probablement plus exacte dans quelques années mais elle permet d'avoir une vue d'ensemble du système de santé et de l'intégration de notre profession dans ce système.

Je pense que nos études sont suffisamment longues et suffisamment complètes pour que nous soyons un acteur majeur de la santé mais cela dépendra avant tout des nouvelles générations des pharmaciens qui j'espère feront évoluer notre profession dans le bon sens.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction

(1) <https://www.proximus.be/pickx/fr/1559397/que-nous-reste-t-il-de-napoleon> consulté le 05/07/2020

Partie I

(I1) site officiel de l'ONU : <https://www.un.org/fr/>

(I2) Site officiel de l'OMS : <https://www.who.int/about/fr/> consulté le 17/01/2021

(I3) https://fr.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A9t%C3%A9_des_Nations consulté le 02/02/2021

(I4) https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_mondiale_de_la_sant%C3%A9#Avant_1948:_Institutions_pr%C3%A9c%C3%A9dentes

(I5) article du Point (numérique) : Covid : l'OMS appelle à vacciner plus vite en Europe (source AFP), publié le 05/02/2021 à 7h45.

(I6) « L'Organisation mondiale de la santé : Chapitre II. La naissance de l'OMS, ses objectifs et l'évolution de sa stratégie et de ses programmes »

(I7) https://ise.unige.ch/isdd/IMG/pdf/brochureOMS_fr.pdf

(I8) Dominique Pestre (sous la direction de), "Le gouvernement des technosciences", La Découverte, 2014, p. 65-92

(I9) L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ D'Yves Beigbeder, Chapitre III. L'évolution structurelle de l'OMS (p29-67)

(I10) site officiel de l'OMS : <https://www.who.int/fr/about/planning-finance-and-accountability/how-who-is-funded>

(I11) <https://www.unicef.fr/> consulté le 02 Mars 2021.

(I12) <https://www.unicef.org/fr/ce-que-nous-faisons> consulté le 02 mars 2021

(I13) https://www.lemonde.fr/international/article/2020/08/04/liban-tres-forte-explosion-a-beyrouth-l-origine-pour-l-instant-inconnue_6048135_3210.html, consulté le 02 mars 2021

(I14) <https://news.un.org/fr/story/2020/11/1082932> consulté le 25 novembre 2020

(I15) <https://www.conventioncitoyennepourleclimat.fr/> consulté le 04 mars 2021

- (I16) <http://www.fao.org/home/fr/> consulté le 1 mars 2021.
- (I17) <http://www.fao.org/director-general/news/2020-a-year-of-global-engagement-for-a-better-world/fr/> consulté le 01 mars 2021.
- (I18) <https://www.fip.org/about?language=fr> , consulté le 06 mars 2021
- (I19) <https://www.fip.org/fip-development-goals> consulté le 08 Mars 2021
- (I20) <https://www.fda.gov/> consulté le 09 mars 2021.
- (I21) article de la BBC News datant du 14 Novembre 2017 « FDA approves 'trackable' pill » consulté le 08 Mars 2021.
- (I22) « le monde selon Monsanto » Marie-Monique Robin 2008 chapitre 5 : L'affaire de l'hormone de croissance bovine : la *Food and Drug Administration* sous influence pages 102 à 105 consulté le 08 Mars 2021
- (I23) https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ema_fr consulté le 09 Mars 2021.
- (I24) <https://www.ema.europa.eu/en> consulté le 09 et 10 mars 2021.
- (I25) article : le Télégramme « Covid 19 : ces pays qui suspendent la vaccination avec Astrazéneca » article publié le 15 Mars 2021 à 13h30 et modifié à 16H51. <https://www.letelegramme.fr/coronavirus/covid-19-ces-pays-qui-suspendent-la-vaccination-avec-astrazeneca-14-03-2021-12718919.php>
- (I26) article des Échos publié le 19 Mars 2021 à 6h58 et mis à jour le 20 mars à 8h53. <https://www.lesechos.fr/monde/enjeux-internationaux/en-direct-19-mars-2021-covid-le-point-sur-la-situation-en-france-et-dans-le-monde-1299732>
- (I27) Article du Monde publié le 03 février 2021 à 5h13 et mis à jour à 12H55 par lise Barnéoud avec Chloé Hecketsweiler « : « Vaccins contre le Covid-19 : dans les coulisses des contrats entre l'UE et les groupes pharmaceutiques » consulté le 23 mars 2021.
- (I28) Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 157 à 159.
- (I29) Reflets et perspectives, LIII, 2014/4. Évaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique. France Vrijens, Françoise Renard, Denise Walckiers, Pascal Meeus, Christian Léonard. Pages 83 à 85 et pages 100 à 102. file:///Users/dolittle/Downloads/RPVE_534_0083.pdf
- (I30) diaporama « la performance d'un système de santé » d'Azouz EL HASNAOUI administrateur et cadre infirmier (Mai 2017) <https://www.slideshare.net/abderrahmaneachbani/performance-systeme-de-sant>

(I31) Les modèles de l'indemnisation chômage, Novembre 2019 disponible sur l'UNEDIC <https://www.unedic.org/sites/default/files/2019-12/Note%20d%27%C3%A9clairage%20Les%20mod%C3%A8les%20fondateurs%20de%20l%27indemnisation%20du%20ch%C3%B4mage%20VF.pdf>

(I32) Système de santé et accès aux soins : diversité des modèles et enjeux actuels de Maryse Badel et Olivier Pujolar de 2008 pages 105-125.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01075418>

(I33) Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 167 à 174.

Partie II

(II1) Bernard Bonnici, la politique de santé en France, édition Que sais-je ?, 6eme Edition 2015, 124 pages.

(II2) François Jacquot, « Le droit au consentement éclairé du patient », *le Village de la justice*, 4 septembre 2018.

(II3) Marie Grosset, « Étude sur les directives anticipées et la personne de confiance : le rôle du tiers dans l'expression de la volonté du sujet empêché », *Recueil Dalloz* 2019, p. 1947

(II4) Article du Journal le monde du 18 Mars 2021 « L'Espagne légalise l'euthanasie, devenant le sixième pays au monde le faire », consulté le 24 Avril 2021
https://www.lemonde.fr/international/article/2021/03/18/l-espagne-devient-le-quatrieme-pays-europeen-a-legaliser-l-euthanasie_6073591_3210.html#xtor=AL-32280270

(II5) (page 8) article tiré du monde écrit par Anne-Sophie Faivre le le 22 novembre 2018 « Affaire Vincent Lambert : tout comprendre en 8 dates » https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/11/22/comprendre-l-affaire-vincent-lambert-en-sept-dates_5386948_4355770.html consulté le 08/07/20

(II6) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036543886&categorieLien=id>

(II7) Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 273 à 290 puis pages 255 à 272 et pages 291 à 307.

(II8) <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251812.htm>
Code de la santé public livre III : lutte contre l'alcoolisme, Titre premier prévention de l'alcoolisme chapitre unique

(II9) https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/07/25/jean-castex-se-deplace-a-nice-apres-plusieurs-episodes-de-violences_6047255_823448.html

(II10) Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 159 à 164

(II11) https://fr.wikipedia.org/wiki/Direction_g%C3%A9n%C3%A9rale_de_la_Sant%C3%A9 Consulté le 11 mai 2021.

(II12) <https://lecmg.fr/direction-generale-de-loffre-de-soins-dgos/> consulté le 11 Mai 2021.

(II12*) https://fr.wikipedia.org/wiki/Direction_de_la_Recherche_des_%C3%89tudes,_de_l%27%C3%89valuation_et_des_Statistiques consulté le 17 Mai 2021.

(II13) <https://www.has-sante.fr/>

(II14) <https://www.anism.sante.fr/>

(II15) <https://www.agence-biomedecine.fr/>

(II16) <https://www.e-cancer.fr/>

(II17) <https://www.ehesp.fr/>

(II18) <https://www.securite-sociale.fr/hcaam> consulté le 15 Mai 2021.

(II19) Gautret, P. et al. *Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial.* *Int. J. Antimicrob. Agents* (2020) doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105949.

Chen Z et al. *Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial.* <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.22.20040758v3.full.pdf>

Chen J et al. *A pilot study of hydroxychloroquine in treatment of patients with common coronavirus disease-19 (COVID-19).* *J Zhejiang Univ (Med Sci)* 2020, Vol. 49 Issue (1): 0-0.

Wei Tang et al. *Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial.* *BMJ* 2020;369:m1849. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1849>

(II20) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/veille_des_etudes_cliniques_publiees_pour_certains_medicaments_du_covid-19.pdf

(II21) https://cme-psy.fr/wp-content/uploads/2018/11/005_sys_hosp_francais.pdf rédigé par le docteur Laurent Molinier consulté le 15 juillet 2020.

(II22) les établissements de santé éditions 2019 publié par le ministère de la solidarité et de la santé : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>

(II23) <https://www.lesmaisonsderetraite.fr/la-maison-de-retraite-usld.htm>

(II24) <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/595-600-infirmiers-france-selon-dgos.html> consulté le 17 mai 2021

(II25) Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 165 à 168. Consulté le 17 Mai 2021.

(II26) <https://viedebio.com/2020/01/28/vii-financiarisation-laboratoire-biologie-medicale/>

(II27) <https://www.sdbio.eu/component/acymailing/listid-9/mailid-892-lbm-flash-16-11-2018-une-independance-du-biologiste-medical-a-defendre?tmpl=component&tmpl=component>

(II28) https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/aide_medicale_urgente_en_france.pdf

(II29) <https://www.h4d.com/>

(II30) <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/medecin/exercice-liberal/remuneration/permanence-soins/permanence-soins>

(II31) <https://www.weka.fr/sante/dossier-pratique/gerer-le-personnel-hospitalier-dt45/cadres-reglementaires-des-gardes-et-astreintes-conformement-a-la-definition-de-la-permanence-des-soins-en-etablissements-de-sante-3601/>

(II32) <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763> consulté le 17 Mai 2021.

(II33) LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé | Legifrance

(II34) rapport de 2017 de la DREES : « L'état de santé *de la population en France* ».

(II35) Anne-Sophie Ginon, « La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ? », *RDSS* 2018, p. 448

(II36) <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/> consulté le 25 mai 2021.

(II37) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf consulté le 27 mai 2021.

(II38) Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 181 à 187. Consulté le 27 Mai 2021.

(II39) Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 189 à 207. Consulté le 31 Mai 2021.

(II40) <https://www.vie-publique.fr/loi/270993-loi-du-24-decembre-2019-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020#:~:text=La%20loi%20de%20financement%20de,%C3%A9tait%20de%205%2C1%20milliards>. Consulté le 31 Mai 2021.

(II41) <https://www.egora.fr/actus-pro/assurance-maladie-mutuelles/61345-vaccins-contre-le-covid-branche-autonomie?nopaging=1> Vaccins contre le Covid, branche autonomie, téléconsultation... Les 10 mesures phares du budget de la Sécu 2021 Par Louise Claereboudt le 29-09-2020 consulté le 31 Mai 2021.

(II42) Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 243 à 252. Consulté le 03 Juin 2021.

Partie III

(III1) : <https://supexam.fr/prepa-medecine/reforme-etude-sante/> site consulté le 18/06/2021.

(III2) <http://paces.remede.org/documents/les-nouvelles-modalites-d-acces-aux-etudes-de-sante-suite-a-la-reforme-paces-2020.html> consulté le 18 juin 2021.

(III2bis) document du FSPF de février 2016 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fspf-contribution_pour_3eme_cycle_pharmacie-officine_phd.pdf consulté le 28 Juin 2021.

(III3) Diaporama rédigé par Lucas DENIS – Co-Président Clémence HUYNH - VP Pharmacie Hospitalière Mathieu GALLARD - VP Relations universitaires de la Fédération National des syndicats d'Internes en Pharmacie et Biologie médicale (FNSIP.BM) le 03 septembre 2019 s'intitulant : La réforme du 3^{ème} cycle des études de pharmacie filière hospitalière. Consulté le 18 juin 2021.

(III4) guide de l'installation du jeune Pharmacien (édition 2019-2020) rédigé par l'ANEPF, page 27 à 35.

(III5) <https://pharmacie.univ-amu.fr/conseil-etudes-vie-universitaire>

(III6) <https://www.anepf.org/> consulté le 20 Juin 2021.

(III7) guide de l'installation du jeune Pharmacien (édition 2019-2020) rédigé par l'ANEPF, page 135 à 148.

(III8) <http://www.ordre.pharmacien.fr/> consulté le 20 juin 2021.

(III9) <https://uspo.fr/union-de-syndicats-de-pharmaciens-d-officine/> consulté le 20 juin 2021.

(III10) <https://www.cavp.fr/>

(III11) guide de l'installation du jeune Pharmacien (édition 2019-2020) rédigé par l'ANEPF, (page 47 à 55)

(III12) livret des statistiques professionnelles de la pharmacie édition 2020 (échantillon sur 1786 pharmacie, CGP page 4 et 5.

(III13) <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/le-regime-d-implantation-des-officines-de-pharmacie-reforme-par-ordonnance> consulté le 26 Juin 2021.

(III14) thèse de Madame Daoud Caroline soutenue le 21/5/2021: rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient.

(III15) <http://pharmacie-clinique.fr/entretien-pharmaceutique/> consulté le 14 juillet 2021

(III17) <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/Exercer-en-groupe/cpts-definition> consulté le 14 juillet 2021.

(III18) <https://ansm.sante.fr/page/autorisation-de-mise-sur-le-marche-pour-les-medicaments#:~:text=En%20France%2C%20l'ANSM%20d%C3%A9livre,d%C3%A9centralis%C3%A9es%20et%20de%20reconnaissance%20mutuelle.> Consulté le 15 juillet 2021.

(III19) ansm.sante.fr consulté le 15 juillet 2021.

(III20) https://www.has-sante.fr/jcms/c_412210/fr/commission-de-la-transparence consulté le 15 juillet 2021.

(III21) thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie soutenue et présenté publiquement le 6 mars 2015 par Kemougne Murielle : GESTION DE LA STRATEGIE COMMERCIALE DANS L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES consulté le 29 juillet 2021.

(III22) <https://choisirmongroupement.com/centralesdachsstructuresregroupements/#:~:text=Elles%20permettent%20d'acheter%20en,'autres%20pharmaciens%20d'officines.> Consulté le 29 juillet 2021.

(III23) <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/groupement-interet-economique-gie> consulté le 29 juillet 2021.

Partie IV

(IV1) https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante consulté le 10 Aout 2021.

(IV2) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/evaluation_de_l_implementation_ctm.pdf consulté le 10/08/2021.

(IV3) rapport de stage d'Elodie Bouillot : mise en place de la conciliation médicamenteuse au sein des urgences du CH de salon de Provence : évaluation qualitative et économique

(IV4) étude : Ankri et al. le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé et l'étude Chayéet al. Hospital réadmission induced by adverse drug reaction

(IV5) <https://www.agencedpc.fr/le-dpc/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2020-2022> consulté le 18 Aout 2021.

(IV6) <http://www.acqo.fr/Mesures-generales/Obligation-de-developpement-professionnel-continu-DPC> consulté le 18 Aout 2021.

(IV7) <https://urpspharmaciens-pdl.com/les-projets/projet-diabete/> consulté le 18 Aout 2021.

(IV8) <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Dispensation-sous-protocole-les-modalites-se-precisent> consulté le 19 Aout 2021.

(IV9) <https://www.bimedoc.com/equipe.html> consulté le 19 Aout 2021.

(IV10) <https://www.lesechos.fr/tech-medias/hightech/quand-lintelligence-artificielle-traque-les-maladies-de-peau-1316371> consulté le 19 Aout 2021.

(IV11) <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/opinion-la-pharmacie-dofficine-face-a-son-uberisation-1328367> consulté le 20 Aout 2021.

(IV12) <https://www.ladepeche.fr/2021/05/31/apres-le-medecin-traitant-voici-le-pharmacien-correspondant-5-questions-pour-comprendre-le-principe-9576713.php>

FIGURES

Partie I

Figure 1 : l'organisation interne de l'ONU

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_des_Nations_unies#/media/Fichier:Institutions de l'ONU.svg](https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_des_Nations_unies#/media/Fichier:Institutions_de_l'ONU.svg)

Figure 2 : Les institutions spécialisées de l'ONU : <https://lecourrier.vn/lonu-celebre-ses-73-ans/532794.html>

Figure 3 Organisation des pays ayant participé à la création et le développement de la Société Des Nations : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5f/League_of_Nations_Anachronous_Map_FR.png

Figure 4 : Figure 48 : zones régionales de l'OMS

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_mondiale_de_la_sant%C3%A9#/media/Fichier:World Health Organisation regional offices.svg](https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_mondiale_de_la_sant%C3%A9#/media/Fichier:World_Health_Organisation_regional_offices.svg)

Figure 5 : les 10 principaux contributeurs à l'OMS pour l'exercice 2018-19

Figure 6 : budget de dépense de l'OMS pour la période 2020-2021 <https://www.who.int/fr/about/planning-finance-and-accountability/how-who-is-funded>

Figure 7 : les 21 objectifs de la FIP à travers le monde <https://www.fip.org/fip-development-goals>

Figure 8 le model de Gilbert (1980), les composantes de la performance.

<https://www.slideshare.net/abderrahmaneabani/performance-systeme-de-sant>

Figure 9 cadre conceptuel du système de santé proposé par l'OMS

<https://www.slideshare.net/abderrahmaneabani/performance-systeme-de-sant>

Figure 10 Cadre conceptuelle d'évaluation de la performance du système de santé Belge
file:///Users/dolittle/Downloads/RPVE_534_0083.pdf

Figure 11 : tableau de synthèse du modèle Bismarckien et beveridgien montrant les divergences de ces 2 systèmes. Sources (I31) UNEDIC

Partie II

Figure 12 : équivalence en alcool des boissons représentant un verre d'alcool standard.

<https://jeunes.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees>

Figure 13: Évolution de la consommation de tabac en France en rapport de son prix

https://www.researchgate.net/figure/Evolution-de-la-consommation-de-tabac-en-fonction-de-son-prix-Source-Hill-C-Prix-du_fig2_292102966

Figure 14 : Organigramme de la Direction Général de la Santé https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organigramme_dgs_nominatif_1ermai21.pdf

Figure 15: Tableau du nombre d'entités et de capacité d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et en 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/1-14.pdf>

Figure16: Tableau du nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/3-14.pdf>

Figure17: Tableau des emplois dans les établissements de santé au 31 décembre 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ve-12.pdf>

Figure 18 Nombre de professionnelles médicaux dénombré par la DGOS en 2015. <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/595-600-infirmiers-france-selon-dgos.html>

Figure 19 Évolution des professions de Pharmacien, chirurgiens-dentistes et sages-femmes de 1999 à 2015. Collège universitaire des enseignants de santé publique de l'édition Elsevier Masson. 4^{ème} édition, coordination Moustapha Dramé, Jonathan Epstein, Thierry Lavigne. Page 167. Consulté le 17 Mai 2021.

Figure 20 dénombrement des professionnels paramédicaux en 2015 par la DGOS. <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/595-600-infirmiers-france-selon-dgos.html>

Figure 21 : Télécabine H4D avec ses différentes fonctions et objets connectés

Figure 22 : SWOT de la Télécabine H4D

Figure 23 part des prestations sociales dans la richesse nationale de la France depuis 1959 (en % du PIB) <https://www.rivagedeboheme.fr/pages/politique/chronique-2019/depenses-sociales-toujours-plus.html>

Figure 24 Évolution de la population de la France en extrapolation de 1950 à 2050 http://www.constructif.fr/bibliotheque/2002-11/portrait-d-une-france-qui-vieillit.html?item_id=2434

Figure 25 Dépenses en Milliards d'euros des prestations sociales en France par risque. DREES la protection sociale en France et en Europe en 2016 (juin 2018)

Figure 26 les différentes sources de financement de la protection sociale en France en 2016 en milliards d'euros sources : DRESS la protection sociale en France et en Europe en 216. Paris : ministère des Solidarités et de la santé, 2018, p29.

Figure 27 le solde de la protection sociale depuis 1959 en France <http://ses.ens-lyon.fr/actualites/rapports-etudes-et-4-pages/la-protection-sociale-en-france-et-en-europe-en-2017-drees-juin-2019>

Figure 28 Organisation du Régime générale de la Sécurité Sociale. Sources : institut Momparnasse et page 193 (II39).

Figure 29 Dépenses supplémentaires de la Sécurité sociale pour 2021 <https://www.affiches-parisiennes.com/projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-2021-les-mesures-phares-11038.html>

Figure 490 Mesures de régulation prévue pour 2021 en Millions d'euros.

Figure 31 Taux de remboursement des prestations en nature pris en charge par l'assurance maladie. Source : page 198 de la référence (II39)

Figure32 : prestation de l'assurance maladie page 196 de la référence (II39)

Figure 33 Liste des 30 affections de longue durée p 199 de la référence (II39)

Figure 34 Les dépenses courantes de la santé au niveau international en 2018. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/9%20Comparaisons%20internationales%20de%20la%20d%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9%20et%20du%20reste%20C3%A0%20charge.pdf>

Partie III

Figure 35 : Réforme de la PACES en pratique
http://paces.remede.org/documents/IMG/png/cpcm_nov_1_resize.png

Figure 36 Réforme du 3ème cycle des études de pharmacie filière internat.

Figure 37 Le réseau collaboratif de l'ANEPF.

Figure 38 : les différentes sections de l'ordre des Pharmaciens.
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Organisation/Les-Conseils#info0>

Figure 39 : les 4 styles de management

Figure 40 les différents acteurs de la distribution pharmaceutique en France

Figure 41 : les 7 acteurs majeurs de la répartition en France. <https://www.csrp.fr/le-marche>

Figure 42: Fonctionnement d'une Centrale d'Achat Pharmaceutique.
<https://choisirmongroupement.com/centralesdachatsstructuresregroupements/#:~:text=Elles%20permettent%20d'acheter%20en,'autres%20pharmaciens%20d'officines>

Figure 43 Fonctionnement d'une structure de Regroupement d'Achat.
<https://choisirmongroupement.com/centralesdachatsstructuresregroupements/#:~:text=Elles%20permettent%20d'acheter%20en,'autres%20pharmaciens%20d'officines>

Figure 44 Répartitions des officines en France en 2019 en fonction soit de la zone géographique, soit du CA, soit de la forme juridique de l'entreprise. D'après la référence (III12) de la bibliographie

Figure 45 Prix de cession des officines depuis 2014 et apport personnel. D'après la référence (III12) de la bibliographie

Figure 46 Les Communautés professionnelle territoriale de santé en 4 questions

Partie IV

Figure 47 explication de la conciliation médicamenteuses <http://chumondor.aphp.fr/emileroux/conciliation-medicamenteuse-consultation-pharmaceutique-les-pharmaciens-hospitaliers-au-chevet-des-patients-a-lhopital-emile-roux/>

Figure 48 Répartition en % des établissements ayant répondu au questionnaire sur la conciliation médicamenteuse.

Figure 50 Répartition en % des erreurs médicamenteuses intercepté par la conciliation (CTM).

Figure 50 Mode d'emploi d'un Trod pour le dépistage des angines.

Figure 51 Affiche publicitaire pour la promotion du mois sans tabac

PARTIE II

Annexe 2 : test ASSIST

https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_3.1_french.pdf

TEST DE DEPISTAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC ET DE SUBSTANCES (ASSIST v3.1)

NOM DU CLINICIEN	<input type="text"/>	CLINIQUE	<input type="text"/>
ID OU NOM DU CLINICIEN	<input type="text"/>	DATE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

INTRODUCTION (À lire au client. Peut être adapté aux circonstances locales)*

Les questions suivantes portent sur votre expérience en termes de consommation d'alcool, de produits du tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et au cours des trois derniers mois. Il peut s'agir de substances fumées, avalées, reniflées, inhalées ou injectées (montrer la carte-réponse).

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (amphétamines, calmants, analgésiques). Pour cet entretien, nous **ne prenons pas** en compte les médicaments **prescrits** par votre médecin. Toutefois, si vous avez pris de tels médicaments **autrement** que sur ordonnance, ou si vous les avez pris plus fréquemment, à plus haute dose que prescrit ou de façons autres que celles envisagées, veuillez me l'indiquer.

Bien que nous aimerions également savoir si vous consommez diverses drogues illicites, soyez assuré(e) que ces informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité.

NOTE : AVANT DE POSER LES QUESTIONS SUIVANTES, DONNER LA CARTE-REPONSE ASSIST AU CLIENT

Question 1 (veuillez cocher la réponse pour chaque catégorie de substance)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous déjà consommées au cours de votre vie? (USAGE NON MÉDICAL UNIQUEMENT)	Non	Oui
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Calmants ou somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, Buprénorphine, codéine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Autre - spécifiez:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Approfondissez si toutes les questions sont négatives:
"Même lorsque vous étiez à l'école?"

Si "Non" à tous les items, arrêter l'entretien.
Si "Oui" à un ou plusieurs de ces items, poser la Question 2 pour chaque substance déjà consommée.

Question 2

Au cours des <u>trois derniers mois</u>, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autre - spécifiez:	0	2	3	4	6

Si "Jamais" à tous les items de la Question 2, passer à la Question 6.

Si une ou plusieurs des substances de la Question 2 ont été consommées au cours des trois derniers mois, passer aux Questions 3, 4 & 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

Au cours des <u>trois derniers mois</u>, combien de fois avez-vous ressenti un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autre - spécifiez:	0	3	4	5	6

Question 4

Au cours des <u>trois derniers mois</u> , combien de fois votre consommation de (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>) vous a-t-elle causé des problèmes de santé, sociaux, juridiques ou financiers?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autre - spécifiez:	0	4	5	6	7

Question 5

Au cours des <u>trois derniers mois</u> , combien de fois n'avez-vous pu accomplir ce qu'on attendait normalement de vous à cause de votre consommation de (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?	Jamais	Une ou deux fois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
a. Produits du tabac	// // // // //				
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autre - spécifiez:	0	5	6	7	8

Poser les Questions 6 & 7 pour toutes les substances déjà consommées (autrement dit, celles indiquées à la Question 1)

Question 6

Un ami ou un parent ou quelqu'un d'autre a-t-il déjà exprimé des inquiétudes au sujet de votre consommation de (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?	Non jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	6	3
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	6	3
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	6	3
j. Autre – spécifiez:	0	6	3

Question 7

Avez-vous déjà essayé, sans succès, de réduire votre consommation de (<i>PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.</i>)?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Produits du tabac (cigarettes, tabac à mâcher, cigares, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, marie-jeanne, herbe, haschisch, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Inhalants (nitreux, colle, essence, diluant pour peinture, etc.)	0	6	3
g. Sédatives ou Somnifères (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, acide, champignons, PCP, Ketamine, etc.)	0	6	3
i. Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)	0	6	3
j. Autre – spécifiez:	0	6	3

Question 8 (veuillez marquer la réponse)

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
Avez-vous déjà pris de la drogue en injection? (USAGE NON MÉDICAL UNIQUEMENT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVIS IMPORTANT:

Demander aux clients qui se sont injecté des drogues au cours des 3 derniers mois d'indiquer quelle a été la fréquence d'injection pendant cette période, afin de déterminer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FREQUENCE D'INJECTION

**RECOMMANDATIONS EN MATIERE
D'INTERVENTION**

4 jours par mois, en moyenne, au
cours des 3 derniers mois ou moins

Intervention brève y compris la carte
"Risques liés à l'injection"

Plus de 4 jours par mois, en
moyenne, au cours des 3 derniers
mois

Evaluation approfondie et traitement
plus intensif *

COMMENT CALCULER UN SCORE POUR UNE SUBSTANCE SPECIFIQUE.

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionner les scores obtenus pour les questions 2 à 7 incluse. Ne pas inclure les résultats de Q1 ou de Q8 dans ce score. Un score pour le cannabis, par exemple, serait calculé ainsi: **Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c**

Noter que la Q5 pour le tabac n'est pas codée, et est calculée ainsi: **Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a**

L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE » DU PATIENT

	Score de substance spécifique relevé	Aucune intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif *
a. tabac		0 - 3	4 - 26	27+
b. alcool		0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaïne		0 - 3	4 - 26	27+
e. amphétamine		0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalants		0 - 3	4 - 26	27+
g. calmants		0 - 3	4 - 26	27+
h. hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	27+
i. opioïdes		0 - 3	4 - 26	27+
j. autres drogues		0 - 3	4 - 26	27+

Utiliser maintenant la **CARTE DE FEEDBACK ASSIST** pour fournir une intervention brève au client.

Annexe 3 : Questionnaire AUDIT

<https://sante.public.lu/fr/prevention/alcool/dependance/test-audit.pdf>



Questionnaire AUDIT

Le questionnaire AUDIT (**A**lcohol **U**se **D**isorders **I**dentification **T**est) analyse votre consommation d'alcool sur les 12 derniers mois. Vous devez tenir compte de cette unité de temps dans vos réponses, et non seulement des dernières semaines.

[Un verre standard = 10 grammes d'alcool pur]

QUESTIONS	0	1	2	3	4
1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou plus
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
Score total					

Interprétation de votre score

- **Moins de 6 pour une femme ou moins de 7 pour un homme** : votre consommation est à un risque « faible » ou « anodin ».
- **Entre 6 et 12 pour une femme ou 7 et 12 pour un homme** : on est en présence d'une consommation à risque ou à problème.
- **Au-delà de 13, pour une femme ou un homme** : le risque d'alcool-dépendance peut être soupçonné.

Source

Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Saunders, J, Aasland, O, Babor, T, de la Fuente, J et Grant, M. *Addiction*, Vol.88, N°6, 1993, p.791-804

PARTIE IV

Annexe 4 : ordonnance de sortie d'hospitalisation : qu'en attendent les médecins généralistes ? Anne GOERST (département de médecine générale), Murielle RONDEAU-LUTZ, J-C WEBER (département de médecine interne université de Strasbourg).



Ordonnance de sortie d'hospitalisation: Qu'en attendent les médecins généralistes?



Anne GOERST (1), Murielle RONDEAU-LUTZ (2), Jean-Christophe WEBER (2)
(1) Département de Médecine Générale; (2) Département de Médecine Interne
Université de Strasbourg

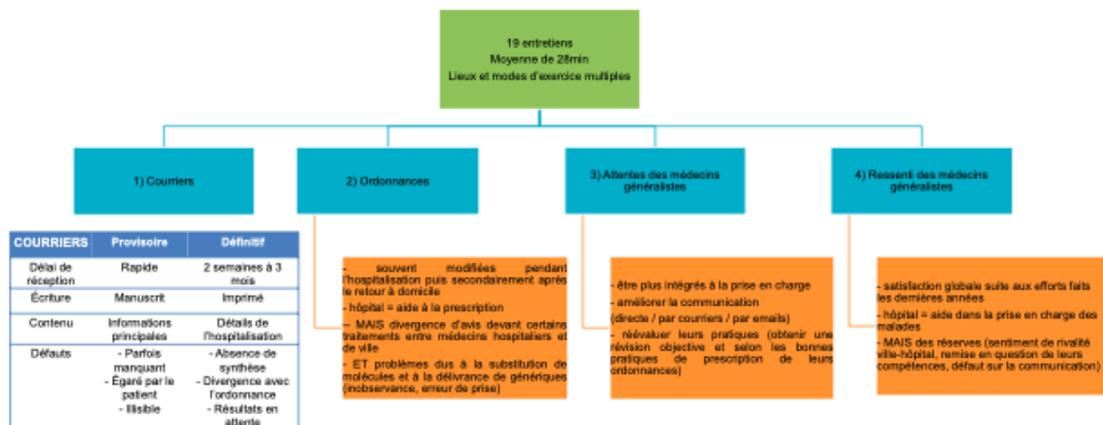
Contexte

Le médecin généraliste est confronté directement à la problématique de polymédication secondaire au vieillissement de la population. Il rencontre des difficultés à réévaluer les traitements (durée limitée des consultations, demandes multiples des patients, absence de support validé pour l'allègement). L'hôpital, pourvoyeur de modifications de l'ordonnance, ne parvient pas à proposer de simplifications des traitements. De plus, les modifications faites sont mises à mal dans leur pérennité par la mauvaise communication ville-hôpital. **Nos objectifs étaient d'analyser, à travers le ressenti des médecins généralistes, les attentes de ces derniers autour de l'ordonnance de sortie d'hospitalisation; et par extrapolation la façon dont se passe le relai entre la médecine de ville et l'hôpital.**

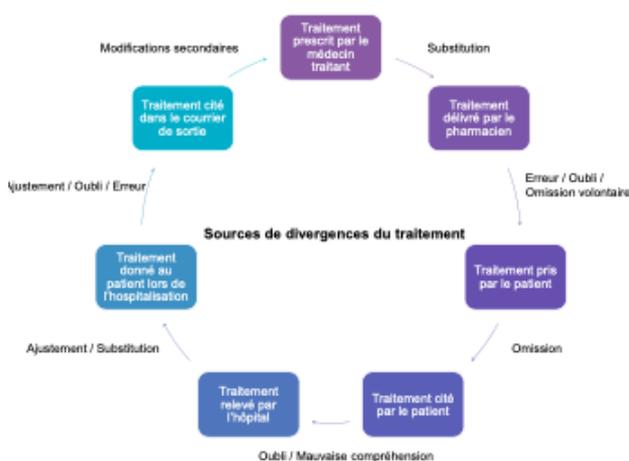
Matériel et Méthodes

Réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes libéraux exerçant dans la région, sélectionnés de manière à obtenir un échantillon raisonné; puis **analyse qualitative** sur logiciel avec double-codage.

Résultats



Discussion



Mise en avant des **difficultés à gérer les ordonnances de sortie d'hospitalisation** avec les données des courriers actuels:
- presque toutes les ordonnances **sont modifiées entre entrée et sortie** d'hospitalisation, sans aller vers une simplification;
- les prescriptions de sortie ne paraissent **pas toujours cohérentes avec la pratique de ville ou les recommandations de bonne prescription**.
-> Quelle origine à ces inadéquations? **Manque de formation des internes à la pratique de ville? Manque d'attention lors de la rédaction de l'ordonnance de sortie?**
Une solution = **la conciliation médicamenteuse** (réduction des erreurs de prescription, de la survenue d'effets indésirables et de la demande d'informations complémentaires par les médecins de ville) **MAIS** manque de pharmaciens cliniciens.

Autre problème: **la substitution** (source d'nonobservance et d'erreur de prise) à laquelle l'hôpital est contraint pour respecter son livret thérapeutique; mais qui persiste sur les ordonnance de sortie ce qui met en lumière de 2 points: **l'absence de vigilance de l'hôpital sur le retour à la prescription des molécules initiales, et la passivité du patient à l'hôpital.**

Le lien ville-hôpital est encore fragile. Pour l'améliorer:
- **développer certaines rubriques des courriers** (évolution du malade et de son traitement, justifications ayant amené aux changements); et accélérer le délai d'envoi;
- **initier le suivi des résultats en attente à la sortie;**
- **favoriser les contacts entre médecine de ville et hôpital** (annuaires privés, plateformes privées, utilisation des emails).

Conclusion

Avec les changements organisationnels des circuits de soins, l'amélioration des relations ville-hôpital est un véritable enjeu de santé publique dont devraient s'emparer tous les médecins en charge d'un patient. L'ordonnance de sortie d'hospitalisation et les questions qu'elle soulève est une bonne illustration de ces enjeux. À partir des remarques des médecins interrogés et de l'analyse de la littérature, des solutions ont été proposées pour améliorer cette prise en charge et restent à essayer.

Annexe 5 : questionnaire sur la prescription de pansement destiné aux officines de ville.

QUESTIONNAIRE SUR LA PRESCRIPTION DE PANSEMENTS DESTINÉ AUX OFFICINES DE VILLE

Questions générales :

- Qui peut prescrire des pansements ?
- Les ordonnances sont-elles conformes aux réglementations en vigueur pour la délivrance ?
- Avez-vous des connaissances suffisantes concernant les différentes plaies et les différents types de pansements à délivrer en conséquence ?

Questions spécifiques concernant la prescription des pansements par secteurs :

- Délivrez-vous des ordonnances de pansements en provenance de *l'hôpital* ?
- Sont-elles complètes, correspondent-elles au besoin de la plaie du patient ?
- Rencontrez-vous des difficultés de délivrance du fait de la non-exhaustivité des ordonnances ?
- Délivrez-vous des ordonnances provenant de *médecins de villes* ?
- Sont-elles complètes correspondent elles au besoin de la plaie du patient ?
- Rencontrez-vous des difficultés de délivrance du fait de la non-exhaustivité des ordonnances ?
- Délivrez-vous des ordonnances provenant des *infirmiers libéraux* ?
- Sont-elles complètes correspondent elles au besoin de la plaie du patient ?
- Rencontrez-vous des difficultés de délivrance du fait de la non-exhaustivité des ordonnances ?

Synthèse :

- Parmi ces 3 types de prescriptions de pansements laquelle selon vous est la mieux réalisée en général ?
- Quelle amélioration pourrait-on y apporter pour avoir une meilleure prise en charge du patient et par conséquent une délivrance plus adaptée de pansement ?
- Voyez-vous l'utilité de la mise en place d'une ordonnance de sortie sur les pansements à l'hôpital de salon

Expression libre :

Annexe 6 : ordonnance de sortie de pansement réalisé pour l'hôpital de Salon de Provence.



**PRESCRIPTION DE PANSEMENTS
PLAIE POST OPÉRATOIRE OU PLAIE
CHRONIQUE**

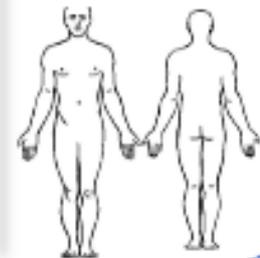
PRESCRIPTEUR	PATIENT
Date:	Nom:
Nom:	Prénom:
Spécialité:	Date de naissance:
RPPS/AM:	Poids:
Téléphone:	Age:
Signature:	

Affection Longue Durée (ALD): oui non

PLAIE (A remplir par le prescripteur)

Stade : phase de déterision, nécrose (plaie sèche) : hydrogel
 phase de déterision, fibrine (exsudats faibles): hydrogel
 phase de déterision, fibrine (exsudats importants): hydrogel, Alginate
 phase de bourgeonnement (très exsudatif): hydro fibre, Alginate, Hydro cellulaire
 phase de bourgeonnement (exsudats modérés): Hydro cellulaire abs moyenne, hydro colloide
 phase d'épidermisation: Hydro colloide, pansement gras/interface
 plaie infectés: Pansement Argent
 plaies malodorantes: pansement au charbon

Localisation:



Taille de la plaie : Durée de prescription:

PANSEMENTS ET AUTRES PRODUITS (A remplir par le pharmacien d'officine)

HYDROGEL	ALGINATE	HYDROFIBRE	HYDROCOLLOIDE	HYDROCELLULAIRE
Purillon-gel *	Algostéril *	Aquacel*	Duoderm E *	Mépiléx *
Intrasite*	Biatain Alginate *	UrgoClean *	Algoplaque*	Allebyn*
Duoderm* hydrogel	Algisite* M	Durafiber *	Comfeel Plus*	Biatain*
Nu-gel*	Askina Sorb*	Autre:	Askina *	Askina transorbent*
Urgo hydrogel*	Urgosorb*		Hydrocoll *	Combiderm*
Normgel*	Melgisorb*		Ultéc *	Hydosorb*
Autre:	Autre:		Autre:	Autre:
PANSEMENT GRAS/ INTERFACE	PANSEMENT ARGENT	PANSEMENT CHARBON	PANSEMENTS ET AUTRES PRODUITS ET ACCESSOIRES (compresses, antiseptique, sparadraps, set post-op...)	
Urgotul*	Acticoat*	Actisorb Plus 25*	
Mépitel*	Aquacel Ag*	Carbonet*	
Atrauman*	Urgotul Ag*	Vliwaktiv*	
Jelonet *	laluset +*	Autre:	
Tulle gras *	Autre:		
Autre:			
Dimension:	Fréquence changement:	A renouveler :		

Annexe 7 : Fiche sur les différentes phases de cicatrisation d'une plaie et les différents types de pansements existants.

LES DIFFERENTES PHASES DE CICATRISATION :

PHASES DE CICATRISATION	STADE DE LA PLAIE	À FAIRE	AVEC QUOI ?
Exsudative (=Débrider) Le but de cette phase est d'élever les tissus nécrosés et ou fibrineux par action mécanique (curette, compresse) enzymatique ou chirurgicale	Plaie nécrotique  Plaie fibrineuse 	→ Hydrater la plaie nécrotique	→ Gels amorphes → Hydro colloïdes
Proliférative (=bourgeonnement) Phase inflammatoire avec création de tissu conjonctif pour combler la perte de substance mais ne doit pas dépasser la plaie sinon on parle de bourgeon hypertrophique qu'on traite par corticoïdes. La plaie est rouge.	 	→ Absorber+++ → Être en milieu humide	→ Alginate → Pansements hydro cellulaires → Hydro colloïdes → Charbon actif Argent (si infection)
Différenciation (=Épithémisation) Phase progressive et parfois lente, on change le pansement pas trop fréquemment. La plaie doit être rose.		→ Le but à ce stade c'est de protéger la plaie.	→ Fil ms hydro colloïdes transparents → Inertances

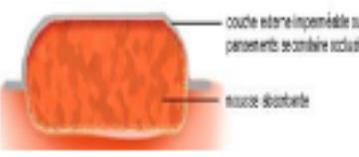
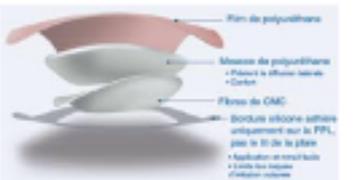
LES DIFFERENTS TYPES DE PANSEMENTS :

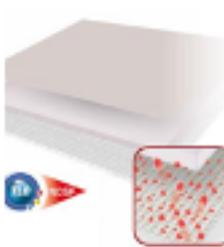
Durée de prescription max 12 mois, 1^{ère} délivrance dans les 6 1^{er} mois.

LES HYDROGELS	
COMPOSITION	Ils se présentent sous forme de plaques de compresses imprégnées ou de gels. Gels contenant plus de 50% d'eau. La composition est variable en fonction des spécialités mais contient entre autres des agents absorbants (CMC de Na, Alginate de Na), des agents hydratants (gélatine, pectine, collagène), des agents épaississants (gomme de xanthane) et des agents bactériostatiques (colanone, propylène glycol).
INDICATION	Le but est une hydratation et un ramollissement de la plaque de nécrose, il stimule également le processus de déterision auto lytique naturelle. Absorption des exsudats et des débris (bactéries, leucocytaires) → Utilisation sur plaies sèches de types nécrotique ou fibrineuses. Leur prise en charge LPPR est assurée en traitement séquentiel pour les plaies chroniques en phase de déterision. Fin de la prise en charge le 01/09/20. CI pour les plaies exsudatives, infectées.
UTILISATION	Rincer la plaie à l'aide de sérum physiologique, puis appliquer le gel de manière à recouvrir les parties nécrotiques sèches sur environ 0,5 cm d'épaisseur en évitant de déborder sur la peau saine. Il faut faire attention à la sur hydratation et donc à la macération. Puis recouvrir d'un pansement permettant le maintien en milieu humide. Renouvellement au début tous les jours puis tous les 2,3J. La nouvelle nomenclature LPPR ne permet pas en ville le recouvrement par un pansement de type hydro colloïde ou hydro cellulaire, il est possible de recouvrir avec un film adhésif en polyuréthane.
LES DIFFERENTES SPÉCIALITÉS DE GELS	<ul style="list-style-type: none"> • Intrasite® (Smith & Nephew) • Duoderm® hydrogel (Covidien) • Nu-gel® (J&J) • Uroa hydrogel® (Uroa) • Duction® gel (Coloplast) • Norexel® (Mölnlycke) • Suprasoch G (L/R) • HydroClean et HydroClean cavité (Hartmann). • Curafil (Covidien) 

HYDROCOLLOIDES		
COMPOSITIONS	Les pansements hydro colloïdes sont des pansements constitués de polymères absorbants, dont les propriétés physico-chimiques sont liées à la présence de carboxyméthylcellulose (CMC) . Il existe sous forme de plaques adhésives ou non adhésives ou de pâtes ou de poudre.	
INDICATION	La prise en charge des pansements hydro colloïdes est assurée pour les plaies chroniques sans distinction de phases (on l'utilise pour les plaies à exsudat faibles à modérés dont les escarres, les ulcères de jambe, érythème, nécrose fibrineuse, bourgeonnement, épidermisation), ou en phase d'épidermisation en cas de traitement séquentiel . Les plaques adhésives minces et transparentes sont également prises en charge en cas d'escarre chez l'adulte et le vieux pour protéger la peau au stade de rougeur. Mais attention on ne les utilise pas pour les brûlures du 3^{ème} degré, plaies infectées, plaies avec exposition d'un tendon ou d'un os, les plaies diabétiques, et proscrire l'éosine le dakin et la Bétadine. Fin de prise en charge le 01/09/20.	
UTILISATION	Le choix de la taille du pansement doit permettre une adhésivité d'au moins 2 ;3cms en peau saine. L'épaisseur doit être adapter à la quantité d'exsudat. On applique le pansement directement au contact de la plaie en le lisant du centre vers les bords, il est parfois nécessaire de mettre un pansement secondaire ou une bande pour le tenir. On doit le changer en fonction de la saturation, en phase de détersion on le change tous les 2,3j et en phase d'épidermisation on peut le laisser jusqu'à 7j.	
LES DIFFERENTES SPÉ D'HYDROCOLLOIDES	<ul style="list-style-type: none"> • Algo plaque® (Urigo) • Cemfeel Plus® / Cemfeel Brûlures® (Coloplast) • Askina (B. Braun Médical) • Duoderm F (Convatec) • Hydroroll (Hartmann) • Ultec (Covidien) 	

HYDROFIBRES OU FIBRE DE CMC		
COMPOSITION	Les pansements en fibres de carboxyméthylcellulose sont des pansements composés de plus de 50%de fibres non tissées de CMC pure. Ils se présentent sous forme de compresse ou de mèches ; ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif translucide, il y a une capacité d'absorption 30 fois le poids et un pouvoir de rétention de 18X le poids.	
INDICATION	Plaies aiguës ou chroniques exsudatives : escarres, ulcères avec lymphœdème, brûlures, abrasions, lacérations, kystes glandulaires , plaies traumatiques chirurgicales, moignons d'amputation, fistules... La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives sans distinction de phase. Mais on ne les utilise pas pour les brûlures du 3^{ème} degré ainsi que les plaies sèches et peu sécrétantes. Fin de prise en charge le 01/09/20.	
UTILISATION	On mettoie la plaie a l'eau ou au sérum phy, on choisit la présentation adaptée (soit les mèches pour les plaies profondes soit les compresses). Recouvrir d'un pansement de recouvrement Le changement se fait en fonction de l'exsudat et le pansement secondaire tous les 2,3j	
LES DIFFERENTES SPÉCIALITÉS D'HYDROFIBRES	<ul style="list-style-type: none"> • Aquacel® (Convatec) : compresses de taille variable et mèches • UroClean® (Urigo) : inscription sous nom de marque (plaies chroniques très exsudatives en phase de détersion) • Quicfiber (Smith) 	

LES HYDROCELLULAIRES	
LES HYDROCELLULAIRES	<p>COMPOSITION</p> <p>-1 couche interne variable : microfibrillaire en PUR, ou silicone ou hydrocolloïde hydrophile</p> <p>-1 couche centrale : mousse de PUR ou autre polymère absorbant.</p> <p>-1 couche externe : film de PUR ou autre (isolant la plaie des liquides et bactéries venant de l'extérieur mais perméable aux exsudats et permettant les échanges gazeux).</p> 
	<p>INDICATION</p> <p>- Capacité d'absorption élevée (10 X poids)</p> <p>- Contrôle d'exsudat sans modifications de structure – Respect des bourgeons non formés. Absorption des exsudats au sein de la structure, maintenant un environnement humide, perméable aux échanges gazeux, mais imperméable aux bactéries. Le pansement ne se désintègre pas au contact des exsudats et il n'y a pas de libération de particules. Les pansements hydro cellulaires existent en différentes épaisseurs permettant différents niveaux d'absorption. Certains pansements hydro cellulaires sont découpables.</p> <p>Plaies chroniques : stade de bourgeonnement. Plaies aiguës : tous les stades</p>
	<p>UTILISATION</p> <p>Ne pas utiliser sur les plaies infectées, plaie sèches ou peu exsudatées. Les hydro cellulaires sont très confortables. Pas de macération utilisation possible si peau peu lésionnée non saine, pas d'odeurs. Changement indolore. Possibilité de prendre une douche (forme adhésive). Nécessité d'un pansement secondaire pour les formes non. Ne pas utiliser d'agents oxydants tels que le Dakin ou l'eau (dénature le PUR)</p> <p>Retrait du pansement à saturation de la plaie de 1 fois par J à une fois par semaine.</p>
	<p>LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allegro® (Smith & Nephew) • Biatain® (Coloplast) • Askina transorbent® (B. Braun Médical) • Combiderm® (Convatec) • Mylles® (Mölnlycke) • Hydrocub® (Hartmann) 
HYDROCELLULAIRE A ABSORPTION IMPORTANTE	<p>COMPOSITION</p> <p>Les pansements hydro cellulaires sont des pansements absorbants constitués de plusieurs couches : une couche hydrophile de polymères absorbants et une couche externe semi-perméable. Ils existent sous forme de plaques ou tridimensionnelles, adhésives ou non adhésives.</p>
	<p>INDICATION</p> <p>-Plaies à exsudats importants dont : Escarres, Ulcères de <u>jambe</u>, Plaies diabétiques, Sites donneurs.</p> <p>- Bourgeonnement épidermisation</p> <p>La prise en charge des pansements hydro cellulaires est assurée pour : - les plaies aiguës et plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel.</p>
	<p>UTILISATION</p> <p>Les pansements hydro cellulaires dits de forme anatomique ou cavitaire sont réservés aux plaies aiguës et chroniques de localisation <u>difficile</u> <u>des</u> la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel telles que par exemple, l'escarre sacrée ou talonnière ou le kyste <u>glandulaire</u>.</p>
	<p>LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquesol (Aqua) (Convatec) • Askina (Aqua) (Braun) • Urocol border (Uro) • Allegro Heel (Smith Nephew) • Tielle (Systainis) • Biatain (Coloplast) 
HYDROCELLULAIRE A ABSORPTION MOYENNE	<p>COMPOSITION</p> <p>Les pansements hydro cellulaires sont des pansements absorbants constitués de plusieurs couches : - une couche hydrophile de polymères absorbants et d'une couche externe semi-perméable. Ils existent sous forme de plaques ou tridimensionnelles, adhésives ou non adhésives.</p>
	<p>INDICATION</p> <p>Plaies aiguës ou chroniques faiblement exsudatives <u>des</u> la phase de bourgeonnement.</p>
	<p>UTILISATION</p>
	<p>DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tielle lite (Systainis) • Askina THINSite (Braun) • Urocol lite (Uro) • Allegro gentle lite (Smith Nephew) 

LES SUPERABSORBANTS	COMPOSITION	<p>Les pansements super absorbants sont des pansements composés de plusieurs couches, dont une couche hydrophile contenant des polymères super absorbants. Un pansement hydro cellulaire adhésif comporte une couche externe adhésive dont la superficie est supérieure à celle de la partie absorbante et permet son maintien en place. Un pansement hydro cellulaire non adhésif doit être associé à un système de fixation permettant son maintien en place.</p>  <p>1- Volle en non tissé très doux au contact de la plaie → Laisse passer rapidement les exsudats → favorise des cicatrisations anatomiques</p> <p>2- Couche de diffusion en cellulose → favorise la répartition homogène des exsudats dans la couche superabsorbante</p> <p>3- Couche superabsorbante → Zone d'absorption et de rétention des exsudats par les particules superabsorbantes associées aux fibres de cellulose → très souple et confortable grâce à une technologie de fabrication spéciale</p> <p>4- Couche en non tissé hydrophobe → Protection contre les fuites d'exsudats → Permet les échanges gazeux</p>
	INDICATION	Plaies aiguës et chroniques très exsudatives, en traitement séquentiel pour les phases de détersion et de bourgeonnement.
	UTILISATION	En cas de plaie cavitaire, le pansement super absorbant peut être associé à un pansement primaire adapté. L'usage de ces pansements est préconisé dès lors que la fréquence de renouvellement des pansements absorbants classiques est supérieure ou égale à 2 fois par jour.
	LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Maxtra (Molnlycke) • Vivasorb A/NA (LFB) • Tegaderm superabsorber (3M) • Resposorb Super (Hartmann)
URGOSTART	COMPOSITION	<p>Au contact de la plaie il y a une trame textile imprégnée d'une formulation polymérique portant l'appellation commerciale «TLC-NOSF» (associant de la carboxyméthylcellulose, de la vaseline, de la paraffine, un antioxydant, un polymère de cohésion, un agent mouillant et un oligosaccharide micronisé dénommé « NOSF »), recouvert d'une compresse de mousse polyuréthane; et en surface, il y a un support semi-perméable en polyuréthane.</p>  <p>A la surface : Un support non-tissé flexible, protecteur, semi-perméable, 100 % polyuréthane, garantissant l'évaporation de l'excès d'exsudat et prévenant tout risque de macération.</p> <p>Au contact de la plaie : Intérieur TLC/NOSF composé de particules hydro-cellulose et de NOSF. Cette interface TLC/NOSF est associée à une compresse de mousse de polyuréthane absorbante.</p>
	INDICATION	Ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). Ulcères du pied diabétique non infecté en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel).
	UTILISATION	Formation d'un gel colloïde au contact de la plaie, créant et maintenant un environnement humide essentiel au processus de cicatrisation, et garantissant un retrait indolore et à traumatisme des pansements.
	DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS	URGOSTART

ALGINATES	
COMPOSITION	Les pansements alginates sont des pansements composés de plus de 50 % d'alginate, associés ou non à de la gélification CMC (CMC). Les alginates sont des polymères d'acides alginiques obtenus à partir d'algues. Polysaccharides naturels extraits de parois cellulaires d'espèces d'algues brunes ; enchaînement de 2 monomères d'acide gluconique (M) et d'acide gluconique [G] Du ratio M/G dépendent vitesse d'absorption et résistance à la traction. Certains sont associés à la CMC en % variable.
INDICATION	Ils sont caractérisés par leur capacité d'absorption et leurs propriétés hémostatiques. Indication pour les plaies moyennement à fortement exsudatives, infectées ou non, superficielles ou profondes, aiguës ou chroniques : escarres, <u>ulcères</u> . La prise en charge est assurée en traitement séquentiel, pour : les plaies chroniques en phase de détersion et pour les plaies très exsudatives. CI : Plaies non exsudatives et escarres au stade de la nécrose sèche
UTILISATION	Au contact des exsudats échange Na-Ca entre la plaie et le pansement entraînant la gélification des fibres d'alginate et effet hémostatique (libération des ions Ca permettant l'activation plaquettaire). Contrôle de la contamination microbienne par piégeage des bactéries. Capacité d'absorption élevée 10 à 15 X poids. Échange ionique dose dépendant. Fréquence de changement : à saturation, 3 jours maximum. Si plaie très exsudative ou infectée : tous les jours. Bien humidifier la compresse ou la mèche pour un retrait indolore.
LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Algostéril (Brothier) * • Alginix M (Smith & Nephew) • Askina Sorb (B. Braun Médical) • Biobain alginate (Coloplast) • Kaltostat (Carovatec) • Urasorb (Ures) • Neisorb (Mölnlycke) <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>* L'ALGOSTERIL est un alginate de Calcium pur (associé ou non à la CMC) ; il est indiqué également pour les saignements per et post op, pour le méchage goutte nasal et pour les plaies hémorragiques.</p> </div> </div>

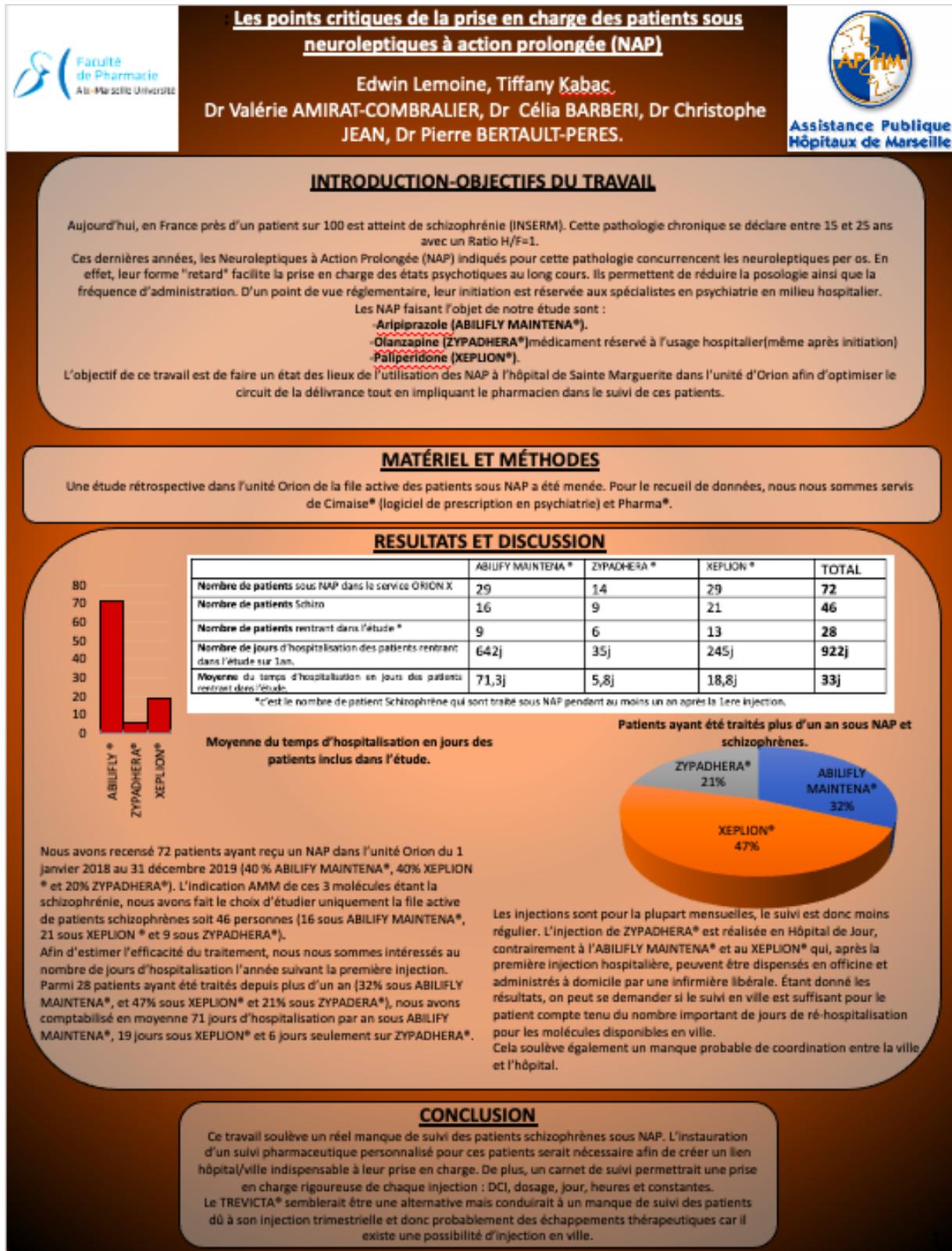
PANSEMENT AU CHARBON	
COMPOSITION	Les pansements à base de charbon actif sont des pansements constitués de différents supports auxquels ont été ajouté du charbon actif, à visée d'absorption des molécules responsables des mauvaises odeurs des plaies. Tissu de charbon actif enveloppé dans un tricot interface non adhérent ± compresse absorbante ± agent bactériostatique Ag.
INDICATION	La prise en charge est assurée pour les plaies malodorantes ou infectées notamment plaies cancéreuses. Le charbon masque les odeurs par absorption et fixe les micro-organismes dans ses fibres. L'ajout d'argent apporte une propriété bactériostatique au pansement au charbon.
UTILISATION	Éliminer les tissus secs et nécrosés par débridement. Nettoyer la plaie avec de l'eau ou du sérum physiologique. Humidifier le pansement si nécessaire. Appliquer le pansement directement sur la plaie (charbon à l' extérieur) ou possibilité d'utiliser un pansement primaire absorbant (si plaie exsudative). Carbonex : face fibreuse non brillante sur la plaie (charbon ext.). Carbonex : face brillante sur la plaie (charbon ext.) Actisorb Ag : humidifier le pansement avec du sérum physiologique avant de l'appliquer. Recouvrir d'un pansement secondaire non occlusif (film). Ne pas découper Actisorb Ag, ni Carbonex . Fréquence de changement : au début tous les jours ou plus si pansement saturé. Changement tous les 2-3 jours si pas d'infection et tous les jours si infection.
LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Actisorb Plus 25 (J & J) • Carbonet (Smith & Nephew) • Vibactiv (Lehmann Beucher) <p>Fin de prise en charge le 29 Mai 2023.</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div>

TULLES – INTERFACES

TULLES – INTERFACES				
INTERFACES	COMPOSITION	<p>Les pansements interface sont des pansements possédant une adhérence faible, persistante tout au long de l'utilisation au contact direct de la plaie (absence de migration de la substance imprégnée ou enduite), visant à limiter les traumatismes et les douleurs induits par le retrait des pansements.</p> <p>Renouvellement tous les 2, 3 jours, recouvrement possible avec des compresses.</p>		
	INDICATION	<p>La prise en charge (remboursement LPPR) : – les peaux fragiles (notamment EB congénitale) ; – les plaies aiguës en phase d'épithémisation lors d'un traitement séquentiel. – les plaies chroniques en phase de bourgeonnement lors d'un traitement séquentiel. – les plaies chroniques en phase d'épithémisation lors d'un traitement séquentiel.</p> <p>CI pour les plaies exsudatives.</p>		
	LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS	<p style="text-align: center;">interfaces mailles fines + enduction</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Adaptic® (Syntegen®)</p> <p>Atrauman® (Trafalgar®)</p> <p>Curfy® (Covidien)</p> <p>Cutivie®/Jelena® (Smith & Nephew)</p> <p>HydroTul® (Hartmann)</p> <p>Mepitel® (Mölnlycke)</p> <p>Physiologie® (Coloplast)</p> <p>Argota® (Argo)</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>tricot de viscose + émulsion vaseline, H2O, Twin, Span</p> <p>trame de polyester + triglycérides</p> <p>tissu d'acétate de cellulose + émulsion vaseline, huile, H2O</p> <p>tissu d'acétate de cellulose + vaseline paraffine, lanoline</p> <p>trame de polyamide + triglycérides, vaseline, CMC</p> <p>trame de polyamide + silicone Safetac® Technology</p> <p>trame de polyester + hydrocolloïdes en susp. de vaseline</p> <p>trame de polyester + hydrocolloïdes en susp. de vaseline T.L.C</p> </td> </tr> </table>	<p>Adaptic® (Syntegen®)</p> <p>Atrauman® (Trafalgar®)</p> <p>Curfy® (Covidien)</p> <p>Cutivie®/Jelena® (Smith & Nephew)</p> <p>HydroTul® (Hartmann)</p> <p>Mepitel® (Mölnlycke)</p> <p>Physiologie® (Coloplast)</p> <p>Argota® (Argo)</p>	<p>tricot de viscose + émulsion vaseline, H2O, Twin, Span</p> <p>trame de polyester + triglycérides</p> <p>tissu d'acétate de cellulose + émulsion vaseline, huile, H2O</p> <p>tissu d'acétate de cellulose + vaseline paraffine, lanoline</p> <p>trame de polyamide + triglycérides, vaseline, CMC</p> <p>trame de polyamide + silicone Safetac® Technology</p> <p>trame de polyester + hydrocolloïdes en susp. de vaseline</p> <p>trame de polyester + hydrocolloïdes en susp. de vaseline T.L.C</p>
<p>Adaptic® (Syntegen®)</p> <p>Atrauman® (Trafalgar®)</p> <p>Curfy® (Covidien)</p> <p>Cutivie®/Jelena® (Smith & Nephew)</p> <p>HydroTul® (Hartmann)</p> <p>Mepitel® (Mölnlycke)</p> <p>Physiologie® (Coloplast)</p> <p>Argota® (Argo)</p>	<p>tricot de viscose + émulsion vaseline, H2O, Twin, Span</p> <p>trame de polyester + triglycérides</p> <p>tissu d'acétate de cellulose + émulsion vaseline, huile, H2O</p> <p>tissu d'acétate de cellulose + vaseline paraffine, lanoline</p> <p>trame de polyamide + triglycérides, vaseline, CMC</p> <p>trame de polyamide + silicone Safetac® Technology</p> <p>trame de polyester + hydrocolloïdes en susp. de vaseline</p> <p>trame de polyester + hydrocolloïdes en susp. de vaseline T.L.C</p>			
LES TULLES	COMPOSITION	<p>Gaze hydrophile de coton ou de viscose à mailles larges imprégnée d'un corps gras : vaseline ou paraffine. Le dessèchement de la compresse est un facteur de perte d'efficacité voire d'effets délétères sur le bourgeon</p>		
	INDICATION	<p>Le pansement vaseliné est indiqué dans la phase de bourgeonnement</p>		
	LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Cuticel® (BSN Medical)</p> <p>Grassolind® (Hartmann)</p> <p>Jelena® (Smith & Nephew)</p> <p>Lometaul® H (Lohmann Rauscher)</p> <p>Tulle gras®, Vaselitulle® (Solvay Pharma)</p> <p>Vaseline™ Petrolatum Gauze (Covidien).</p> <p>± antibiotique (néomycine-polymyxine B)</p> <p>ANTIBIOTULLE® arrêt 2006. ± corticoïde (triamcinolone acétonide) CORTICOTULLE® arrêt 2006. ± Antiseptique (oxydène iodée) BETADINE TULLE® (Becton)</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">  </td> </tr> </table>	<p>Cuticel® (BSN Medical)</p> <p>Grassolind® (Hartmann)</p> <p>Jelena® (Smith & Nephew)</p> <p>Lometaul® H (Lohmann Rauscher)</p> <p>Tulle gras®, Vaselitulle® (Solvay Pharma)</p> <p>Vaseline™ Petrolatum Gauze (Covidien).</p> <p>± antibiotique (néomycine-polymyxine B)</p> <p>ANTIBIOTULLE® arrêt 2006. ± corticoïde (triamcinolone acétonide) CORTICOTULLE® arrêt 2006. ± Antiseptique (oxydène iodée) BETADINE TULLE® (Becton)</p>	
<p>Cuticel® (BSN Medical)</p> <p>Grassolind® (Hartmann)</p> <p>Jelena® (Smith & Nephew)</p> <p>Lometaul® H (Lohmann Rauscher)</p> <p>Tulle gras®, Vaselitulle® (Solvay Pharma)</p> <p>Vaseline™ Petrolatum Gauze (Covidien).</p> <p>± antibiotique (néomycine-polymyxine B)</p> <p>ANTIBIOTULLE® arrêt 2006. ± corticoïde (triamcinolone acétonide) CORTICOTULLE® arrêt 2006. ± Antiseptique (oxydène iodée) BETADINE TULLE® (Becton)</p>				
		<p style="text-align: center;">Interfaces</p> <p>Mailles Fines</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhérence < Tulle* - Conforme - Découpable - Peut rester en place jusqu'à 7 jours - Si CMC : absorption des exsudats <p style="text-align: center;">Avantages</p> <p>Absence de migration de substance imprégnée ou induite</p> <p>Non adhérent (retrait indolore et atraumatique)</p> <p style="text-align: center;">Inconvénients</p> <p>Pouvoir d'absorption modeste</p> <p>Allergie à la maille de viscose</p>		
		<p style="text-align: center;">Tulles</p> <p>Les pansements = modernes =</p> <p>Mailles larges</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque d'arrachage des bourgeons charnus avec hémorragies lors des changements de pansement et douleur - Souple / Conforme - Découpable - Adhérence > interfaces* - Renouvellement tous les 1 à 2 jours <p style="text-align: center;">Avantages</p> <p>Hydratation des plaies sèches</p> <p>Usage répandu</p> <p style="text-align: center;">Inconvénients</p> <p>Allergie à la maille de viscose</p> <p>Retrait douloureux et traumatique</p> <p>Si suffisamment gras colle à une plaie peu exsudative (risque de sérum ph. avec retrait)</p>		

PANSEMENT ARGENT	
COMPOSITION	Ces pansements possèdent, au contact de la plaie, une matrice argent. Cette matrice colloïde non occlusive contient un mélange de carboxyméthylcellulose dispersée dans un réseau lipophile de vaseline et associée au sulfate d'argent.
INDICATION	La prise en charge est assurée en traitement séquentiel de 4 semaines pour : les ulcères de jambe à caractère inflammatoire ayant au moins 3 des 5 signes suivants : - douleur entre deux changements de <u>pansement</u> ; - érythème écailleux - œdème - plaie malodorante - exsudat abondant
UTILISATION	Ion argent : actif sur la grande majorité des souches bactériennes responsables de colonisation des plaies, action bactéricide, doté de propriétés anti-inflammatoires. L'important : c'est le relargage prolongé pour maintenir une concentration suffisante. L'application de ces pansements doit être renouvelée tous les 1 à 3 jours sur une plaie préalablement nettoyée. La prise en charge de ces pansements est assurée pour un traitement de 4 semaines avant d'être relayé par un pansement neutre ne libérant pas d'ions d'argent. Inconvénients : Risque de résistance bactérienne Dyschromies locales, Argyrisme : passage systémique d'argent
LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Acticant[®] soin des plaies à risque élevé de contamination (ulcères, escarres, plaies diabétiques <u>—</u>) NR • Souscel[®] Ag[®] traitement des plaies infectées ou à risque d'infection NR. <p>A compter du 1^{er} avril 2013, l'inscription sous description générique est réservée aux pansements exempts de composants ou substances ajoutés possédant une propriété, revendiquée ou connue, de type pharmacologique ou biologique. Tout pansement incorporant ce type de composant ou substance devra être inscrit sous nom de marque ou nom commercial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urental cell[®] / Urental[®] Ag[®] ulcères de jambe à caractère inflammatoire Remboursement <u>spécifique</u>. • Urental⁺ traitement <u>des</u> le traitement des brûlures du deuxième degré superficiel et du deuxième degré profond. Remboursement spécifique brûlures 2^{ème} degré superficiel et profond

Annexe 8 : Poster sur les Neuroleptiques à Action Prolongée.



SERMENT DE GALIEN

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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

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