

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTE DE SANTE

DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : 2023

THESE 2023/TOU3/2039

**Les nouvelles missions du pharmacien
d'officine : bilan en Occitanie**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement
le 24 mai 2023

Par

Pauline BOUZIGUES

Née le 06 juillet 1997 à Foix (09)

Directeur de thèse : Professeur Florence TABOULET

JURY

Président : Professeur Florence TABOULET

1er assesseur : Docteur Marie-Anne CASTAING

2ème assesseur : Docteur Philippe BESSET

3ème assesseur : Docteur Charles DEGUARA

PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé
au 20 février 2023

Professeurs Émérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie -
Mme ROUSSIN A.	Virologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjoint	Pharmacologie
M. VALENTIN A.	Pharmacie Clinique
	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique Toxicologie -
Mme BOUTET E.	Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen- directeur)	Physiologie Pharmacognosie
M. FABRE N.	Pharmacie Galénique
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacologie
M. GUIARD B.	Chimie
M. LETISSE F.	pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie -
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Sémiologie
M. SEGUI B.	Chimie analytique
Mme SIXOU S.	Biologie Cellulaire
M. SOUCHARD J-P.	Biochimie
Mme TABOULET F.	Chimie analytique Droit Pharmaceutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique Biochimie
Mme KELLER L.	Pharmacie Clinique
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Biophysique Biochimie
Mme SALABERT A.S.	Pharmacologie
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	
Mme THOMAS F. (*)	

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
Mme DERA EVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V. (*)	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A.	Pharmacie Galénique
(*)	Pharmacognosie
Mme VANSTEELANDT M.	Mathématiques
Mme WHITE-KONING M. (*)	

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique
Mme DINTILHAC A.	Droit Pharmaceutique
Mme RIGOLOT L	Biologie Cellulaire, Immunologie

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

M. TABTI Redouane	Chimie Thérapeutique
Mme HAMZA Eya	Biochimie
Mme MALLI Sophia	Pharmacie Galénique

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

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

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury ;

Au Professeur Florence Taboulet,

Merci d'avoir accepté la direction de ma thèse, ainsi que la présidence de mon jury. Merci pour votre soutien tout au long de ce travail, pour votre regard et votre appréciation qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Du choix du sujet aux dernières modifications, vous avez su canaliser mes idées pour ne pas partir « dans tous les sens ». J'espère avoir rendu un travail à la hauteur de vos espérances.

Au Docteur Marie-Anne Castaing, pharmacien conseil à l'Assurance Maladie,

Merci d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury et d'y apporter votre expertise. Je vous en suis profondément reconnaissante.

Au Docteur Philippe Besset, titulaire de la Pharmacie de Flassian et Président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF),

Merci de m'avoir fait l'honneur de siéger en tant que membre de mon jury de thèse. Je vous en suis reconnaissante.

Merci pour le dévouement quotidien dont vous faites preuve pour défendre notre beau métier.

Au Docteur Charles Deguara, titulaire de la Pharmacie Louis Plana,

Merci d'avoir accepté de lire et juger mon travail. Je n'ai jamais travaillé à tes côtés mais nos échanges autour de la corpo et de la commission officine ont renforcé mes convictions pour exercer en pharmacie. Ton regard sur le métier et ton engagement sont une source d'inspiration.

Mes remerciements s'adressent également ;

Aux Docteurs Anne Bruballa et Jacques Chevalier, titulaires de la Pharmacie des facs,

Merci de m'avoir fait découvrir le monde de l'officine, et de m'avoir fait dévier de l'industrie pharmaceutique. Après 3 ans d'apprentissage dans votre pharmacie, je démarre ma profession avec le plus complet des bagages.

Mention spéciale à **Jackie, Elise, Valentine, Clément et Margaux** sans qui ces trois ans n'auraient pas été les mêmes !

Au Docteur Mathilde Galinier, titulaire de la Pharmacie des grands boulevards,

Merci de m'avoir fait confiance à peine sortie de la fac. Je ne pouvais rêver mieux comme premier emploi dans lequel je m'épanouis au quotidien !

Sans oublier le reste de l'équipe : **Valentine (encore), Baptiste, Inès, Camille, Samsia, Sidonie et Antoine**. La meilleure équipe avec laquelle on puisse travailler, j'ai hâte de la suite à vos côtés.

Je dédie cette thèse ;

A mes parents, merci pour tout, depuis le début. Vous m'avez tout appris et tout donné, sans quoi je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour votre soutien sans faille. Merci d'être mon cocon, mon havre de paix, toujours là, toujours présents. Merci pour tout ce que vous me transmettez depuis le début. Je vous aime, inconditionnellement.

Et pour cette thèse, merci pour les idées, la relecture et les corrections jusqu'à la dernière minute. Je ne vous ai jamais eu comme profs, mais vous avez fini par corriger une de mes copies, et pas des moindres !

A ma sœur, Mathilde, merci pour la relation que nous partageons depuis 23 ans. Je ne pouvais pas rêver de meilleur binôme dans la vie ! Merci pour ton amour, ton réconfort et ta présence qui traversent toutes les frontières qu'elles soient Ecossaises ou Allemandes.

A mes grands-parents Marc, Marie, Jacqueline, Michel et mon grand-oncle Jean-Pierre, merci à tous les cinq pour votre présence qui n'a jamais failli depuis un quart de siècle. Merci de m'avoir nourrie de vos histoires et de vos expériences. Vos conseils sont des plus précieux.

Au reste de ma famille adorée : Muriel, Yannick, Magali, Emmanuel, Alexane, Chloé, Inès, Alexandre et Paul, merci d'avoir toujours été là, pour tout, tout le temps. Merci pour les exemples de réussites professionnelles et familiales que vous m'avez apportés et qui m'ont guidée jusque-là.

A Bon Papa André, Mamie Suza et Mamie Vincenette qui me manquez tellement, c'est sûrement auprès de vous trois, déjà éligibles aux bilans de médications quand je suis née, que j'ai appris à être l'écoute, à prendre soin.

A Pierre, merci d'être apparu dans ma vie, d'avoir amené par hasard ton chemin Rémois à croiser le mien Toulousain et merci pour ton amour. Merci d'être là, d'être toi, d'être le pilier sur lequel je m'appuie.

Merci pour ton aide sur cette thèse quand je n'y trouvais plus de sens et ta patience quand je pensais à voix haute ou que je m'arrachais les cheveux sur Zotero jusqu'à la dernière minute. Et merci d'avance pour le délicieux restaurant qui nous attend.

A Sara-Louna, Maïlys et Inès, merci à toutes les trois d'avoir pavé mon chemin en pharmacie des plus beaux souvenirs et de la plus belle des amitiés. Trois personnalités si différentes mais qui me vont si bien ! Ceci marque la fin de nos vies étudiantes, mais quel beau chapitre est en train s'écrire, la vraie vie !

A Camille, Elodie, Quentin, Gaïa et Julien, notre petite team officine, merci pour ces six années à vos côtés et ce n'est pas rien : inté, BU, RU, partiels, post partiels, vacances, soutien, fous rire ! Hâte que nous soyons tous Docteurs et voir ce que la vie nous réserve, vous méritez le meilleur.

A Agathe, Mélanie, Camille, Lola, Laetitia, Sarah, Adrien, Thibaut, Arthur, Ugo, Pauline, Paul, merci pour ces moments à mi-chemin entre asso, travail et vacances mais où le plaisir et la bonne humeur sont toujours au rendez-vous.

A l'AEPT et aux bureaux Corpolissons, Corpaillettes, Corpin'up, Corpore Sano, merci pour tout ce que vous m'avez apporté depuis le début. Mes années pharma n'auraient pas pu être mieux et je ne pourrais jamais décrire les sentiments qui m'habitent lorsque je repense à ces quatre années associatives.

Un grand merci à tous ceux qui ont fait partie de mon bureau Corpin'up : ma « présidence covid » n'aurait pas été aussi douce sans vous.

A l'AG Team Toulouse Novembre 2021, merci à tous pour votre engagement pour cet évènement qui reste pour moi l'un des meilleurs de mon parcours associatif. Vous avez rendu meilleure ma co-présidence.

A l'ANEPF et à son beau réseau, merci de m'avoir fait découvrir la pharmacie à travers la France, ses facs et ses étudiants durant toutes ces années.

Merci à Clerelouse, à l'Ille du Sud, à Dédé et à toutes les personnes croisées pendant les évènements multiples et variés.

Mention spéciale aux Copains du Sud : des amis, aux quatre coins de la France certes, mais des amis quand même.

A mes plus vieux amis, Marine, Benjamin et aux fanfreluches Céline, Thomas et Raphaël, au moins 10 ans que l'on se connaît et l'amitié est intacte malgré la distance. Merci pour tout ces moments partagés depuis le primaire, le collège, le lycée ou la PACES.

À tous les autres que je n'ai pas cités, merci d'avoir été là.

« LA FACULTÉ N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS ÉMISES DANS LES THÈSES, CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEUR AUTEUR. »

REMERCIEMENTS	- 5 -
INTRODUCTION	- 11 -
I. EXTENSION DU CHAMP DES COMPETENCES.....	- 13 -
1. Le cœur de métier : La dispensation	- 13 -
1.1. Historique (1,2)	- 13 -
1.1.1. De l'Antiquité au Moyen-Âge	- 13 -
1.1.2. Le Moyen-Âge et la Renaissance : la naissance des apothicaires	- 14 -
1.1.3. Le XVIII ^e siècle et la Révolution : bouleversement et renouveau	- 15 -
1.1.4. Le XIX ^e siècle : la structuration de la pharmacie et du métier de pharmacien	- 16 -
1.1.5. Le XX ^e siècle : l'affirmation de la position du pharmacien dans le système de santé	- 16 -
1.2. Acte pharmaceutique de dispensation	- 17 -
1.2.1. Définition	- 17 -
1.2.2. Étapes de l'acte de dispensation	- 18 -
1.2.2.1. Analyse pharmaceutique	- 18 -
1.2.2.2. Préparation éventuelle des doses à administrer	- 20 -
1.2.2.3. Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments	- 20 -
1.3. Rémunération	- 21 -
2. Apport de la loi HPST	- 22 -
2.1. Genèse des nouvelles missions	- 23 -
2.1.1. Missions obligatoires	- 25 -
2.1.1.1. Premier recours	- 25 -
2.1.1.2. Coopération entre les professionnels de santé	- 27 -
2.1.1.3. Mission de service public et permanence des soins	- 29 -
2.1.1.4. Veille et protection sanitaire	- 30 -
2.1.2. Missions facultatives	- 31 -
2.1.2.1. Éducation thérapeutique et accompagnement du patient	- 31 -
2.1.2.2. Pharmacien correspondant	- 32 -
2.1.2.3. Conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes	- 33 -
3. Apport du droit conventionnel	- 34 -
3.1. La convention de 2012	- 36 -
3.1.1. La place des nouvelles missions	- 38 -
3.1.1.1. État des lieux de la population âgée	- 38 -
3.1.1.2. Les entretiens « anticoagulants »	- 40 -
3.1.1.3. Les entretiens « asthme »	- 41 -
3.1.1.4. Le bilan partagé de médication	- 42 -
3.1.1.5. La téléconsultation	- 44 -
3.1.1.6. La vaccination contre la grippe	- 47 -
3.1.1.7. Les anticancéreux par voie orale	- 49 -
3.2. La convention de 2022	- 51 -
3.2.1. L'entretien « femme enceinte »	- 52 -
3.2.2. Délivrance du kit pour le cancer colorectal	- 53 -
3.2.3. L'élargissement de la vaccination	- 55 -
3.3. La rémunération des nouvelles missions	- 57 -
3.3.1. Entretiens « AVK/AOD » et entretiens « asthme »	- 59 -
3.3.2. Bilans partagés de médication	- 59 -
3.3.3. Entretiens « anticancéreux oraux »	- 60 -
3.3.4. Entretien « femme enceinte »	- 61 -
3.3.5. Dépistage du cancer colorectal	- 61 -
3.3.6. Vaccination	- 62 -
3.3.7. Téléconsultation	- 63 -
II. ETAT DES LIEUX EN OCCITANIE	- 65 -

1. Données relatives à la région Occitanie	- 66 -
1.1. Paysage officinal (50,51)	- 66 -
1.2. Les pharmaciens d'Occitanie.....	- 69 -
2. Présentation de l'étude	- 70 -
3. Facturation à l'Assurance Maladie	- 71 -
4. Analyse quantitative	- 73 -
4.1. Entretiens AVK	- 73 -
4.2. Entretiens AOD.....	- 75 -
4.3. Entretiens « asthme »	- 78 -
4.4. Bilans partagés de médication	- 80 -
4.5. Entretiens « anticancéreux »	- 82 -
4.5.1. Facturation	- 83 -
4.6. Téléconsultation.....	- 85 -
4.7. Vaccination contre la grippe	- 86 -
4.7.1. Facturation et prise en charge.....	- 87 -
5. Estimation de l'impact des nouvelles missions en termes économiques	- 90 -
5.1. Entretiens AVK, AOD et Bilans de partagés de médication	- 90 -
5.2. Entretiens asthme	- 93 -
5.3. Entretiens anticancéreux	- 94 -
5.4. Vaccination contre la grippe	- 95 -
5.5. Téléconsultation.....	- 97 -
DISCUSSION.....	- 98 -
CONCLUSION.....	- 108 -
BIBLIOGRAPHIE	- 110 -

INTRODUCTION

« Trois et deux font cinq, et cinq font dix, et dix font vingt (...) Trente sols un lavement ! (...) et vingt sols en langage d'apothicaire. (...) Plus une potion anodine et astringente pour faire reposer monsieur, trente sols ». C'est ainsi que s'ouvre la scène 1 de l'acte I du Malade imaginaire de Molière.

Argan, héros de la pièce, seul sur scène, imite son apothicaire et égrene une comptabilité sans fin. Molière se moque de la médecine de son époque. Son apothicaire fixe les prix d'une façon qui relève plus du commerce que de la médecine. Cette idée que l'apothicaire est avant tout un marchand va perdurer et s'enraciner dans l'inconscient collectif avec par exemple l'expression du XIXe siècle, « un compte d'apothicaire », pour évoquer une comptabilité excessive et compliquée dans le but de duper ses clients. Ce mythe autour de l'apothicaire vient de sa spécialité : il vend alors des produits à prix d'or que lui seule maîtrise. Son savoir, son ouverture sur le monde et son érudition font pourtant de lui une personne très respectée. Aussi loin que l'on puisse remonter, le pharmacien est le spécialiste des plantes, épices, potions et finalement des médicaments.

Avec le temps, la pharmacie est devenue une profession réglementée avec des responsabilités spécifiques et des normes strictes en matière de formation, de pratique. La profession pharmaceutique a connu une évolution majeure depuis ses origines en tant que métier « artisanal » dans l'Antiquité jusqu'à la profession que nous connaissons aujourd'hui. Cependant, les pharmaciens d'officine, bien que professionnels de santé à part entière, sont encore parfois considérés comme de simples « épiciers », des commerçants, loin des idées de prévention, de sécurité, d'écoute et d'accompagnement qui font pourtant partie intégrante de leur formation et compétences.

Pour redéfinir notre profession, il devient crucial de se décentrer des « boîtes » et de se recentrer sur le patient et la part de médical inhérente à la pharmacie.

Le pharmacien possède de nombreux atouts : connaissance du médicament, connaissances médicales, connaissances de l'organisation du système de santé et proximité du patient. C'est ce que les autorités sanitaires et pouvoirs publics, accompagnés des syndicats des

pharmaciens tentent de mettre en place depuis 2009. Cette année-là, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) marque un tournant dans l'évolution de la profession. Elle redéfinit et offre aux pharmaciens de nouvelles missions leur permettant de retrouver leur place au sein du paysage de santé français. Ces missions ont été étoffées au fil des années et ce grâce aux conventions de 2012 et 2022, signées entre l'Assurance Maladie et les syndicats de la profession. Ces nouvelles missions doivent être investies bien que leur mise en place puisse sembler difficile en termes de temps ou de personnel, pour permettre une coordination entre professionnels de santé et un suivi optimal du patient.

L'extension du champ des compétences du pharmacien s'est faite en plusieurs étapes. Après un point historique sur les origines de notre métier, nous en cernerons le cœur, c'est à dire la dispensation, avant d'analyser l'évolution de notre profession à travers les apports des textes fondateurs.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à la mise en place de ces missions en Occitanie au travers des chiffres transmis par l'Assurance Maladie. Une analyse quantitative et qualitative des actes réalisés nous permettra de dégager les grandes tendances sur l'adhésion des pharmaciens à leurs nouvelles missions, les potentiels freins à leur mise en place et les pistes d'amélioration possibles pour intégrer ces missions dans leur quotidien.

I. EXTENSION DU CHAMP DES COMPETENCES

1. Le cœur de métier : La dispensation

1.1. Historique (1,2)

L'histoire du pharmacien est définie depuis ses origines par la dispensation. C'est ce que donne le pharmacien, l'apothicaire, qui régit son métier, depuis les plantes médicinales aux médicaments complexes que nous connaissons aujourd'hui, en passant par les épices ou toute autre forme de remèdes. Le pharmacien a ainsi toujours été défini par les produits qu'il pouvait dispenser aux personnes qui le sollicitaient.

1.1.1. De l'Antiquité au Moyen-Âge

Durant l'Antiquité et jusqu'au Moyen-Âge, l'art pharmaceutique et l'art médicinal se confondent et leurs exécutants sont des guérisseurs, parfois des charlatans, des magiciens et même des sorciers. De l'Orient vers l'Occident, les savoirs et les connaissances se sont rencontrés, mélangés, opposés.

Les précurseurs de l'art pharmaceutique seraient les Orientaux. En effet, inspirés par l'observation des procédés de soulagement utilisés par les animaux, ils deviennent les premiers peuples à maîtriser cet art des soins. Des sources importantes en attestent, notamment le plus vieux recueil de pharmacopée, la *tablette de Nippur* qui nous vient de Mésopotamie et serait datée du III^e millénaire avant notre ère, ou encore le *Papyrus Ebers*, ouvrage Égyptien daté entre le XVI^e et XV^e siècle avant Jésus-Christ, considéré comme le plus complet des ouvrages médicaux de cette époque, où l'on peut retrouver plus de 700 substances utilisées.

Du côté des Occidentaux, c'est en Grèce et à Rome que se développent d'abord les arts de la guérison. Ces civilisations imprégnées de croyances personnifièrent la médecine et la pharmacie à travers le Grec Asklépios et le Romain Esculape.

En Grèce, Hippocrate (IV^e siècle avant Jésus-Christ), établit une pharmacopée, le *Corpus hippocratum*, riche de 250 plantes, et invente de nombreuses formes pharmaceutiques encore utilisées aujourd'hui : onguents, infusions, cataplasmes, suppositoires.

A Rome, Dioscoride (I^{er} Siècle après Jésus-Christ) est l'auteur du premier traité de pharmacologie, qui après sa traduction en français au XV^e siècle devient le texte de référence pour les apothicaires de l'époque.

Galien (II^e siècle après Jésus-Christ), médecin de Marc Aurèle, popularise et impose la théorie des humeurs qu'Hippocrate évoquait quelques siècles plus tôt. Il crée lui aussi de nouvelles formes de médicaments que nous appellerons plus tard en son honneur « formes galéniques ». Il est présenté comme le « Père de la Pharmacie » et a donné son nom au serment prêté par les pharmaciens.

1.1.2. *Le Moyen-Âge et la Renaissance : la naissance des apothicaires*

Le Moyen-Âge marque le début des apothicaires en France s'inspirant des remèdes développés et des connaissances passées dans le domaine médical.

Au XII^e siècle, les guérisseurs se séparent en deux métiers bien distincts : le *pigmentarius* (marchand d'épices) et le *médicus/fisicus*. Le terme d'apothicaire apparaît à cette époque et devient une catégorie de marchands, spécialisés dans le commerce des drogues végétales. Etienne Boileau dans son « Livre des Métiers » parle des apothicaires « *toujours confondus avec les épiciers dont le commerce était connexe mais d'une importance beaucoup plus considérable* ». Le rôle d'apothicaire comme seule profession préparant et vendant les drogues se dessine et est renforcé en 1258 par Saint Louis qui leur donne le statut de corporation.

En 1484, l'édit de Charles VIII précise que les épiciers sont interdits de l'apothicairerie, sauf si les dits épiciers ont une formation supplémentaire en la matière. C'est la naissance des « épiciers-apothicaires » réunis sous le régime de corporation. En 1514, Louis XII affirme « Qui est épicier n'est pas apothicaire mais qui est apothicaire est épicier ».

C'est à partir de ce moment-là que les apothicaires décident de créer des statuts et des règlements, approuvés par ordonnances royales pour protéger les consommateurs et

garantissant la qualité des drogues dispensées. C'est le début de l'encadrement de la profession et de la lutte contre les charlatans et leurs remèdes non autorisés.

1.1.3. Le XVIII^e siècle et la Révolution : bouleversement et renouveau

Tout au long du XIII^e siècle l'organisation de la pharmacie se structure vers sa forme définitive. Louis XVI, roi de France depuis 1774, abolit toutes les corporations sauf celles des apothicaires, des libraires et des imprimeurs, gardées « pour des raisons de police et d'ordre public » (édit de Turgot de février 1776). Ce même édit, au sein de son article VIII prévoyait pour la pharmacie « qu'aucune des drogues dont l'usage peut être dangereux ne pourra être vendue, si ce n'est par les maîtres apothicaires ». En outre, l'Ordonnance Royale du 25 Avril 1777 marque la fin, la rupture, de la communauté des apothicaires et des épiciers. En effet, les apothicaires ne peuvent plus exercer le commerce de l'épicerie et vice-versa. L'ordonnance est claire et dispose que « les apothicaires sont tenus de se renfermer dans la confection, préparation, manipulation et vente des drogues simples et compositions médicinales » ; défense est faite à toute personne « de fabriquer, vendre et débiter aucuns sels, compositions ou préparations entrantes au corps humain sous forme de médicaments ». Ces deux textes marquent l'apparition du monopole pharmaceutique, notion que nous retrouvons encore aujourd'hui dans la profession.

Malheureusement, après la Révolution Française le 2 mars 1791, l'Assemblée Nationale au travers du décret d'Allarde supprime le monopole pharmaceutique : « il sera libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle trouvera bon ». Dans le domaine de la pharmacie, cette perte de monopole entraîne un développement massif et rapide du charlatanisme et de nombreux abus sont signalés sur tout le territoire. C'est pourquoi, le 17 avril 1791, à peine deux semaines plus tard, un décret entre en application prévoyant « qu'il ne pourra être délivré de patentes pour la préparation, vente et distribution des drogues et médicaments dans l'étendue du royaume, qu'à ceux qui sont ou pourront être reçus pour l'exercice de la pharmacie suivant les statuts et règlements concernant cette profession ». On se rend donc bien compte ici de l'importance du monopole pharmaceutique. Il s'agit d'un art, une discipline importante car potentiellement dangereuse

si elle est mal exercée. Elle est donc vite encadrée et l'accès à la profession requiert des études particulières et complètes.

1.1.4. Le XIX^e siècle : la structuration de la pharmacie et du métier de pharmacien

Le XIX^e siècle marque un tournant dans l'histoire de la pharmacie et ce dès les trois premières années du siècle. En effet, la loi du 21 Germinal de l'an XI (11 avril 1803) peut être considérée comme la base de la réglementation du métier de pharmacien. Elle a d'ailleurs été appliquée pendant 138 ans, jusqu'en 1941 !

Cette loi réaffirme le monopole des pharmaciens qui seuls, peuvent vendre leurs préparations. Elle met aussi en place le principe selon lequel le pharmacien ne peut faire dans son officine « aucun autre commerce ou débit que celui des drogues ou préparations officinales ».

Cette loi instaure également un examen national et officiel pour chaque pharmacien, ce dernier pouvant, avec son diplôme, s'installer librement et n'importe où sur le territoire national.

On assiste aussi à la mise en place d'un *Codex* national (prenant le dessus sur toutes les pharmacopées régionales) paru en latin en 1818, puis en français l'année suivante. Rédigé par les professeurs de pharmacie et de médecine, ce *Codex* comprenait toutes les règles relatives aux préparations officinales et à la vente des remèdes. Les pharmaciens devaient s'y référer à systématiquement.

L'article 34 de cette loi est l'ancêtre de notre réglementation des stupéfiants : « les substances vénéneuses et notamment l'arsenic, le réalgar, le sublimé corrosif seront tenus dans des lieux sûrs et séparés dont seuls les pharmaciens auront la clé ». L'article 35 quant à lui, mentionne la tenue d'un « registre côté et paraphé par le maire ou le commissaire de police sur lequel ceux qui seront dans le cas d'acheter des substances vénéneuses inscriront tout de suite, sans aucun blanc leurs noms.... »

1.1.5. Le XX^e siècle : l'affirmation de la position du pharmacien dans le système de santé

Jusqu'en 1941, peu de réformes ont eu lieu dans le domaine de la pharmacie. Avec l'arrivée des médicaments préparés à l'avance, prenant le dessus sur les préparations magistrales, le

manque d'encadrement et les négligences avérées en matière de circulation des médicaments amènent la profession à devoir évoluer.

La réforme de la profession par la loi du 11 septembre 1941 est décisive et continue d'encadrer notre métier aujourd'hui. C'est le début de la limitation du nombre d'officines qui dépend désormais du nombre d'habitants desservis. Le monopole pharmaceutique est maintenu et renforcé : suppression de la profession d'herboriste et limitation du nombre de médecins propharmaciens (médecins pouvant délivrer directement des médicaments à leurs patients). La notion d'exercice personnel de la profession apparaît : le fonds de commerce de l'officine doit appartenir à un pharmacien, présent pour y exercer son métier.

Enfin, l'Ordre national des Pharmaciens est instauré par ordonnance le 5 mai 1945.

Le métier de pharmacien que nous connaissons actuellement est le fruit de bien des évolutions depuis l'Antiquité. Mais l'encadrement qui le régit est beaucoup plus récent. En effet il faut attendre la fin du XVIII^e siècle pour voir la notion de monopole apparaître, la première vraie réglementation datant de 1803 et n'ayant été refondée qu'en 1941, il y a seulement 82 ans.

Il ne cesse d'ailleurs d'évoluer, tout en restant évidemment centré sur sa base, son ancrage depuis toujours : l'acte de dispensation.

1.2. Acte pharmaceutique de dispensation

1.2.1. Définition

L'acte pharmaceutique de dispensation est défini dans le Code de la Santé Publique (CSP) à l'article R.4235-48. Il représente le cœur de notre profession.

Il est ainsi énoncé en trois points :

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

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

2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;

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

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »¹

Cet acte est réalisé par un pharmacien, professionnel de santé compétent, diplômé, inscrit à l'Ordre des pharmaciens, qui engage sa responsabilité. Il doit respecter le code de déontologie, garantissant la sécurité sanitaire et les principes éthiques.

Cet acte représente le cœur du métier de pharmacien. C'est un acte quotidien encadré par le CSP et notamment le Code de déontologie. C'est aussi un acte indépendant, indépendant de toute structure ou hiérarchie. En effet, le pharmacien, bien que suivant l'ordonnance prescrite par le médecin peut et doit, si l'intérêt du patient entre en jeu, ne pas procéder à la délivrance de celle-ci. (3)

L'article R. 4235-61 du CSP précise bien cette notion d'indépendance en introduisant le droit et le devoir de refus de délivrance : « lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance ». ²

Le pharmacien d'officine doit ainsi agir conformément à ses connaissances et son expertise, sans aucune influence extérieure. Cet acte est réalisé par un pharmacien ou collaborateur (préparateur ou étudiant dès la 3^e année validée) sous contrôle et responsabilité du pharmacien, pour ne pas déroger au monopole pharmaceutique.(4)

1.2.2. Étapes de l'acte de dispensation

1.2.2.1. Analyse pharmaceutique

La première étape de l'analyse pharmaceutique est l'analyse réglementaire de l'ordonnance. Le pharmacien valide ainsi sa légitimité en vérifiant l'authenticité du prescripteur (signature, numéros FINESS et RPPS), ses droits de prescription (en effet, certains médicaments ne sont réservés qu'à une classe de prescripteurs) et la conformité de l'ordonnance (date, renouvellements, ordonnance bizona, d'exception, sécurisée, hospitalière, soumise à

¹ Article R4235-48 du Code de la santé publique.

² Article R4235-61 du Code de la santé publique.

prescription restreinte). Il faut également vérifier l'identité du patient : nom, prénom, âge et parfois même poids (obligatoire pour les enfants). De plus, pour chaque médicament prescrit, il se doit de vérifier que la posologie (le nombre de prises par jour), le dosage, la voie d'administration ainsi que la forme galénique soient bien précisés.

La deuxième étape est l'analyse pharmacologique. Le pharmacien doit contrôler qu'il n'y ait pas d'interactions médicamenteuses entre les différents médicaments prescrits sur l'ordonnance.

Vient enfin l'analyse thérapeutique de l'ordonnance. Il faut ainsi contrôler et valider les dosages, les posologies, les durées de traitement, repérer les interactions et contre-indications. De plus, cette analyse est personnalisée. Elle doit être réalisée en portant également son attention sur le patient, ses spécificités, son terrain pathologique, les traitements qu'il peut avoir en parallèle mais qui ne figurent pas sur l'ordonnance : l'analyse est globale.

La quatrième étape est l'analyse économique de l'ordonnance. Cette étape permet de voir si l'ordonnance présente les conditions pour un remboursement total ou partiel de la part de l'Assurance Maladie et éventuellement de la mutuelle du patient. Il faut ainsi valider la conformité du médicament à son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). En France, l'AMM est délivrée par l'Agence Nationale pour la Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Cette autorisation permet aux laboratoires de commercialiser leur médicament sur le marché Français. Un médicament a donc une AMM pour une indication précise et peut ensuite être remboursé ou non par la Sécurité Sociale. Il arrive que la Sécurité Sociale ne prenne pas en charge certains traitements :

- Des médicaments listés ne sont pas remboursés car présentant un Service Médical Rendu insuffisant.
- Des médicaments sont prescrits « hors AMM », en dehors de leurs indications. Par exemple, le Néfopam (Acupan) en ampoule injectable est très souvent prescrit « « hors AMM » pour être utilisé par voie orale et n'est donc pas pris en charge.

Il faut donc être vigilant à la lecture d'une ordonnance sur ces points essentiels.

1.2.2.2. Préparation éventuelle des doses à administrer

Cette partie de l'acte de dispensation n'est pas obligatoire ni systématique et relève de l'exercice du pharmacien. L'Académie nationale de pharmacie définit cet acte comme « la préparation des doses de médicaments à administrer, de façon personnalisée, selon la prescription, et donc par anticipation du séquençement et des moments des prises, pour une période déterminée ».

1.2.2.3. Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments

Une fois l'ordonnance analysée, validée, les éventuelles doses préparées, il faut ensuite conseiller le patient. Cette étape permet de favoriser le bon usage du médicament et encadre la prise du traitement par le patient.

Le conseil est basé sur la prescription et doit également être adapté au patient. Ainsi, il faut parfois vulgariser les propos pour arriver à une compréhension optimale, abandonner le langage souvent trop scientifique acquis pendant les études. Un conseil de qualité permet une bonne compréhension par le patient et donc une bonne observance de son traitement, à savoir une concordance parfaite entre le comportement de la personne malade et les recommandations de son médecin, puis de son pharmacien. Il faut réellement inclure le patient dans le conseil, intégrer le traitement à sa vie quotidienne, afin de maximiser une prise déterminée et attentive.

Accompagner le patient dans la délivrance et le conseil permet aussi d'éviter l'iatrogénie médicamenteuse définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ». (5)

Les conseils en vue du bon usage concernent également les médicaments non prescrits. En effet, le pharmacien doit pouvoir apporter un conseil adapté au traitement délivré tout en prenant en compte la pharmacologie du médicament et le profil du patient. Il faut être vigilant à ce que le patient ne présente pas une maladie contre-indiquant un traitement ou une prise de médicament en parallèle pouvant faire interaction avec la délivrance (6). Cependant, cet acte de dispensation sans ordonnance, de médicaments non soumis à prescription est, comme

la dispensation avec une ordonnance, limité à certaines règles déontologiques comme indiqué aux articles R 4235-62, R4235-63 et R 4235-64 du code de déontologie. Le pharmacien ne doit donc pas se substituer au médecin pour établir un diagnostic approfondi mais doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié quand il le faut. Il ne doit également pas inciter ses patients à consommer des médicaments de manière abusive.³

1.3. Rémunération

Le pharmacien est donc rémunéré pour son cœur de métier, l'acte de dispensation et concerne les médicaments remboursables et non-remboursables.

Pour cela, la rémunération correspondant aux spécialités pharmaceutiques remboursables, fixée par arrêté, comprend la marge sur les produits délivrés ainsi que l'ensemble des honoraires de dispensation. Le prix des médicaments remboursables est fixé par le CEPS (Comité Économique des Produits de Santé). Les honoraires de dispensation sont fixés par la convention signée entre l'Assurance Maladie et les pharmaciens titulaires d'officine.

L'arrêté du 12 novembre 2018 a précisé le calcul pour la marge officinale à partir de 2021 :⁴

- Pour la partie du PFHT (Prix Fabricant Hors Taxe) comprise entre 0 et 1,91 € : 10 % de marge.
- Pour la partie du PFHT comprise entre 1,92 et 22,90 € : 7 % de marge.
- Pour la partie du PFHT comprise entre 22,91 et 150 € : 5,5 % de marge.
- Pour la partie du PFHT comprise entre 150,01 et 1 930 € : 5 % de marge.
- Pour la partie du PFHT supérieure à 1 930 € : 0 % de marge.

En ce qui concerne les médicaments non-remboursables, il en existe trois types et leur prix est fixé librement par le pharmacien :

- les médicaments hors liste : prescrits par un médecin ou non, ils ne seront pas pris en charge par la Sécurité Sociale, ce sont les médicaments dits OTC "Over The Counter", en accès libre,

³ Articles R 4235-62, R4235-63 et R 4235-64 du code de déontologie.

⁴ Arrêté du 12 novembre 2018 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu.

- les médicaments sur liste : ce sont des médicaments à prescription obligatoire mais non remboursés,
- les versions OTC de produits sur liste et remboursables.

Les prix de ces médicaments peuvent donc varier d'une officine à une autre car ils dépendent des conditions commerciales signées entre le pharmacien et les laboratoires.

2. Apport de la loi HPST

Le 22 octobre 2008, Mme la Ministre de la santé, Roselyne Bachelot-Narquin, elle-même pharmacien, présentait son projet de loi « portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires » à l'Assemblée Nationale.⁵

Dans un système de santé qu'elle définit comme présentant « une coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire », l'accès aux soins devient une question de premier plan. Elle soulève également le double défi du vieillissement de la population et de la spécialisation croissante des soins dans un système présentant des limites et des fragilités.⁵

C'est donc dans ce contexte de fragilisation de notre système de santé accompagné d'une désertification médicale grandissante, que ce projet de loi est présenté dans un but de modernisation. En effet, cette évolution vise à revoir intégralement l'organisation du parcours de soin sur le territoire français « en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités, notamment par une meilleure coordination des parcours de soins ». Des modifications sont envisagées dans le secteur hospitalier, ambulatoire ou médico-social.⁵

Le 21 juillet 2009, la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) est promulguée et publiée au Journal Officiel (JO).

Cette loi est rédigée en quatre titres :

TITRE IER : MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE (Articles 1 à 35)

TITRE II : ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE (Articles 36 à 80)

TITRE III : PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE (Articles 81 à 115)

TITRE IV : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE (Articles 116 à 135)

⁵ N° 1210 - Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires – Assemblée Nationale.

Cette loi est extrêmement importante et fondatrice pour la pharmacie d'officine. En effet, elle place le pharmacien au centre du parcours de soin du patient et l'intègre dans les démarches d'éducation thérapeutique visant à aider le patient à vivre avec sa maladie chronique et ses traitements. Le pharmacien tient enfin sa place d'acteur de santé à part entière.

C'est ainsi que dans le second titre, et plus précisément à l'article 38, sont mentionnées les pharmacies d'officine et leurs nouvelles missions.

La loi HPST a également permis la création des Agences Régionales de Santé (ARS) pour « définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional ». Elles sont donc le pilote du système de santé au niveau régional et, au travers de leurs différentes missions, légitiment le pharmacien d'officine comme acteur des soins de premier recours. ⁶

2.1. Genèse des nouvelles missions

Selon le CESPARM (Comité d'éducation sanitaire et social de la pharmacie française), une instance de l'Ordre national des pharmaciens, les pharmaciens d'officine ont entre leurs mains de nombreux atouts permettant un accompagnement proche et adapté du patient centré sur l'éducation thérapeutique :

- leur proximité géographique (plus de 22 000 pharmacies sur l'ensemble du territoire);
- leur accessibilité et leur disponibilité sur de longues plages horaires ;
- leurs contacts fréquents avec le public : 4 millions de personnes franchissent chaque jour les portes des officines ;
- leur connaissance globale du patient (contexte familial et socioprofessionnel, contact avec l'entourage, historique médicamenteux...);
- une relation de confiance instaurée avec le patient ;
- leur crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé ;
- leur formation à la fois scientifique et professionnelle. (7)

⁶ Article L1431-1 du Code de la Santé Publique

C'est dans cet état d'esprit que l'article 38 de la loi HPST marque le début des nouvelles missions du pharmacien d'officine et l'ambition de le faire participer activement au parcours de soin du patient. Le pharmacien ne serait donc plus le dernier maillon de la chaîne de soin mais deviendrait un acteur incontournable du maillage territorial de la santé.⁷

Les missions sont ainsi définies dans l'article 38 (modifiant l'article L. 5125-1-1 du CSP) :

« Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

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

2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

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

4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;

8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »⁸

⁷ Article 38 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁸ Article L5125-1-1 A du Code de la santé publique.

Les missions définies dans cet article 38 se déclinent donc en deux sous-parties : les missions obligatoires et les missions facultatives.

2.1.1. Missions obligatoires

2.1.1.1. Premier recours

L'article L.1411-11 du CSP définit le premier recours comme « la prise en charge continue des malades » à travers :

- « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé ; »⁹

Au-delà de la description de ces soins, le premier recours comprend également la notion « d'exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. »⁹

Autrement dit, si la pharmacie d'officine est définie comme un lieu de soins de premier recours c'est parce qu'elle est à proximité, au contact des patients. Avec la désertification des professions de santé dans certains départements, il est d'autant plus important de renforcer cette position de premier recours pour permettre à tous un accès aux soins. Ce sont des soins primaires, des soins de proximité, de premier contact entre notre système de santé et la population.

L'OMS a défini plusieurs niveaux de soins, trois exactement. On retrouve ainsi les soins de premier recours prodigués pour les pathologies légères et dont le diagnostic est aisé. Ils sont opposés aux soins de deuxième recours, nécessitant l'expertise d'un spécialiste, et les soins de troisième recours, nécessitant un plateau technique important ou une médecine de pointe.

⁹ Article L1411-11 du Code de la santé publique.

De plus, le *rapport Rioli*, paru en juillet 2009, rapportant les propositions des acteurs du secteur pharmaceutique (syndicats, Ordre, Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France (ANEPF)...) en vue de les intégrer à la loi HPST via des amendements, voit le premier recours comme un réflexe patient-officine à mettre en place. (8)

Le pharmacien y a d'autant plus sa place car, contrairement aux autres professionnels de santé pour lesquels il faut prendre des rendez-vous, il est accessible en continu : il n'y a qu'à pousser la porte de son officine. L'officine est une structure de santé ouverte sur l'extérieur et sa population, sans limite de passage ou d'entrée. Les patients peuvent se présenter autant de fois qu'ils le souhaitent, pour demander conseil, souvent gracieusement. Le rapport entre les patients et le pharmacien est donc très différent grâce à une accessibilité facilitée et des contacts moins conventionnels et formalisés, sans prise de rendez-vous. Tout cela permet l'accès à un professionnel de santé reconnu et disponible, et permet d'éviter une automédication par le patient pouvant vite mener à du mésusage.

Avec le premier recours, le pharmacien est intégré aux actions de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients.

La prévention a été définie par l'OMS en 1948, comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Elle est divisée en 3 niveaux :

- Primaire : prévention visant à diminuer l'incidence d'une maladie et donc réduire les risques d'apparition de nouveaux cas dans la population saine.
- Secondaire : prévention visant à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population à risque en essayant de diminuer les facteurs de risque pouvant entraîner l'entrée dans la maladie.
- Tertiaire : prévention visant à réduire la prévalence d'incapacités, complications ou rechutes dans une population atteinte.

Le pharmacien peut être confronté quotidiennement au comptoir à ces trois types de prévention. La vaccination fait partie de la prévention primaire, l'aide au sevrage tabagique ou alcoolique à la prévention secondaire et l'éducation thérapeutique (conseils hygiéno-diététiques chez le diabétique par exemple) à la prévention tertiaire.

Au-delà des actions de prévention, le premier recours à l'officine englobe l'encadrement du patient, du diagnostic à son orientation dans le système de soin, en passant par le traitement et son suivi.

Bien que la notion de diagnostic ne se réfère qu'aux médecins, elle est tout de même évoquée dans le cadre des missions de premier recours des pharmaciens. Toutefois, pour ne pas se substituer au médecin et à l'exercice de la médecine, le pharmacien se limite à un diagnostic fait de constatations aisées de symptômes pour des pathologies bénignes. Le pharmacien, connaissant les limites de son champ d'exercice et de compétences saura orienter son patient vers le professionnel de santé adapté. (9)

Pour le traitement et le suivi des patients, le *rapport Rioli* envisage la mise en place d'entretiens pharmaceutiques divers pour renforcer le lien patient-officine et instaurer un réel suivi. Ces entretiens, que nous détaillerons ultérieurement, permettent le contrôle de l'observance, l'initiation à l'éducation thérapeutique et la diminution du mésusage médicamenteux.(8)

Enfin pour l'orientation du patient, marquant l'étape finale et limitante du premier recours, la coopération entre les professionnels de santé est primordiale.

2.1.1.2. Coopération entre les professionnels de santé

La seconde partie de l'article 38 met en avant, et veut renforcer la coopération entre les professionnels de santé. C'est à l'article 51 de la loi HPST qu'est précisée la mise en place de cette coopération. Cet article ajoute un livre préliminaire à la quatrième partie du CSP « Professions de santé ».

Dans un premier temps, à la simple lecture des termes « coopération entre professionnels de santé » nous pouvons rester à un degré premier d'application des termes et parler d'une coopération entre professionnels de santé de premier plan. C'est-à-dire ouvrir les canaux de communication entre les professionnels de santé pour le bon déroulé du parcours de soin du patient. Faire le lien par exemple entre la ville et l'hôpital, si un patient est suivi ou sort d'une hospitalisation, ou faire le lien avec le médecin généraliste ou spécialiste pour éviter une rupture de la chaîne des soins. Pour le pharmacien d'officine, connaître l'environnement

médical et para médical qui l'entoure est primordial. Il faut savoir vers quel professionnel de santé de proximité orienter son patient pour une urgence que nous ne pouvons traiter.

L'article 51, bien que ne décrivant pas tout cela a permis de remettre au goût du jour cette idée de coopération entre les professionnels de santé.

Mais cet article va plus loin et ne parle pas simplement d'une coopération de premier plan. Depuis le début des années 2000, les autorités de santé veulent « procéder à des transferts de tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé pour répondre aux nouveaux défis du système de santé » (10)

Dans cette continuité, l'article 51 va instaurer une nouvelle notion de coopération au travers de laquelle « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».¹⁰

Ainsi les activités des professionnels de santé ne sont pas diversifiées mais transférées ; certaines limites de compétences entre les acteurs du système de santé sont floutées. Il faut bien comprendre ici que l'on ne retire pas des compétences à un professionnel pour les donner à un autre, mais bien que l'on multiplie les professionnels de santé pouvant effectuer une même tâche auparavant réservée à une seule profession médicale.

Ces actions doivent être mises en place de manière officielle, en « soumettant à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'ARS vérifie que les protocoles répondent bien à un besoin de santé constaté au niveau régional, puis les soumettent à la Haute Autorité de santé ».

¹⁰ Article 51 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Les protocoles autorisés en structure pluriprofessionnelle ou en libéral			
Soins non programmés			
Intitulé du protocole	Profession du délégant	Profession du délégué	Grille du protocole
Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	
Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle	médecin	masseur-kinésithérapeute	
Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	
Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	
Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle	médecin	masseur-kinésithérapeute	
Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle	médecin	infirmier/pharmacien d'officine	

Exemple de soins non programmés validés par la HAS (11)

Ainsi, le pharmacien d'officine appartenant à des structures pluriprofessionnelles peut voir son activité se diversifier et peut collaborer de manière étroite avec d'autres acteurs de santé. Cela permet une prise en charge du patient beaucoup plus complète grâce aux regards croisés de plusieurs professionnels.

2.1.1.3. Mission de service public et permanence des soins

La mission de service public et de permanence des soins est décrite par les ARS comme pouvant « répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles ».(12)

Chapeautées par les ARS, ces permanences des soins, autrement dit services de garde et d'urgence, sont organisés dans le département par les syndicats représentatifs de la profession. À défaut d'accord entre eux, ou si l'organisation retenue ne permet pas de satisfaire les besoins de la santé publique, l'Agence Régionale de Santé peut, après avis des organisations professionnelles et du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens, prendre un arrêté organisant la permanence des officines. De plus, les pharmaciens n'étant pas de service de garde ou d'urgence doivent communiquer au public quelle est l'officine de garde la plus proche. (12)

A Toulouse, une organisation particulière a été mise en place : une seule pharmacie de nuit, ouverte de 20 heures à 8 heures, 365 jours par an. Mise en place en 1951 avec l'accord du préfet, de l'Ordre et des syndicats, cet arrangement permet aux pharmacies toulousaines de ne pas effectuer les gardes de nuit à tour de rôle comme la plupart des autres villes. Cela représente aussi un avantage pour les patients qui n'ont pas à chercher une pharmacie différente chaque nuit.

2.1.1.4. Veille et protection sanitaire

La quatrième mission obligatoire du pharmacien est de concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.

Ainsi, il participe à des actions de protection collective de la population dans le cadre d'épidémies, d'accidents chimiques ou nucléaires, de manière coordonnée avec les autorités compétentes. Ce rôle ne peut pas être mieux mis en évidence que lors de la pandémie de la Covid-19 pendant laquelle les pharmaciens ont été mobilisés, d'abord pour assurer la distribution des masques aux autres professionnels de santé et aux populations à risque, puis pour la réalisation des tests antigéniques et des vaccinations.

Les pharmaciens installés près des centrales nucléaires jouent aussi un rôle de protection sanitaire en faveur des populations résidant ou présentes dans le périmètre des Plans Particuliers d'Intervention (PPI), autour des 19 sites de production d'électricité, en leur distribuant des comprimés d'iode stable. Les pharmacies concernées sont également le relais d'informations sur la conduite à tenir en cas d'incident nucléaire. (13)

En outre, le pharmacien participe à de nombreuses missions de vigilance des produits de santé.

D'abord, en ce qui concerne les médicaments, le pharmacien a l'obligation de déclarer aux Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) la survenue d'effets indésirables graves ou d'effets indésirables inattendus. Il a la même obligation pour les dispositifs médicaux avec la matériovigilance pilotée par l'ANSM. (14)

Le pharmacien doit également suivre de près les alertes de l'ANSM quant aux retraits de lots de certains médicaments et autres produits. Il retire alors de son stock les médicaments signalés et les renvoie vers le laboratoire ou vers son grossiste répartiteur.

Ces deux dernières missions permettent donc de sécuriser le circuit du médicament et de protéger les patients dans leur prise en charge médicamenteuse. Le circuit du médicament est régulé par des points de contrôles à chaque étape. La dernière étape du circuit avant que le médicament ne soit délivré au patient a lieu au sein de la pharmacie, c'est pourquoi il faut redoubler d'attention.

2.1.2. Missions facultatives

2.1.2.1. Éducation thérapeutique et accompagnement du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour bien vivre avec leur maladie chronique. (15)

L'ETP a deux finalités pour le patient :

- L'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins : mesures et autosurveillance de paramètres biologiques comme la glycémie, prévention des complications évitables, changement de mode de vie et adaptation à la pathologie (sport, régime...), savoir soulager ses symptômes ou encore impliquer son entourage dans la maladie et sa prise en charge.
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation : la connaissance de soi, la capacité à se fixer des objectifs et les atteindre, la prise de décision, s'observer, s'évaluer et se renforcer. (15)

L'ETP est un programme thérapeutique bien construit, validé. Comme le précise la HAS, « une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient ». (15)

L'ETP peut être proposée à différents moments du parcours de soins du patient :

- au moment de l'annonce du diagnostic de sa maladie chronique,
- à tout moment de l'évolution de sa maladie.

On parle d'ici d'ETP initiale et l'entourage du patient peut également participer à ces programmes. Une ETP de suivi régulier (de renforcement), voire de suivi approfondi peut aussi être proposée tout au long de la maladie chronique pour consolider les acquis du patient.

Le pharmacien peut donc intervenir en tant qu'éducateur dans ces programmes, par ses connaissances sur le bon usage du médicament, sa proximité avec le patient ainsi que sa participation quasi mensuelle à la délivrance de ses traitements chroniques.

Cependant, une formation en éducation thérapeutique est nécessaire : au moins 40 heures de formation théorique et pratique acquises en formation initiale, DPC ou formation continue.

Le décret n°2010-904 crée 5 nouveaux articles dans le CSP au sujet des programmes d'ETP (Articles R1161-3 à R1161-7). Ce décret stipule qu'un programme doit comprendre un médecin, et coordonner deux professionnels de santé de professions distinctes. Une fois le programme établi, un dossier détaillé de présentation doit être envoyé au Directeur Général (DG) de l'ARS de la région concernée pour obtenir une autorisation valable 4 ans.

2.1.2.2. Pharmacien correspondant

L'alinéa 7 de l'article 38 de la loi HPST mentionne la possibilité pour un patient de déclarer un pharmacien référent. Pendant du médecin généraliste dans le secteur pharmaceutique, le pharmacien référent peut, « à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ».¹¹

Il faut attendre le décret du 5 avril 2011 pour que les missions assez floues du pharmacien correspondant soient définies, d'autant que le sujet fut conflictuel entre les syndicats de médecins et de pharmaciens. Ce décret prévoit la possibilité, pour le pharmacien correspondant, de renouveler une ordonnance chronique sans excéder la limite légale de validité de 12 mois. En outre, le pharmacien correspondant doit faire partie de la même

¹¹ Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant.

structure coordonnée que le médecin et ils doivent, ensemble, rédiger un protocole de coopération qui devra être approuvé par l'ARS et la Haute Autorité de Santé (HAS).¹²

Tout cela s'inscrit dans le champ plus large de la coopération entre les professionnels de santé au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et autres structures.

2.1.2.3. Conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

L'alinéa 8 de l'article 38 suggère que les pharmaciens « peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ». ¹³

Toutefois il a fallu attendre près de dix ans, pour que, le 3 octobre 2018, le Conseil d'État signe le décret permettant la mise en place de ces services.¹⁴

Avec ce décret, « le pharmacien d'officine peut :

- mettre en place des actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique, prévenir l'iatrogénie médicamenteuse, garantir le bon usage des médicaments et le suivi de l'observance ;
- mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé ;
- participer à des actions d'évaluation en vie réelle des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique en collaboration avec les autorités sanitaires ;
- participer au dépistage des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles ;
- participer à la coordination des soins en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient dans le respect de son parcours de soins coordonné par le médecin traitant. »¹⁴

¹² Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants.

¹³ Article 38 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁴ Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

3. Apport du droit conventionnel

A la suite de la loi HPST et de l'introduction des nouvelles missions du pharmacien, s'est posée la question de leur mise en application et de la définition de nouveaux modes de rémunération. En effet, la loi HPST, introduit le principe des nouvelles missions, mais elle devait être accompagnée de cette partie pratique indispensable.

C'est pourquoi les syndicats des pharmaciens titulaires d'officine et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) décidèrent en 2012 de signer une convention nationale à l'image de la convention nationale des médecins en place depuis 1971.

En droit, une convention est un pacte, un accord de volonté conclu entre deux ou plusieurs parties et qui s'apparente à un contrat. La base législative de la convention est définie dans le Code de la Sécurité Sociale (CSS) à l'article L.162-16-1 comme suit : « les rapports entre les organismes d'Assurance Maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicale(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie, d'autre part »

Le métier est donc défini d'un côté par des textes législatifs (CSS, CSP), et de l'autre par des textes conventionnels, les uns théoriques et les autres plus pratiques.

L'article L.111-2-1 du CSS définit très bien cette organisation : « l'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'État ».

Nous avons donc une initiative de l'État puis l'introduction des conventions pour la régulation des dépenses de santé. C'est un accord tripartite entre le gouvernement, la Sécurité Sociale et la profession.

La convention détermine entre autres :

- 1° Les obligations respectives des organismes d'Assurance Maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;
- 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation, le bon usage du médicament et les conditions de participation à la coordination des soins ;
- 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;
- 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques et biologiques similaires ;
- 6° Les modes de rémunération par l'Assurance Maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique ;
- 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;
- 7° bis La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique ;
- 8° La rémunération versée par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés : la dispensation, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;
- 11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télé médecine ;
- 14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées ;
- 15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin ;
- 16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise des tests de diagnostic rapide.¹⁵

¹⁵ Article L162-16-1 du Code de la sécurité sociale.

Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens est consulté avant la signature de la convention au sujet des dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La première convention, rédigée en 2012 n'a fait que s'enrichir depuis 10 ans. Tous les 5 ans, cette convention est revue, complétée et signée une nouvelle fois. Des avenants peuvent y être ajoutés pour faire face à des problématiques particulières apparaissant au fur et à mesure au fil des ans.

3.1. La convention de 2012

La convention nationale a pour objet de rassembler en un seul texte les attentes et accords des parties signataires : l'Assurance Maladie et les pharmaciens titulaires d'officines à travers leurs syndicats. Elle permet, au travers de différentes modalités de facturation, prise en charge et remboursement, de favoriser la permanence des soins en donnant au pharmacien une place centrale dans le parcours du patient et en lui accordant de nombreuses nouvelles missions, le tout en « faisant bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance des frais ».¹⁶

Ainsi le pharmacien est rémunéré pour son engagement, sans frais pour le patient.

Cette première convention bouleverse le métier du pharmacien d'officine par sa modification de la rémunération. En effet jusqu'à ce jour le pharmacien était rémunéré grâce à la marge réalisée sur les boîtes de médicaments vendues.

Mais pour cette convention, les signataires souhaitent « promouvoir la qualité du service de l'officine, de la dispensation ainsi que de l'efficacité de l'exercice pharmaceutique ». Les signataires prônent alors une valorisation de la pratique du pharmacien avec de nouveaux modes de rémunération, tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Deux nouveaux types de rémunération sont alors mis en place au fil des années : ¹⁶

- Les honoraires de dispensation : ces honoraires permettent de valoriser l'acte de dispensation pharmaceutique et offrent une rémunération supplémentaire par

¹⁶ Convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

rapport à la rémunération à la marge. Ils prennent ainsi en compte la vérification de l'ordonnance au niveau réglementaire, pharmacologique comme vu précédemment ainsi que les conseils dispensés par le pharmacien. En voici la liste :

- un honoraire de dispensation à l'ordonnance d'un montant de 0,51 € TTC est perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables ;
 - un honoraire de dispensation à l'âge d'un montant de 1,58 € TTC est perçu pour l'exécution de toute ordonnance pour des enfants de moins de 3 ans et des patients âgés de plus de 70 ans ;
 - un honoraire de dispensation particulière d'un montant de 3,57 € TTC est perçu pour l'exécution de toute ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques ;
 - un honoraire de dispensation pour ordonnance dite complexe d'un montant de 0,31 € TTC est perçu pour toute dispensation donnant lieu à l'exécution d'une prescription comportant au moins 5 lignes différentes de spécialités pharmaceutiques remboursables et facturées à l'Assurance Maladie en une seule délivrance.
- Les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) : accordées par l'Assurance Maladie, ce sont des rémunérations en contrepartie d'engagements individualisés du pharmacien. Ces rémunérations, divisées en indicateurs socles, concernent le numérique et l'accès aux soins, la qualité de facturation, la modernisation des échanges, le bon usage des produits de santé avec la qualité de service en officine, l'accompagnement des patients chroniques, la prévention et le dépistage, mais aussi la stabilité de délivrance des génériques ou le taux de substitution des génériques.¹⁷

Ces nouveaux modes de rémunération sont pris en compte tout au long de la convention dans la mise en place des nouvelles missions.

¹⁷ N° 1210 - Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires – Assemblée Nationale.

3.1.1. La place des nouvelles missions

Les nouvelles missions du pharmacien et leur rémunération sont instaurées dans la première convention de 2012. En effet, c'est à partir de cette date et à la suite de la loi HPST que des textes concrets permettent le réel développement de ces missions.

Cependant dans le texte original, le premier à être signé, seulement deux des multiples nouvelles missions apparaissent à l'article 28 : les entretiens « anticoagulants » et les entretiens « asthme ».

Le développement de ces deux types d'entretiens a pour but de prévenir les risques iatrogènes et d'accompagner au mieux le patient dans la prise de son traitement chronique.

Ces missions prennent acte de trois évolutions :

- le vieillissement de la population
- l'augmentation des pathologies et traitements chroniques
- l'augmentation des coûts de l'Assurance Maladie découlant de ces deux premiers points.

3.1.1.1. État des lieux de la population âgée

Selon l'INSEE, en 2020, la population des plus de 65 ans représentait 20,5% et en représenterait au moins 25% d'ici 2040, soit 1 Français sur 4. (16) Par ailleurs, 21 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont concernées par au moins 3 pathologies, et 8 % entre 65 et 74 ans.(17)

Les défis des années à venir vont donc être tournés vers la prise en charge d'une population vieillissante croissante, population au sein de laquelle les maladies et traitements chroniques auront une part de plus en plus importante.

En 2020, 66,3 millions de personnes ont été prises en charge par la Sécurité Sociale et parmi elles, 36% l'étaient pour une pathologie et/ou un traitement chronique, soit près de 24 millions de personnes (18). Ces maladies chroniques ont une répercussion importante sur l'activité hospitalière. Les patients en affection longue durée (ALD) pour une maladie chronique sont surreprésentés parmi les personnes hospitalisées : ils constituent 43 % des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. (19)

Le taux de personnes prises en charge à 100 % au titre d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD), qui sont pour la plupart chroniques, progresse continuellement avec l'âge pour atteindre 80 % à 100 ans (figure 1). (17)

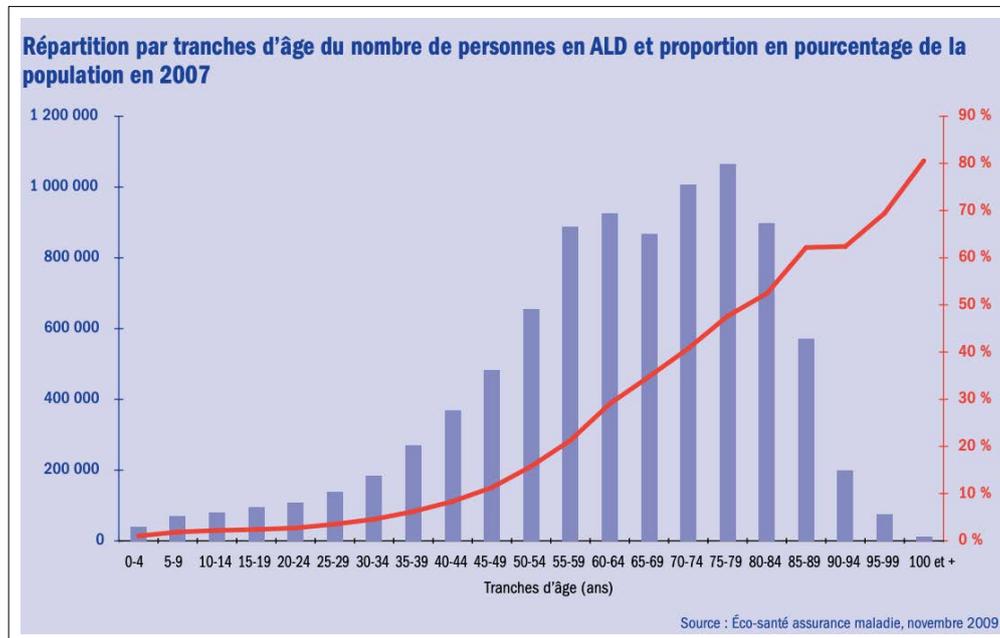


Figure 1 : Répartition par tranches d'âge du nombre de personnes en ALD et proportion en pourcentage de la population en 2007

Ces chiffres éloquentes justifient donc la mise en place des nouvelles missions pour réduire le coût des hospitalisations en accompagnant de manière supplémentaire les patients atteints de pathologie chronique, patients d'autant plus sujets à la iatrogénie qui, rappelons-le, est définie comme « toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ».

Toute personne peut être concernée par la iatrogénie médicamenteuse, mais ce risque est plus élevé chez les personnes âgées et en particulier celles faisant face à une polymédication (prise simultanée de plusieurs médicaments).

En effet, avec le vieillissement physiologique lié à l'âge, les organes entrant en jeu dans la métabolisation et l'élimination des médicaments sont modifiés, ralentis, diminués. De ce fait, le rein et le foie métabolisent et éliminent de manière moins efficace les médicaments. Les traitements peuvent de ce fait, être plus toxiques ou encore moins bien tolérés.

Les personnes âgées sont donc globalement plus sensibles aux modifications des doses de leurs médicaments ou à l'ajout d'un médicament à un traitement médicamenteux en cours. (20)

3.1.1.2. Les entretiens « anticoagulants »

L'intérêt des entretiens « anticoagulants » vient de la pharmacologie de ces médicaments. Ce sont des médicaments à marge thérapeutique étroite, autrement dit des médicaments pour lesquels les concentrations toxiques sont proches des concentrations efficaces. De ce fait, de faibles variations de dose ou de concentration peuvent entraîner une modification notable du rapport bénéfices/risques. (21)

Ainsi, une surveillance renforcée doit être mise en place pour éviter un surdosage et donc des risques d'hémorragie, d'autant plus qu'on estime que chaque année les accidents iatrogènes liés à la consommation d'anticoagulants oraux sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès. Tout cela entraînant évidemment un coût non négligeable pour la Sécurité Sociale.¹⁸

La convention met aussi en avant que ces traitements, utilisés par près d'un million de patients, sont majoritairement prescrits pour des personnes d'un âge moyen avoisinant les 73 ans et que 75% d'entre eux sont fidèles à une seule pharmacie. Ainsi, le pharmacien possède une place de choix dans l'accompagnement de ces patients, leur suivi et la prévention conjointe à la délivrance de ces médicaments.

L'accompagnement du pharmacien passe par :

- un entretien à l'initiation du traitement permettant un recueil des données du patient et de son traitement, pour estimer l'observance ;
- la réalisation d'au moins deux entretiens thématiques annuels, au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur le bon usage de ses médicaments ;
- en cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient.¹⁸

Les entretiens thématiques portent sur la surveillance biologie via l'INR, l'observance, la surveillance des effets du traitement, la vie quotidienne et l'alimentation. Au pharmacien et à

¹⁸ Convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

son patient de choisir quelles thématiques aborder pour satisfaire au mieux les besoins du second.

Des supports d'aide pour mener ces entretiens sont disponibles sur le portail internet de l'Assurance Maladie.

L'avenant 1, approuvé par arrêté le 24 juin 2013, précise que ces entretiens sont, dans un premier temps, consacrés aux patients sous antivitamine K (AVK). Il faut attendre le 8^{ème} avenant à la convention, approuvé le 24 juin 2016, pour que ces entretiens soient élargis jusqu'aux anticoagulants oraux direct (AOD) apparus sur le marché en 2009.

3.1.1.3. Les entretiens « asthme »

Selon Santé Publique France, l'asthme touche plus de 4 millions de Français et entraîne plus de 60.000 séjours hospitaliers par an. L'article 28.2 de la convention précise que 50% des patients sont atteints d'un asthme dit persistant et doivent ainsi bénéficier d'un traitement de fond au long cours. De plus, l'asthme provoque encore 1 000 décès par an chez les moins de 65 ans. (22)

Face à ces chiffres, une bonne observance des traitements est nécessaire et l'éducation thérapeutique du patient dès son plus jeune âge est primordiale. Ces mesures doivent permettre aux patients de bénéficier de la prise en charge optimale vis-à-vis de leur traitement, et de faire des économies considérables pour la Sécurité Sociale face aux nombreuses hospitalisations.

C'est pourquoi les signataires de la convention se sont accordés sur la définition du rôle du pharmacien dans l'accompagnement de ces patients par :

- le contrôle de l'observance du traitement de fond ;
- la réalisation d'entretiens pharmaceutiques au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur la bonne utilisation de son traitement ;
- le contrôle régulier de la maîtrise de la technique d'inhalation par le patient ainsi que la bonne observance du traitement ;
- en cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient.¹⁹

¹⁹ Convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Au cours de la première année de suivi, le pharmacien doit réaliser un entretien d'évaluation et deux entretiens thématiques. L'entretien d'initiation permet de recueillir les informations du patient, son traitement, ses habitudes et permet de définir les axes des entretiens futurs et de l'accompagnement. Les entretiens thématiques sont ensuite à définir selon les besoins du patient avec les thèmes suivants : principe du traitement, technique d'inhalation, effets du traitement et observance. Les années suivantes, il faut réaliser au moins deux de ces entretiens thématiques.

Des supports d'aide pour mener ces entretiens sont disponibles sur le portail internet de l'Assurance Maladie. (23)

L'avenant 4, approuvé par arrêté le 28 novembre 2014, ainsi que l'avenant 8 approuvé par arrêté le 24 Juin 2016, précisent l'accompagnement de ces patients chroniques : modalités d'adhésion des patients, rémunération des pharmaciens, guide référentiel et fiche de suivi à l'usage des pharmaciens. Tout ceci permet d'encadrer au mieux ces entretiens et de poser un cadre national commun.

Toutefois, la mise en place de ces entretiens est longue et évolue lentement. Il aura fallu plusieurs avenants au texte conventionnel de base pour en arriver aux entretiens que nous pratiquons aujourd'hui.

3.1.1.4. Le bilan partagé de médication

Les Bilans Partagés de Médication (PM) sont mis en place lors de l'approbation de l'avenant 11, le 14 décembre 2017, et de l'avenant 12 le 9 mars 2018.

La Haute Autorité de santé (HAS) définit le bilan partagé de médication comme « une analyse critique structurée des médicaments dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés. » (24)

Ces bilans sont aujourd'hui ouverts aux patients de plus de 65 ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques pour lesquels au moins cinq molécules ou principes actifs sont prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois (25).

Cet entretien structuré avec le patient a pour objectif :

- de réduire le risque d'iatrogénie ;
- d'améliorer l'adhésion du patient en faisant le point sur ses connaissances, sa perception, les modalités de prise, la tolérance et l'efficacité de ses traitements ;
- de réduire le gaspillage de médicaments (gestion du stock au domicile) ;
- d'optimiser les prescriptions médicamenteuses car, après échange avec le médecin traitant concernant les antécédents du patient, le pharmacien pourra éventuellement mettre en évidence, grâce à son analyse pharmaceutique, de l'overuse (sur-utilisation), du misuse (mauvaise utilisation) ou de l'underuse (sous-utilisation) et proposer des pistes d'optimisation thérapeutique pour y remédier. (24)

Cet entretien a donc un double objectif, à la fois en termes de santé publique et de maîtrise des dépenses, objectif double mentionné tout au long de la convention et de ses avenants.

Il permet ainsi d'assurer la surveillance du traitement par le pharmacien, de sécuriser le patient et ses prises, mais aussi de renforcer la collaboration avec le médecin traitant pour une prise en charge pluriprofessionnelle optimale. De plus, cela impacte aussi l'économie de notre système de santé. Certes, le bilan de médication représente un coût pour l'Assurance Maladie, mais ce coût est bien moindre par rapport à celui d'une hospitalisation pour iatrogénie.

Le bilan de médication se déroule en plusieurs étapes : (25)

- Un entretien de recueil : c'est le premier entretien entre le patient et le pharmacien. Ce dernier explique au patient l'intérêt du bilan, la place de chacun dans ce projet tripartite avec le médecin. Le pharmacien relève ainsi tous les traitements pris par le patient, ses habitudes de prise, les effets indésirables potentiels pouvant apparaître. On fait ainsi l'état des lieux du mode de vie et des traitements du patient.

- L'analyse pharmaceutique : cette analyse des posologies, contre-indications et interactions médicamenteuses est faite par le pharmacien et permet de repérer d'éventuelles interventions pharmaceutiques à réaliser.
- Synthèse au médecin : le pharmacien envoie au médecin une synthèse de ses interventions pharmaceutiques. Des alternatives thérapeutiques peuvent être proposées au prescripteur qui validera, ou pas, une adaptation du traitement par une nouvelle ordonnance.
- Entretien-conseil : le pharmacien reçoit le patient pour lui faire part de ses analyses et des éventuels changements validés par le médecin. Il est possible de remettre au patient un plan de prise, mais le plus important reste les conseils associés et la réponse aux questions et inquiétudes du patient. Le pharmacien doit être à l'écoute pour que le patient soit en confiance et adhère à son traitement.
- Entretien d'observance : c'est le dernier bilan à faire avec le patient. Il permet d'évaluer l'observance du patient depuis le dernier entretien. Ces entretiens d'observance sont à réaliser les années suivantes pour effectuer un suivi, que le médecin ait changé ou non le traitement du patient.

3.1.1.5. La téléconsultation

L'arrêté du 2 septembre 2019, portant approbation de l'avenant 15 de la convention, évoque pour la première fois la mise en place de la téléconsultation à l'officine.

Il fait suite à l'accord-cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS). Il a pour but de fixer, pour une durée de 5 ans, « les lignes directrices des prochains accords conventionnels conclus avec chacune des professions de santé et les accords interprofessionnels en proposant un cadre structurant et une vision interprofessionnelle des négociations à venir ». Cet accord est applicable aux professionnels de santé suivants : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste responsable,

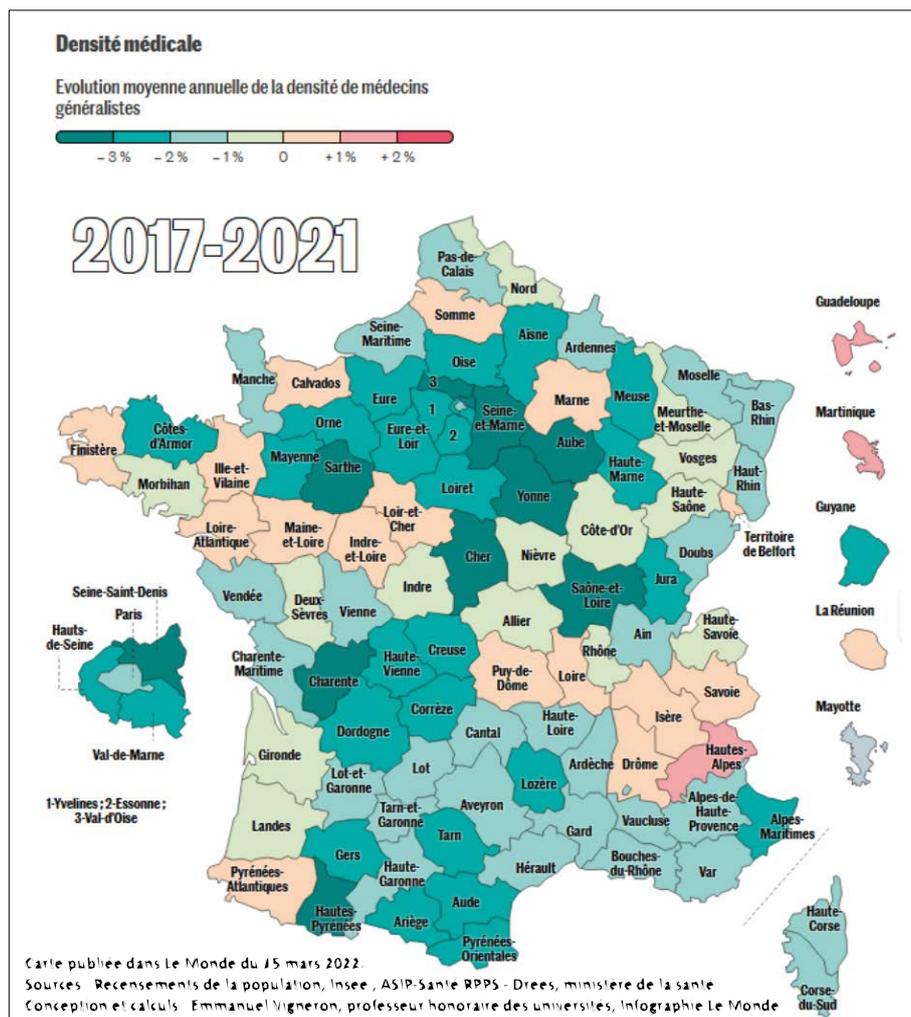
pharmacien d'officine, transporteur sanitaire, infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue et audioprothésiste.(26)

Cet accord met en avant trois axes essentiels : développer la prise en charge coordonnée des patients, accompagner le déploiement des outils favorisant l'exercice coordonné et poursuivre la simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé.

En outre, selon le rapport d'information du sénateur Rojouan, déposé en mars 2022, dans le cadre de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, 30,2% de la population française vit dans un désert médical²⁰. Les conséquences négatives sont nombreuses, notamment le renoncement aux soins de 1,6 million de personnes ou l'accroissement des délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous médical. Cette densité médicale est évidemment variable d'un département à un autre, mais l'accroissement et le vieillissement de la population, entraînant un accroissement des besoins de santé, associé à la diminution du nombre des médecins généralistes, nécessitent des mesures efficaces.

Comme nous pouvons le voir sur la carte ci-dessous, quelques départements voient leur densité de médecins généralistes augmenter au détriment d'autres, comme tous les départements de l'Occitanie où une diminution d'au moins 1% est constatée. Ce sont dans ces départements en baisse d'effectifs de médecins que la mise en place de la téléconsultation est plus que nécessaire pour assurer un maillage territorial médical optimal.

²⁰ Sénateur Rojouan, « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard », Mars 2022



C'est dans ce contexte que le déploiement de la téléconsultation en officine voit le jour par l'arrêté du 2 septembre 2019, portant approbation de l'avenant 15 de la convention. Il s'impose comme une solution optimale pour pallier ces problématiques territoriales, mais pas seulement. En effet, la télémédecine permet aussi une prise en charge plus rapide et au plus près du lieu de vie de patients. Elle évite ainsi des déplacements inutiles et peut contribuer au désengorgement des services d'urgence, en apportant une offre de soins de premier recours très accessible.

Afin de répondre à ces défis d'organisation des soins, les parties signataires s'entendent pour contribuer au développement de la télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en s'appuyant sur le réseau officinal et sa proximité d'accès offert à la population.²¹

²¹ Avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Le pharmacien est désigné comme le praticien accompagnant le médecin (ou autre professionnel de santé) effectuant la consultation, le « téléconsultant » et le patient, le « téléconsulté ». A ce titre, il va aider le médecin dans la réalisation de certains actes de l'examen clinique, et sera également présent pour accompagner le patient, le guider et répondre à ses questions. (27)

Pour ce faire, le pharmacien doit équiper son officine d'une cabine de téléconsultation.

L'avenant 15 de la convention a fixé une participation forfaitaire pour l'équipement, couvrant l'abonnement à une solution technique dédiée pour mettre en œuvre la vidéotransmission, ainsi que les équipements minimaux. La 1^{ère} année, ce montant forfaitaire est fixé à 1 225 €, puis 350€ les années suivantes. ²²

3.1.1.6. La vaccination contre la grippe

Durant l'hiver 2016, seulement 46 % des personnes ayant reçu un bon de l'Assurance Maladie se sont fait vacciner, alors que l'objectif s'élevait à 75 %. Dans le même temps, environ 1,8 million de personnes ont consulté un médecin pour des symptômes grippaux, avec un bilan de surmortalité estimé à 19 000 personnes. (28)

Pour remédier à ce « déficit » de couverture vaccinale, près de 3000 pharmaciens des régions Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes ont été autorisées à vacciner contre la grippe dès le début de la campagne en octobre 2017.

A l'issue de cette première année d'expérimentation, 155 944 patients ont été vaccinés dans les officines des deux régions, soit quatre fois plus que le nombre prévisionnel. On note également un engagement fort de la part des pharmaciens : 59% ont participé en Auvergne-Rhône-Alpes et 49% en Nouvelle Aquitaine.(29)

Pour la saison 2018-2019, les régions Occitanie et Hauts-de-France ont été ajoutées dans l'expérimentation et les résultats sont très concluants. S'appuyant sur les données du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP), l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Occitanie précise que sur les quatre régions expérimentatrices, ce sont plus de 743 550 vaccinations qui ont été réalisées en pharmacie sur la campagne de vaccination 2018-2019, comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessous. Parmi ces résultats, 23% de

²² Avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

primovaccinations et 94% des vaccinations ont été effectuées sur présentation d'un bon de prise en charge.(30)

	% de pharmacies autorisées[1]	% de pharmaciens autorisés[1]	Nombre de vaccinations réalisées[1]
Auvergne-Rhône-Alpes	75%	60%	275 977
Nouvelle-Aquitaine	69%	54%	180 790
Hauts-de-France	79%	63%	119 474
Occitanie	82%	65%	167 313
Total	76%	60%	743 554

[1] Source CNOP 6 mars 2019

Au vu des résultats, le gouvernement a approuvé le 2 septembre 2019 par arrêté l'avenant 16 à la convention, généralisant l'expérimentation de la vaccination à l'officine contre la grippe saisonnière à l'ensemble du territoire français. « Tirant les conséquences de la mobilisation et de l'implication de la profession dans les expérimentations menées en régions, est donné compétence aux pharmaciens d'officine d'effectuer les vaccinations des populations dans le respect des textes en vigueur. »²³

Pour de la vaccination, un honoraire est créé pour rémunérer les actes réalisés par le pharmacien définis par la convention comme suit :

- sécurisation du circuit du vaccin dans le respect de la chaîne du froid ;
- identification des personnes éligibles à la vaccination ;
- vérification des critères d'éligibilité à la vaccination par le pharmacien ;
- vérification de l'absence de problème physique, psychique ou cognitif qui nécessiterait d'orienter le patient vers le médecin traitant ;
- explication aux patients des recommandations sur la vaccination ;
- information du patient sur les éventuels effets indésirables ;

²³ Avenant n° 16 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

vérification des contre-indications par analyse des ordonnances à disposition et des dispensations antérieures de médicaments dès lors que cela est possible ou par interrogation du patient ;

- mise en œuvre du protocole de vaccination tel que défini par les textes ;
- gestion des éventuels signes évocateurs d'une réaction anaphylactique post-vaccinale ;
- élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux produits dans le cadre de la vaccination, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- transcription de la vaccination, en y ajoutant les mentions relatives à la date d'administration du vaccin et à son numéro de lot ;
- transmission de l'information sur la réalisation de la vaccination au médecin traitant, sauf opposition du patient ;
- inscription dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne vaccinée du nom et du numéro de lot du vaccin administré ainsi que la date d'administration du vaccin. A défaut, délivrance d'une attestation de vaccination qui comporte ces informations.²⁴

Évidemment, les pharmaciens désirant vacciner leurs patients devront suivre une formation validante, à la fois pratique et théorique. De plus, ils doivent télédéclarer à l'ARS qu'ils disposent, entre autres, d'un local adapté et accessible, avec un espace de confidentialité, mais aussi d'une enceinte réfrigérée de stockage des vaccins. (31)

3.1.1.7. Les anticancéreux par voie orale

Selon l'Institut National du Cancer (INCa), on peut estimer à 382.000 le nombre de nouveaux cas de cancer en 2018. (32)

Aujourd'hui, près d'un cancer sur deux peut-être soigné. Grâce aux progrès de la recherche, les prises en charge évoluent : depuis quelques années apparaissent de nouveaux médicaments anticancéreux *per os*, changeant les prises en charge connues telles que les

²⁴ Avenant n° 16 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

chimiothérapies par voie intraveineuse, contraignantes car nécessitant un passage régulier par l'hôpital notamment.

La prise en charge par voie orale présente ainsi de nombreux avantages. Les patients n'ont plus besoin de se déplacer systématiquement à l'hôpital pour récupérer leurs traitements et l'administration est beaucoup moins invasive. Cependant, aucune prise de médicament par voie orale n'est anodine ; elle impose des mesures d'accompagnement : bonne observance, surveillance des effets indésirables, adhésion du patient au traitement et erreurs de dosage, modulation des horaires de prise et recommandations en cas d'oubli non respectées. (33)

Ainsi, depuis le 30 septembre 2020, l'avenant 21 de la convention, approuvé par le gouvernement, met en place un nouvel accompagnement pharmaceutique pour les patients qui suivent un traitement anticancéreux oral.²⁵

Comme tous les autres, ces entretiens se dérouleront en plusieurs étapes. Ainsi la première année sera consacrée à :

- l'entretien initial de recueil ;
- l'analyse des traitements prescrits ou non au patient, effectuée à partir de l'ensemble des traitements recensés lors de l'entretien de recueil ;
- le suivi de l'observance des traitements au travers de deux entretiens thématiques : vie quotidienne et effets secondaires, observance.

Les années suivantes, le pharmacien effectuera deux entretiens d'observance si le traitement reste identique. En revanche, si le traitement est modifié, le pharmacien devra actualiser l'analyse initiale, faire un entretien conseil sur le même format que celui fait la première année et s'assurer du suivi de l'observance.²⁵

²⁵ Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Thème d'accompagnement	1 ^{ère} année d'accompagnement	Années suivantes
AOD, AVK et Asthme	<ul style="list-style-type: none"> • 1 entretien d'évaluation • 2 entretiens thématiques 	2 entretiens thématiques
Bilan partagé de médication	<ul style="list-style-type: none"> • 1 entretien de recueil • analyse / transmission au médecin traitant • 1 entretien de suivi • 1 entretien d'observance 	<p>s'il y a changement de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • actualisation de l'analyse • entretien de suivi • entretien d'observance <p>sans changement de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 entretiens d'observance
« Traitements anticancéreux au long cours »	<ul style="list-style-type: none"> • un entretien initial • 2 entretiens thématiques (vie quotidienne - effets indésirables et observance) 	1 entretien d'observance
« Autres traitements anticancéreux »		2 entretiens thématiques (vie quotidienne - effets indésirables et observance)

Tableau récapitulatif des séquences annuelles d'accompagnement.

La convention de 2012 est donc très prometteuse pour l'ensemble de la profession et donne de nombreuses missions et responsabilités aux pharmaciens d'officine. Toutefois, elle est ponctuée de nombreux avenants la rendant illisible au bout de tant d'années. La nécessité d'une refonte s'est présentée et après de longues négociations entre les syndicats de la profession et l'Assurance Maladie, une nouvelle convention a vu le jour

3.2. La convention de 2022

Publiée au Journal officiel par arrêté du 31 mars 2022, la convention est entrée en vigueur le 7 mai 2022.

Son préambule indique que « la convention accroît les missions des pharmaciens d'officine en matière de prévention, d'accompagnement des patients et de premier recours, ainsi que son implication pour améliorer le bon usage des produits de santé »²⁶. C'est ainsi une vraie convention-métier qui a été signée et qui marque un tournant entre l'Assurance Maladie et le pharmacien d'officine.

²⁶ Convention nationale du 31 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Acteur clé de la prévention, le pharmacien peut alors effectuer les rappels vaccinaux, délivrer les kits de dépistage du cancer colorectal ou encore effectuer des entretiens avec les femmes enceintes.

L'Article III sur « les accompagnements des patients chroniques » rappelle les objectifs et le déroulé des entretiens AVK/AOD, Asthme, Anticancéreux par voie orale et met à disposition des annexes pour mener tous ces entretiens de manière optimale.

3.2.1. L'entretien « femme enceinte »

L'article III intègre également l'accompagnement de la femme enceinte, nouvel accompagnement réalisable par le pharmacien d'officine à partir du 7 novembre 2022.

Comme l'indique la convention, « l'objectif de l'accompagnement proposé par le pharmacien aux femmes enceintes est de sensibiliser ces dernières au risque lié à la consommation de substances tératogènes ou fœto-toxiques pendant la grossesse et, le cas échéant, à l'importance de la vaccination. »²⁷

Dans sa campagne lancée en juin 2021, l'ANSM rappelle que dans la population générale et indépendamment d'une exposition médicamenteuse, la fréquence globale de malformations congénitales est de l'ordre de 2 à 3% et l'on attribue 5 % des cas à une prise de médicaments par la mère. À l'échelle française, cela représenterait 800 à 1 200 naissances par an sur 800 000. (34)

De plus, bien des scandales, comme la prise de Thalidomide, de Distilbène ou de Dépakine ont éclaté en France depuis les cinquante dernières années. En effet, la prise de ces médicaments par les femmes enceintes a entraîné des malformations congénitales importantes chez les enfants. Ces drames ont malgré tout permis un renforcement de la pharmacovigilance française, mais également mondiale. C'est par exemple à l'issue de l'affaire du Thalidomide qu'en 1971 est créé le centre mondial de pharmacovigilance installé à Uppsala (Suède).(35)

La nécessité de tels entretiens apparaît donc primordiale et le pharmacien, expert du médicament auprès des patientes, y trouve une place de choix. Il peut ainsi proposer cet entretien à toute femme enceinte à n'importe quel stade de sa grossesse.

²⁷ Convention nationale du 31 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Lors de cet entretien rapide, le pharmacien va :

- faire l'état des lieux des médicaments prescrits ou pris en automédication par la patiente ;
- faire de la prévention sur les risques liés à la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres substances ;
- transmettre à la patiente l'ensemble des documents de prévention et d'information rédigés par l'ANSM pour la campagne « Enceinte, les médicaments, c'est pas n'importe comment ! ». ²⁸

3.2.2. Délivrance du kit pour le cancer colorectal

L'article IV regroupe toutes les missions de prévention auxquelles le pharmacien d'officine peut participer dont le dépistage organisé du cancer colorectal.

Selon Santé Publique France, avec 43 336 nouveaux cas et 17 117 décès en 2018, le cancer colorectal fait partie des cancers les plus fréquents dans notre pays (3ème rang chez l'homme et 2ème chez la femme) et représente la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme et la troisième chez la femme (36). Malheureusement, le diagnostic est trop souvent tardif réduisant fortement les chances de guérison alors qu'une détection au stade précoce permet une guérison dans 9 cas sur 10. (36,37)

Pour le cancer du côlon :

- 44 % des cancers sont diagnostiqués à un stade précoce
- Un tiers le sont à un stade avancé

Pour le cancer du rectum :

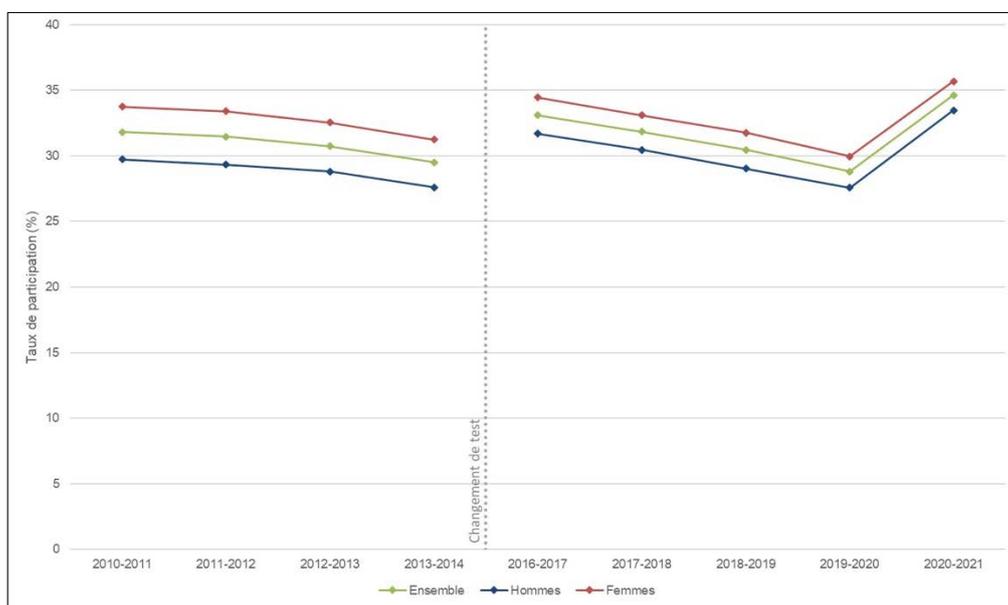
- 47 % des cancers sont diagnostiqués à un stade précoce
- Un tiers le sont à un stade avancé.

Ces taux élevés de diagnostic à un stade avancé reflètent un défaut de prévention. Il convient donc de multiplier les interlocuteurs pouvant aider à prévenir l'apparition et la progression de ce cancer.

Ainsi, en 2002, les premiers programmes de dépistage du cancer colorectal sont mis en place dans 23 départements pilotes et sont généralisés sur tout le territoire en 2008. A l'exception

²⁸ Convention nationale du 31 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

de Mayotte, tous les départements français sont couverts depuis 2010. A cette date, les patients éligibles reçoivent un courrier les invitant à se rendre chez leur médecin traitant, qui, après un interrogatoire validant son éligibilité, remet un kit de dépistage à faire chez soi et à envoyer gratuitement en laboratoire (38). Ce test est recommandé tous les 2 ans pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans, ne présentant aucun symptôme, ni antécédent.(39) Toutefois, malgré la mise à disposition gratuite et accessible des kits de dépistage, l'étude de Santé publique France sur le taux de participation au dépistage de 2010 à 2021, ne présente pas les résultats escomptés.



Taux de participation de la population éligible en France entre 2010 et 2021 (40)

En effet, depuis 2010, le taux de participation au sein de l'ensemble de la population éligible au dépistage n'a pas dépassé les 35% entre 2010 et 2020 (en vert sur le graphique).

Ainsi, pour faciliter l'accès au dépistage, il est désormais possible, depuis le 1er mars 2022, à toute personne éligible, de recevoir gratuitement un test de dépistage à domicile après l'avoir commandé suite à une invitation. (37)

C'est donc dans ce contexte de sous-dépistage et de sous-diagnostic que les pharmaciens se voient confier à leur tour la remise du kit de dépistage dans le but d'augmenter, en complétant la délivrance chez le médecin traitant, le maillage territorial de cette prévention.

Dès lors, le pharmacien s'assure de l'éligibilité du patient en remplissant avec lui l'auto-questionnaire mis à disposition par l'INCa. Il explique ensuite le déroulement du dépistage,

s'assure que le patient a bien compris les enjeux d'un tel test et lui explique les démarches à suivre en fonction des résultats. (40)

La convention précise toutefois que « si la personne âgée de 50 à 74 ans n'est pas éligible parce qu'elle présente un risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal, le pharmacien l'invite à consulter son médecin traitant ou tout autre médecin désigné par elle pour envisager la prise en charge médicale appropriée. »²⁹

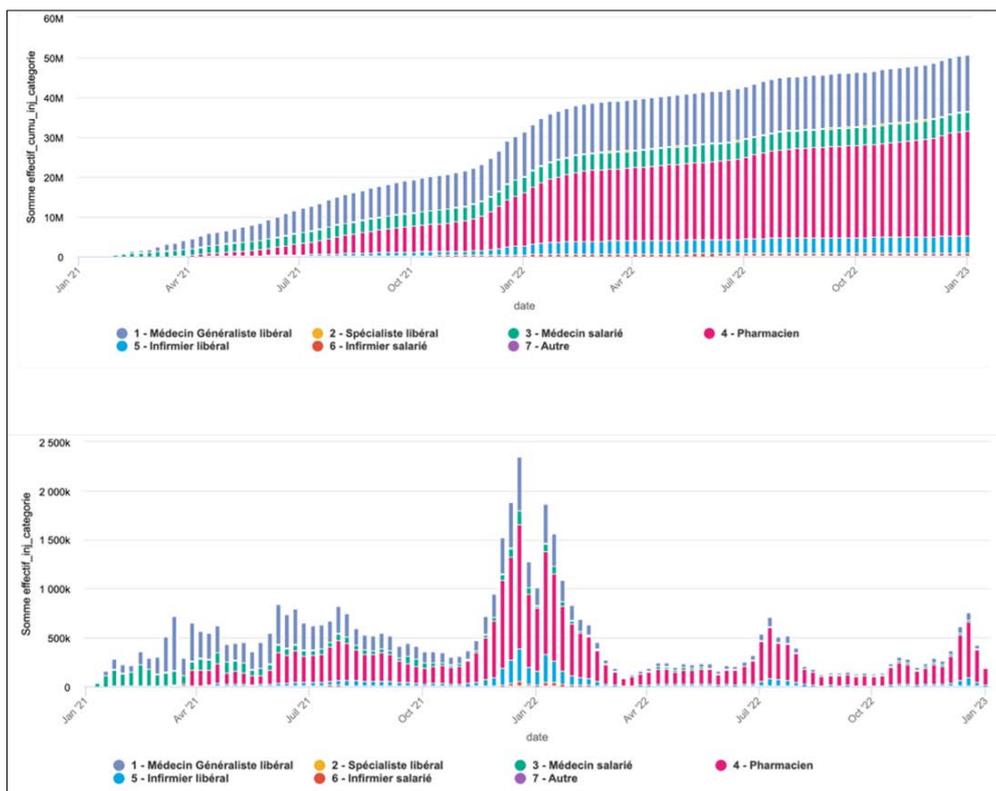
Chaque pharmacien voulant délivrer ces kits doit valider une formation dispensée par les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) dont il dépend. (41)

3.2.3. L'élargissement de la vaccination

Au sujet des missions de prévention, ce même article IV consacre un paragraphe à la « vaccination à l'exception de la vaccination contre la grippe ».

Les compétences vaccinales du pharmacien ont progressivement évolué depuis 2017 avec l'expérimentation de la vaccination antigrippale, puis sa généralisation en 2019. En outre, en 2020 à la suite de la crise sanitaire, les pharmaciens ont été autorisés à vacciner contre la Covid-19. La profession est rapidement devenue majoritaire dans cette campagne. (42)

²⁹ Convention nationale du 31 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.



Données vaccination par catégorie d'injecteur, hors centres de vaccination et établissements de santé (42)

Le premier graphique montre que la proportion de pharmaciens vaccinateurs n'a cessé d'augmenter depuis le début de la vaccination contre la COVID-19, mais aussi que cette proportion a dépassé celle des médecins. Le second graphique quant à lui révèle que les pharmaciens ont été mobilisés après les médecins, mais qu'ils sont ensuite devenus les vaccinateurs majoritaires et ce, sur la durée. En 2023, il n'y a donc presque plus que des pharmaciens qui vaccinent contre la COVID-19.

Ainsi, en avril 2022, à la suite des recommandations de la HAS (43), l'arrêté du 21 avril 2022 élargit le champ de compétences du pharmacien d'officine à 14 nouvelles vaccinations en plus de la grippe :

- Vaccination contre la grippe saisonnière ;
- Vaccination contre la diphtérie ;
- Vaccination contre le tétanos ;
- Vaccination contre la poliomyélite ;
- Vaccination contre la coqueluche ;
- Vaccination contre les papillomavirus humains ;
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque ;

- Vaccination contre le virus de l'hépatite A ;
- Vaccination contre le virus de l'hépatite B ;
- Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe A ;
- Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe B ;
- Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C ;
- Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe Y ;
- Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe W ;
- Vaccination contre la rage.

Les pharmaciens peuvent uniquement injecter les vaccins inactivés aux personnes de plus de 16 ans dont les vaccinations sont recommandées dans le calendrier vaccinal.³⁰

Le rapport charges/produit de l'Assurance Maladie pour 2023, visant à améliorer la qualité du système de santé et à maîtriser les dépenses, soutient la montée en charge de cette vaccination. « La seule extension par les pharmaciens à vacciner génère un gain financier estimé à 10 millions d'euros en 2023 ». (44)

3.3. La rémunération des nouvelles missions

Bien qu'annoncées pour certaines depuis la loi HPST, puis dans les conventions de 2012 et 2022, il a fallu plusieurs années et textes pour parvenir à mettre en place une rémunération pour ces différentes missions.

Le pharmacien est donc rémunéré pour les autres activités spécifiques qu'il peut réaliser au sein de son officine en dehors de l'acte de dispensation:

- Vaccination et TROD.
- Dispensation adaptée et dispensation à l'unité.
- Accompagnement des patients chroniques.
- Bilan de médication.
- Participation à la télémédecine et au télésoin.
- Participation dans le cadre d'un exercice coordonné (CPTS, MSP...).

³⁰ Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier.

- Permanence pharmaceutique : versement d'une indemnité forfaitaire d'astreinte de 190 euros par période de garde ainsi que d'honoraires de gardes perçus par ordonnance. (45)

Pour illustrer cette rémunération, voici un tableau partagé par l'Assurance Maladie faisant la synthèse des rémunérations officielles sur l'année 2021.

Synthèse des rémunérations officielles sur l'année 2021 et comparaison des premiers trimestres 2022 et 2021					
			2021	PCP* 1 ^{er} trimestre 2021	PCP* 1 ^{er} trimestre 2022
Marges et honoraires (en M€)	Marge réglementée (allopathie)	25%	1 343	326	343
	Honoraires	75%	3 960	968	1 015
	Total	80%	5 303	1 294	1 358
Autres rémunérations (en M€)	Rosp bon usage (ex-génériques)		60,2	15,1	0,0
	Rosp numérique et accès aux soins (ex-qualité de service)		79,7	19,9	21,7
	Entretiens (AVK, AOD, asthme, BPM, etc.)		1,57	0,3	0,23
	Vaccination antigrippale		29,23	0,85	1,00
	Test rapide d'orientation diagnostique (Trodat angine)		0,05	0,01	0,03
	Astreintes		97,7	24,41	24,67
	Majoration ordonnance (hors heures ouvrables)		30,9	7,72	9,69
	Remises art. 1389 du Code de la Sécurité sociale et prestations de services (remises génériques)	80%	1 131	283	[283]**
	Rémunérations autres que la marge remboursable	20%	1 431	351	340
	Total (hors Covid-19)		6 735	1 645	1 698

Source : observatoire du suivi de la rémunération officielle de l'Assurance maladie.

La rémunération sur la dispensation avec les marges et les honoraires représente 80% de la rémunération du pharmacien d'officine, hors Covid-19. Au sein de ces 80%, la marge représente 25% (soit 20% du total) et les honoraires 75% (soit 60% du total).

Les autres rémunérations officielles représentent 20% de la rémunération totale officielle hors Covid-19. Au sein de ces autres rémunérations, les remises sur les médicaments génériques représentent la plus grande part (80%).

Observons maintenant de plus près la rémunération propre à chaque mission.

3.3.1. Entretiens « AVK/AOD » et entretiens « asthme »

Le texte initial de la convention de 2012 ne mentionne pas la rémunération pour les entretiens AVK/AOD et entretiens asthme. Il faut attendre les avenants 1, 8 et 11 respectivement en 2013, 2016 et 2017 pour qu'un mode de rémunération soit adopté définitivement. Il est ainsi prévu le versement au pharmacien d'une rémunération annuelle de 30 € ou 50 € par patient selon les modalités de l'accompagnement. L'avenant 11 fait évoluer ce dispositif d'accompagnement en le centrant davantage sur les besoins du patient. Sont ainsi mis en place l'entretien d'évaluation et les entretiens thématiques (surveillance biologique, observance, surveillance des effets du traitement, vie quotidienne et alimentation).

Les dispositifs d'accompagnement AVK/AOD et asthme constituent l'un des axes de la rémunération sur objectifs de santé publique du pharmacien.

Pour ces trois accompagnements, la rémunération de l'année est de 50 € par patient lorsque les trois entretiens, à savoir le premier d'évaluation et les deux entretiens thématiques, sont réalisés. Deux dérogations sont possibles : lorsque l'adhésion au moment du premier entretien intervient à compter du second semestre de l'année civile de référence ou lorsque le patient est décédé.

La rémunération de l'année n+1 est de 30 € par patient lorsque là aussi, le nombre d'entretiens attendus est respecté, c'est à dire deux entretiens thématiques. Cette rémunération a lieu au plus tard à la fin du mois de mars de l'année suivante. (46)

3.3.2. Bilans partagés de médication

C'est par l'avenant 12, approuvé par arrêté le 9 mars 2018, que la rémunération des bilans de médication est fixée.

Ainsi, la première année, cette rémunération est fixée à 60 € par patient inscrit auprès du pharmacien. Ces 60 euros sont versés dès que l'ensemble des étapes du bilan ont été réalisées ou, lorsqu'au moins l'entretien de recueil des informations et l'analyse des traitements du patient assortie de l'information du prescripteur ont été réalisés.

Les années suivantes, cette rémunération est fixée à 30 € en cas de nouveau(x) traitement(s) et à 20 € en cas de continuité de traitement.³¹

3.3.3. Entretiens « anticancéreux oraux »

La rémunération pour l'accompagnement des patients prenant des anticancéreux par voie orale est fixée par l'avenant 21 à la convention approuvée en 2020.

Contrairement aux autres accompagnements, deux parcours de rémunération ont été créés, en fonction des molécules prises par le patient.

- Pour les traitements anticancéreux au long cours : hormonothérapie (tamoxifène, anastrozole, letrozole, exemestane), methotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide
 - o La première année dite de référence : 60 € pour un entretien initial et 2 entretiens thématiques (vie quotidienne - effets indésirables et observance).
 - o Les années suivantes : 20 € pour un entretien d'observance.
- Pour les autres anticancéreux des classes ATC L01 et L02 administrés par voie orale :
 - o La première année dite de référence : 80 € pour un entretien initial et 2 entretiens thématiques (vie quotidienne - effets indésirables et observance).
 - o Les années suivantes : 30 € pour 2 entretiens thématiques (vie quotidienne - effets indésirables et observance).³²

³¹ Avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

³² Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Actes	Tarifs* accompagnement 1 ^{re} année		Tarifs* accompagnement années suivantes	
	Métropole	DROM	Métropole	DROM
Adhésion	0,01 €			
Accompagnement AOD/AVK/asthme	50 €	52,50 €	30 €	31,50 €
Accompagnement Bilan partagé de médication	60 €	63 €	30 € avec changement de traitement	31,50 € avec changement de traitement
			20 € sans changement de traitement	21 € sans changement de traitement
Accompagnement « Traitements anticancéreux au long cours »	60 €	63 €	20 €	21 €
Accompagnement « Autres traitements anticancéreux »	80 €	84 €	30 €	31,50 €

* ces tarifs ne sont pas soumis à la TVA

Tableau des modalités de rémunération des accompagnements des patients chroniques (46)

3.3.4. Entretien « femme enceinte »

Au sujet de la femme enceinte, la convention a établi que la rémunération du pharmacien pour la réalisation de l'entretien se fait directement au comptoir avec la carte vitale du patient, en facturant le code acte EFE d'une valeur de 5 € TTC.

Le taux de prise en charge de ce code par l'Assurance Maladie est de 70 % ou de 100 % si l'assurée est couverte par l'Assurance Maternité.(48) ³³

3.3.5. Dépistage du cancer colorectal

L'évolution de la rémunération pour la délivrance des kits de dépistage est prévue en deux temps :

Jusqu'au 31 décembre 2023 inclus, la remise de kit est rémunérée 5 € TTC. Un code traceur de 0,01 € est facturé par l'officine lors de la remise d'un kit et permet le suivi de la remise des

³³ Convention nationale du 31 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

kits. La rémunération est versée sous la forme d'un montant total annuel versé en une fois au premier trimestre de l'année suivante.

A compter du 1er janvier 2024 :

– la remise de kit est rémunérée 3 € TTC et facturée par un code-acte si la législation le permet.

A défaut, le suivi de la remise de kit par officine est réalisé à travers un code traceur de 0,01 € facturé par l'officine, et le montant total dû pour la remise de ces kits sera versé par un paiement annuel.

– lorsque le patient réalise le test à la suite de la remise du kit par le pharmacien, ce dernier est rémunéré 2 € TTC de plus. Le montant total dû pour le nombre de tests réalisés au cours d'une année sera versé par un paiement annuel au deuxième trimestre l'année suivante.³⁴

3.3.6. Vaccination

Pour la réalisation des missions de vaccination contre la grippe, le pharmacien perçoit un honoraire de vaccination contre la grippe de 7,5 € TTC.

L'honoraire de vaccination est facturé par le pharmacien, sur production du bon de prise en charge prévu à cet effet par l'Assurance Maladie. Si le patient est éligible, mais ne dispose pas de prise en charge, le pharmacien peut lui en éditer un, via le site de l'Assurance Maladie. Dans ce cas, l'honoraire de facturation est justifié par la vérification du pharmacien à l'éligibilité de son patient à cette vaccination.³⁴

Pour toutes les autres vaccinations deux prises en charge sont possibles :

- La première si le patient dispose d'une prescription d'un autre professionnel de santé. Dans ce cas, le pharmacien facture un honoraire de 7,5 € TTC.
- La deuxième si le patient ne dispose pas de prescription et se présente par lui-même à l'officine. L'honoraire est alors fixé à 9,6 € TTC.³⁴

Toutefois, cette dernière prise en charge, bien que présente dans la convention, n'est pas encore effective dans les officines. En effet, le pharmacien ne peut pas pour l'instant prescrire

³⁴ Convention nationale du 31 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

de vaccination et ne peut vacciner que les patients présentant une ordonnance depuis le 7 novembre 2022.

3.3.7. Téléconsultation

L'avenant 15, approuvé par arrêté le 2 septembre 2019, fixe les premières rémunérations pour la téléconsultation.³⁵

En plus de la participation forfaitaire de l'Assurance Maladie s'élevant à 1225 € la première année puis 350 € les années suivantes, le pharmacien est rémunéré en fonction du nombre de téléconsultations réalisées au sein de son officine. Cette rémunération est fixée comme suit par cet avenant :

- de 1 à 20 téléconsultations : 200 €
- de 21 à 30 téléconsultations : 300 €
- plus de 30 téléconsultations : 400 €.

Cette rémunération prend en compte le temps passé par le pharmacien à organiser la téléconsultation, ainsi que l'assistance apportée au médecin et au patient durant l'entretien. Le décompte des téléconsultations réalisées se fait sur la base d'un code traceur valorisé à 1€, facturé par le pharmacien au moment de l'entretien. L'ensemble des décomptes est ensuite comparé aux chiffres de téléconsultation transmis par le médecin, ce qui permet le versement de la participation forfaitaire.³⁶

Cependant, la convention de 2022 amène de nouvelles modifications. La participation forfaitaire n'est versée que la première année et reste bien à 1225 €. En revanche, les rémunérations selon le nombre de téléconsultations réalisées sont plus élevées : le plafond passe à 750 € et les tranches de rémunération sont plus échelonnées. Le principe de décompte des téléconsultations reste identique.³⁶

³⁵ Avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

³⁶ Convention nationale du 31 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Nombre de téléconsultations par an	Montant annuel (TTC)
1-5	25 €
6-10	50 €
11-15	75 €
16-20	100 €
21-25	125 €
26-30	150 €
31-35	175 €
36-40	200 €
41-45	225 €
46-50	250 €
51-55	275 €
56-60	300 €
61-65	325 €
66-70	350 €
71-75	375 €
76-80	400 €
81-85	425 €
86-90	450 €
91-95	475 €
96-100	500 €
101-105	525 €
106-110	550 €
111-115	575 €
116-120	600 €
121-125	625 €
126-130	650 €
131-135	675 €
136-140	700 €
141-145	725 €
A partir de 146	750 €

Tableau extrait de la convention de 2022³⁷

³⁷ Convention nationale du 31 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

Il aura fallu près de 13 ans, depuis la loi HPST en 2009 pour arriver au texte de la convention nationale de 2022. Ce texte, issu des avancées retranscrites dans la convention nationale de 2012 et dans ses avenants, regroupe l'ensemble des nouvelles missions données aux pharmaciens d'officine, leur mise en place et leur rémunération.

Mais, maintenant que nous avons étudié la théorie, intéressons-nous à la pratique et penchons-nous sur l'application de ces textes en Occitanie.

II. ETAT DES LIEUX EN OCCITANIE

Pour tenter de mieux appréhender ces nouvelles missions, il peut être intéressant de les étudier à une échelle moyenne, régionale. La région Occitanie se trouve être une région intéressante à analyser. En effet, avec ses treize départements, elle présente une diversité de territoires importante avec deux des dix plus grandes villes de France : Toulouse (4^{ème}) et Montpellier (7^{ème}) mais aussi des territoires de faible densité. Nous pourrions donc voir si les disparités territoriales ont un impact sur la réalisation de ces missions.

Mais commençons par une description de cette région.

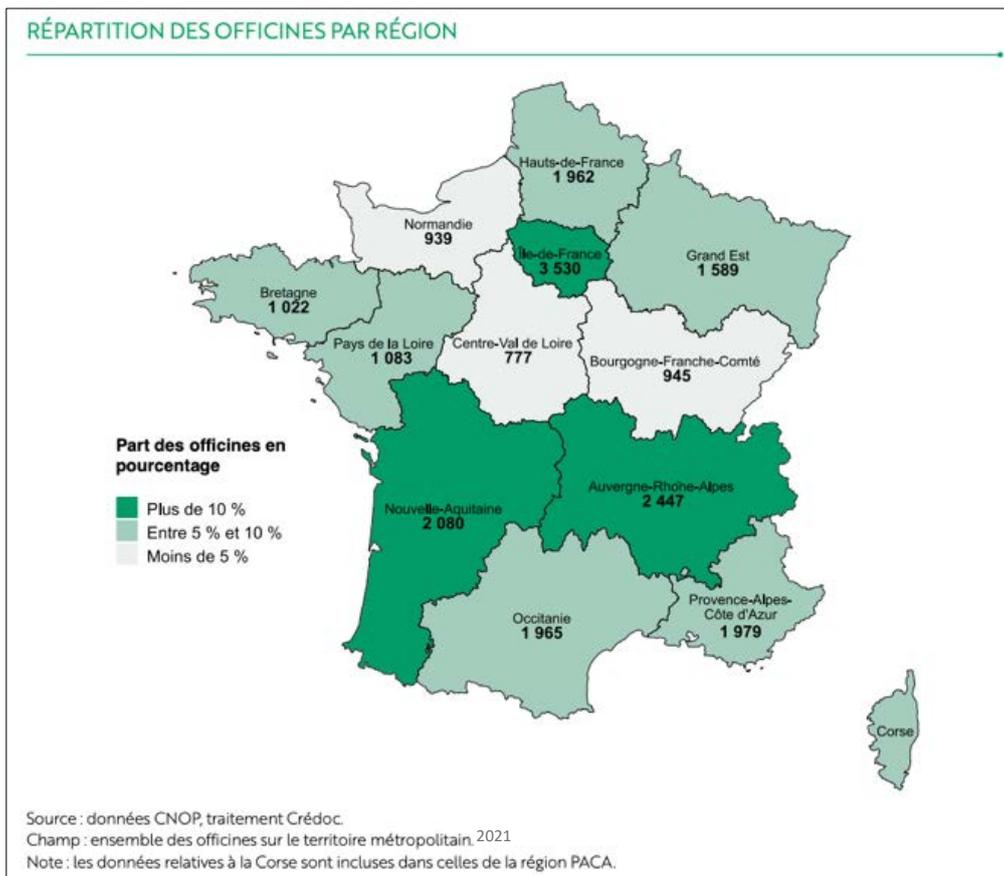
1. Données relatives à la région Occitanie



Avec près de 6.053.000 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2022, la région s'affiche comme la 5^{ème} région la plus peuplée de France. Deux des 13 départements dépassent le million : la Haute-Garonne et l'Hérault. *A contrario*, la Lozère est le département le moins peuplé de France avec 77.000 habitants. (49)

1.1. Paysage officinal (50,51)

Un rapport de la DREES montre que les pharmaciens sont les professionnels de santé les mieux répartis sur le territoire en termes d'accessibilité potentielle localisée (APL), c'est-à-dire en termes de disponibilité et de proximité des professionnels de santé.



En ce qui concerne le maillage territorial pharmaceutique, l'Occitanie compte 1 965 pharmacies en 2021, soit moins de 10 % du nombre total de pharmacies du territoire français. Cependant, elle compte 33 officines pour 100.000 habitants, chiffre supérieur à la moyenne nationale de 31 officines pour 100.000 habitants.(52)

Des disparités apparaissent à l'échelon départemental au sujet du nombre d'officines par habitant. La Haute-Garonne présente ainsi le taux le plus bas d'officines par habitant, tandis que le Lot, l'Aveyron, la Lozère, les Hautes-Pyrénées et l'Aude ont les taux les plus élevés de pharmacies par habitant. Cependant il faut ramener ces constats à la population totale du département mais surtout à l'emplacement de ces officines. Nous voyons pour ce dernier point avec la carte ci-dessous que le Lot, l'Aveyron, la Lozère, les Hautes-Pyrénées et l'Aude (déjà cités) sont des départements connaissant l'absence la plus élevée de pharmacie à 5 kilomètres. A l'inverse, la Haute-Garonne qui affiche pourtant le moins de pharmacie par habitants est un des départements disposant de la plus importante présence de pharmacies à moins de 5 kilomètres. Il faut ainsi mettre en corrélation plusieurs informations (population par département, nombre de pharmacies par département...) pour avoir une vision nette du maillage officinal en Occitanie.

NOMBRE D'OFFICINES POUR 100 000 HABITANTS

Nombre d'officines pour 100 000 habitants :

- Plus de 35,5
- Entre 32,5 et 35,5
- Entre 28,7 et 32,5
- Moins de 28,7

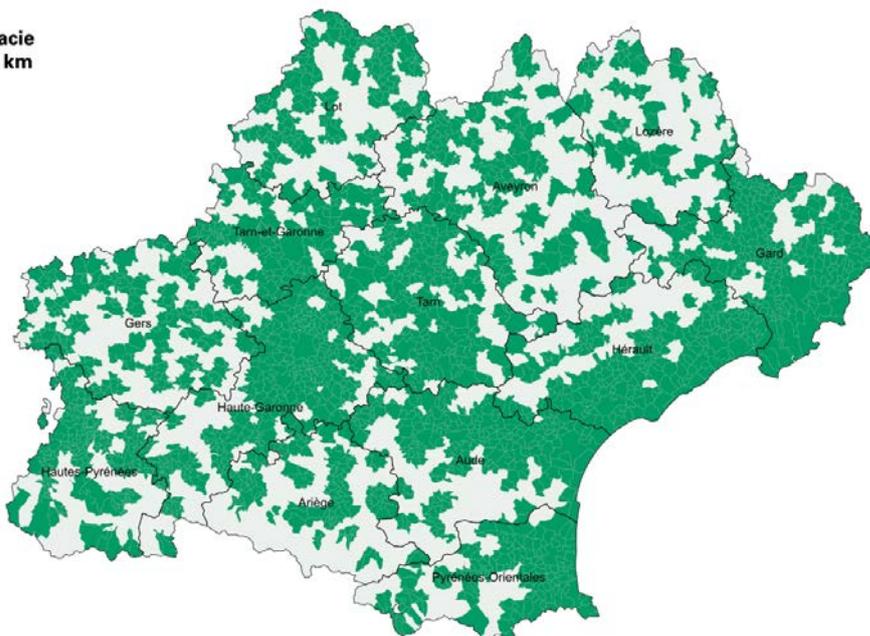


Source : données CNOP, traitement Crédoc.
 Champ : ensemble des pharmacies d'officine en Occitanie en 2021.

ACCESSIBILITÉ DES OFFICINES : PRÉSENCE D'UNE OFFICINE À MOINS DE 5 KILOMÈTRES (À VOL D'OISEAU) PAR COMMUNE

Présence d'une pharmacie à moins de 5 km

- Absence
- Présence



Source : INSEE base des équipements en santé (données 2021), traitement Crédoc.
 Champ : ensemble des communes d'Occitanie.

1.2. Les pharmaciens d'Occitanie

RÉPARTITION DES INSCRIPTIONS PAR SECTION ET PAR DÉPARTEMENT

	Section A	Section B	Section C	Section D	Section G	Section H	Total 2021	Part en % de la région	Total 2016	Évolution 2016-2021
09 - ARIÈGE	66	0	0	59	9	16	150	2,2 %	161	-6,8 %
11 - AUDE	188	0	0	166	38	40	432	6,2 %	443	-2,5 %
12 - AVEYRON	136	0	3	150	27	29	345	5,0 %	353	-2,3 %
30 - GARD	325	9	6	341	69	93	843	12,1 %	894	-5,7 %
31 - HAUTE-GARONNE	546	71	30	639	190	188	1 664	23,9 %	1 619	+2,8 %
32 - GERS	81	4	1	69	27	21	203	2,9 %	225	-9,8 %
34 - HÉRAULT	550	60	25	672	158	164	1 629	23,4 %	1 634	-0,3 %
46 - LOT	87	2	0	53	5	18	165	2,4 %	185	-10,8 %
48 - LOZÈRE	41	0	0	34	3	13	91	1,3 %	94	-3,2 %
65 - HAUTES-PYRÉNÉES	112	0	2	86	25	27	252	3,6 %	289	-12,8 %
66 - PYRÉNÉES-ORIENTALES	233	2	2	204	36	59	536	7,7 %	554	-3,2 %
81 - TARN	171	20	5	163	21	40	420	6 %	447	-6,0 %
82 - TARN-ET-GARONNE	114	0	2	79	5	26	226	3,2 %	226	+0 %
OCCITANIE	2 650	168	76	2 715	613	734	6 956	100 %	7 124	-2,4 %

Source : données CNOP, traitement Crédoc.
 Champ : ensemble des inscriptions à l'Ordre en 2021 et 2016 en Occitanie.

La région regroupe 2650 pharmaciens titulaires inscrits à la section A de l'Ordre et 2715 pharmaciens-adjoints inscrits à la section D, soit un total de 5365 praticiens. A l'échelle nationale, on compte 25 189 pharmaciens inscrits à la section A et 28 423 à la section D, soit un total de 53 612 officinaux. Les pharmaciens d'officine d'Occitanie représentent donc 10% de l'ensemble des pharmaciens exerçant en France.

Sur cet ensemble de pharmaciens d'officine de la région, 22,09% exercent en Haute-Garonne et 22,78% dans l'Hérault. A l'inverse, la Lozère est le département connaissant le moins de pharmaciens d'officine d'Occitanie avec 1,4%.

Avec 1965 officines, la région compte environ 2,7 pharmaciens par établissement.

Ci-dessous les chiffres de 2021 représentant le nombre d'officines par département. (53)

Ariège	52
Aude	138
Aveyron	109
Gard	247
Haute-Garonne	405
Gers	66
Hérault	388
Lot	65
Lozère	35
Hauts-Pyrénées	95
Pyrénées-Orientales	171
Tarn	125
Tarn et Garonne	80

Les départements les plus peuplés ont évidemment plus d'officines que dans les départements à faible densité humaine. La Haute-Garonne arrive en tête avec 405 pharmacies.

2. Présentation de l'étude

Les chiffres présentés dans cette analyse ont été transmis par la Direction Régionale du Service Médical Occitanie de l'Assurance Maladie. Sont d'abord décomptés le nombre d'actes réalisés pour chaque nouvelle mission : entretiens AVK/AOD, asthme, bilan de médication, vaccination contre la grippe et téléconsultation. A également été transmis le coût de l'ensemble de ces actes pour l'Assurance Maladie. Les résultats portent sur chaque département de la région Occitanie durant les trois dernières années : 2020, 2021 et 2022.

Cette étude amène donc des données quantitatives notamment le nombre d'actes et des données économiques, ainsi que l'expression du coût pour l'Assurance Maladie.

3. Facturation à l'Assurance Maladie

Les résultats ont été transmis par l'Assurance Maladie sous forme de codes qui permettent au pharmacien de facturer les actes effectués.

- Pour les bilans de médication, on retrouve les 3 codes actes :
 - **BMI** : Bilan de médication Initial
 - **BMS** : Bilan de médication de suivi les années suivantes sans changement de traitement
 - **BMT** : Bilan de médication de suivi les années suivantes avec changement de traitement
- Pour les entretiens asthme, on retrouve 2 codes actes :
 - **ASI** : Accompagnement initial première année
 - **ASS** : Accompagnement asthme années suivantes
- Pour les entretiens AVK :
 - **AKI** : Accompagnement initial première année
 - **AKS** : Accompagnement années suivantes
- Pour les entretiens AOD :
 - **AOI** : Accompagnement initial première année
 - **AOS** : Accompagnement années suivantes
- Pour les entretiens anticancéreux oraux au long cours :
 - **AC1** : Accompagnement initial première année
 - **AC3** : Accompagnement années suivantes
- Autres anticancéreux :
 - **AC2** : Accompagnement initial première année
 - **AC4** : Accompagnement années suivantes
- Vaccination grippe : **VGP**
- Téléconsultation : **TLM**

Un code commun existe pour tous ces actes : le code TAC. Ce code est à rentrer et à facturer lors du premier entretien avec le patient. C'est le code pour une nouvelle adhésion, fixant le début de ce nouveau parcours de soin pour le patient.

	Eligibilité des patients	1 ^{re} Année (dite de référence)	Années suivantes
AVK, AOD, asthme	Patients sous traitements chronique (durée rétrospective ou prévisionnelle de traitement d'au moins 6 mois) par AVK (listes molécules), AOD (listes molécules) ou traitements chronique par corticoïde inhalé (listes molécules)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 entretien d'évaluation - 2 entretiens thématiques <p style="text-align: right;">AKI AOI ASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2 entretiens thématiques <p style="text-align: right;">AKS AOS ASS</p>
Bilan partagé de médication	Patients âgés de 65 ans et plus et polymédiqués (5 traitements différents pour une durée rétrospective ou prévisionnelle d'au moins 6 mois)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 entretien de recueil - analyse / transmission au médecin traitant - 1 entretien de suivi - 1 entretien d'observance <p style="text-align: right;">BMI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - s'il y a changement de traitement: <ul style="list-style-type: none"> - actualisation de l'analyse - entretien de suivi - entretien d'observance - sans changement de traitement: <ul style="list-style-type: none"> - 2 entretiens d'observance <p style="text-align: right;">BMT BMS</p>
Anticancéreux oraux « Traitements anticancéreux au long cours »	Patients de 18 ans et plus sous traitements par: hormonothérapie (tamoxifène, anastrozole, letrozole, exemestane), methotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des interactions médicamenteuses - un entretien initial - 2 entretiens thématiques <p style="text-align: right;">AC1 AC2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 entretien d'observance <p style="text-align: right;">AC3</p>
Anticancéreux oraux « Autres traitements anticancéreux »	Patients de 18 ans et plus traités par un anticancéreux (autres molécules des classes ATC L01 et L02 administrés par voie orale)	<ul style="list-style-type: none"> - un entretien initial - 2 entretiens thématiques <p style="text-align: right;">AC1 AC2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2 entretiens thématiques <p style="text-align: right;">AC4</p>

Tableau issu de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie en 2022³⁸

Pour facturer un code, il faut avoir réalisé le cycle complet des entretiens demandés pour la première année et les années suivantes. Ainsi, pour facturer un code d'initiation, il faut donc avoir réalisé l'entretien d'évaluation, de recueil et les deux entretiens thématiques la première année. Pour facturer un code de suivi les années suivantes, il faut réaliser les deux entretiens thématiques demandés. De plus, les justificatifs des accompagnements effectués doivent être conservés.

Enfin, depuis le 1^{er} octobre 2022 les entretiens AVK, AOD, asthme sont désormais pris en charge par l'AM à 70% et non plus à 100%. Ceux relatifs aux anticancéreux restent pris en charge à 100%.

³⁸ Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie - Légifrance

4. Analyse quantitative

4.1. Entretiens AVK

La première année d'accompagnement « AKI » comporte un entretien d'initiation et deux entretiens thématiques. Les années suivantes « AKS » doivent comporter 2 entretiens thématiques.

<i>Nombre d'actes</i> Départements	AKI			Total général
	2020	2021	2022	
Ariège	2	23	4	29
Aude	34	5	2	41
Aveyron	31	25	2	58
Gard	28	9	0	37
Gers	8	2	0	10
Haute-Garonne	19	20	11	50
Hautes-Pyrénées	2	1	1	4
Hérault	63	19	1	83
Lot	0	4	2	6
Lozère	1	8	0	9
Pyrénées-Orientales	35	12	7	54
Tarn	48	8	29	85
Tarn-et-Garonne	0	0	2	2
Total général	271	136	61	468

Les séquences d'accompagnement la première année « AKI » reflètent l'engagement des pharmacies et la mise en place des nouvelles missions d'accompagnement des patients chroniques sous AVK.

Sur ces trois dernières années, nous pouvons observer une diminution de 77% de la réalisation de ces entretiens d'initiation. Le total des trois dernières années tous départements confondus s'élève à 468 entretiens réalisés.

Seule la Haute-Garonne parvient à garder un taux d'entretien régulier sur les trois dernières années, bien que ce taux soit bas si l'on compare ces chiffres aux 405 officines du département. En supposant que ces entretiens aient tous été réalisés dans des pharmacies différentes, cela représente 4,6% des officines en 2020, 4,9% en 2021 et 2,7% en 2022. Dans

le département le plus peuplé et doté du plus grand nombre d'officines de la région, ces chiffres sont assez peu élevés.

Nombre d'actes Départements	AKS			Total général
	2020	2021	2022	
Ariège	5	1	7	13
Aude	32	27	10	69
Aveyron	98	41	0	139
Gard	187	26	2	215
Gers	81	28	2	111
Haute-Garonne	70	24	3	97
Hautes-Pyrénées	0	0	0	0
Hérault	60	42	0	102
Lot	0	0	0	0
Lozère	21	31	4	56
Pyrénées-Orientales	118	14	5	137
Tarn	62	13	20	95
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0
Total général	734	247	53	1 034

Pour 2021 et 2022, le nombre de séquences d'accompagnement années suivantes est inférieur aux nombres de séquences d'initiation de l'année précédente, ce qui reflète une discontinuité dans la prise en charge. On peut d'ailleurs noter une baisse générale de 92% entre 2020 et 2022.

L'Assurance Maladie comptabilise environ 17300 hospitalisations liées à un accident iatrogène en France chaque année pour environ un million de patients sous AVK (54). Si une moyenne est faite du nombre de patients sous AVK par région, nous pourrions avoir 76 923 entretiens potentiellement réalisables et 1330 hospitalisations évitables par région. Sur les 3 dernières années, 1502 entretiens (AKI+AKS) ont été réalisés en Occitanie, ce qui représente à peine 2% de ce qui pourrait potentiellement être fait.

De plus, si l'on compare le total de ces entretiens de suivi au nombre d'officines total dans la région (1034 vs 1965) nous pouvons constater que, sur trois ans, il n'y a même pas un entretien réalisé par pharmacie.

À la vue de la baisse des séquences d'accompagnement de 1^{ère} année mais aussi des années suivantes, on peut se demander pourquoi l'adhésion à cet entretien ainsi que son suivi sont si faibles. Pourquoi les pharmaciens ne montrent pas plus d'intérêt à réaliser ces bilans ? La pandémie de la COVID-19 dès l'année 2020 peut-elle responsable de tels résultats ?

4.2. Entretiens AOD

Nombre d'actes Départements	AOI			Total général
	2020	2021	2022	
Ariège	12	63	7	82
Aude	74	62	21	157
Aveyron	138	96	27	261
Gard	87	57	6	150
Gers	52	9	2	63
Haute-Garonne	41	66	58	165
Hautes-Pyrénées	22	10	4	36
Hérault	136	34	12	182
Lot	26	22	8	56
Lozère	2	13	8	23
Pyrénées-Orientales	45	33	33	111
Tarn	113	102	104	319
Tarn-et-Garonne	2	11	4	17
Total général	750	578	294	1 622

Les entretiens AOD ont une évolution similaire à celle des entretiens AVK : un total assez élevé en 2020, puis une chute progressive en 2 ans, de près de 60%.

Mais contrairement aux entretiens AVK, les entretiens d'initiation AOD sont plus nombreux au départ (en 2020 : 750 vs 271). Cela peut être expliqué par le repositionnement par la HAS en 2018, des AOD en première intention au même titre que les AVK dans la fibrillation auriculaire. Mais depuis la même année, le Previscan (AVK) est contre-indiqué en primo-prescription comme anticoagulant. Les AOD auraient donc un taux de prescription en augmentation depuis cette période. (55)

La Haute-Garonne, les Pyrénées-Orientales et le Tarn parviennent à garder un taux stable d'entretiens, alors que dans les autres départements, ce taux fluctue beaucoup plus d'année

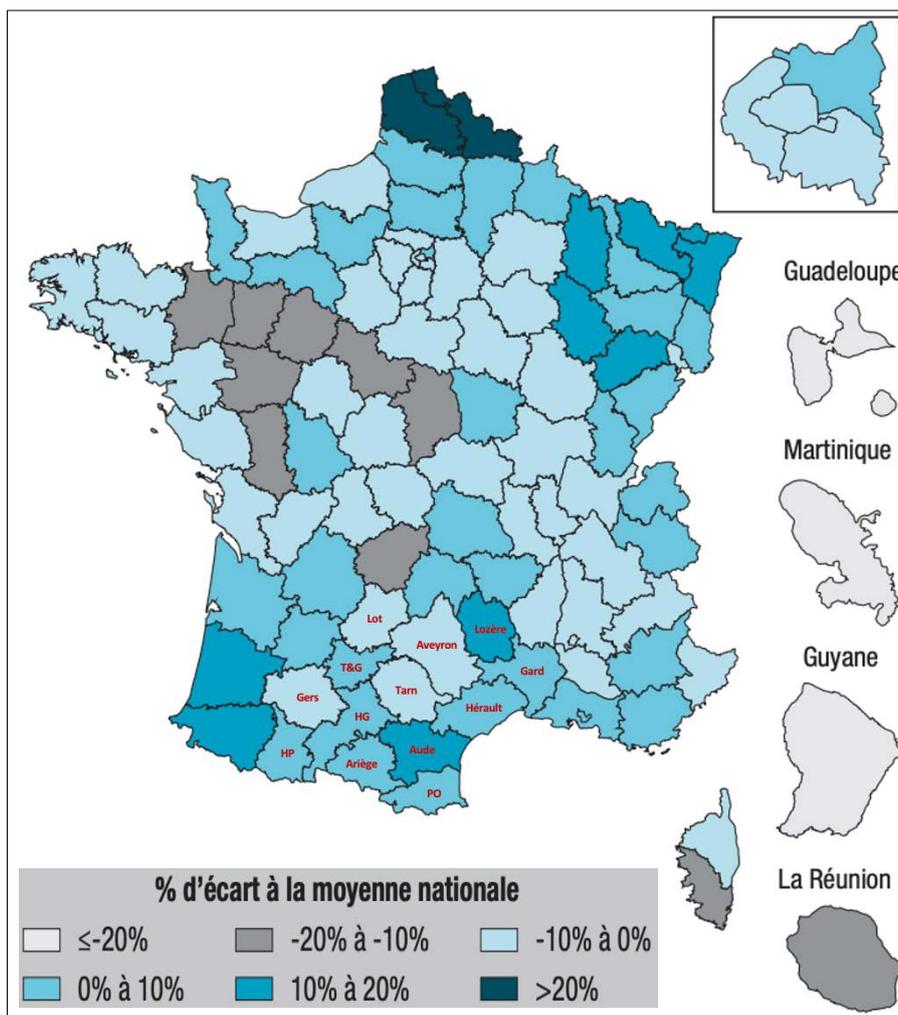
en année. D'autres départements comme l'Aveyron et l'Hérault connaissent un très bon départ en 2020, - les deux meilleurs de la région, mais voient le nombre de bilans chuter de 80% dans l'Aveyron et même de 91% dans l'Hérault.

Toutefois, selon le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) paru en le 7 avril 2021, chaque année en France, plus de 220.000 nouveaux patients atteints de fibrillation atriale sont traités par anticoagulants oraux, en prévention du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). En 2018, ce sont 225 747 nouvelles personnes, soit un taux de 410 pour 100 000 après standardisation sur l'âge qui ont nouvellement été traitées sous AOD. (56)

Au niveau de la population de l'Occitanie, cela représenterait environ 24 600 patients et nous pouvons considérer que ce chiffre reste sensiblement le même les années suivantes. Le nombre d'entretiens d'initiation AOI réalisés chaque année est bien trop inférieur à ce qui pourrait être réalisé.

<i>Nombre d'actes</i> Départements	AOS			Total général
	2020	2021	2022	
Ariège	13	2	13	28
Aude	41	56	31	128
Aveyron	108	89	27	224
Gard	162	99	22	283
Gers	75	38	3	116
Haute-Garonne	101	145	51	297
Hauts-Pyrénées	10	0	0	10
Hérault	85	43	1	129
Lot	3	4	7	14
Lozère	21	37	0	58
Pyrénées-Orientales	5	11	15	31
Tarn	77	21	81	179
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0
Total général	701	545	251	1 497

Comme pour les AVK, en 2021 et 2022, les séquences d'accompagnement les années suivantes sont inférieures aux séquences d'initiation de l'année précédente. Nous constatons donc une perte de suivi de manière générale avec une baisse de 64% entre 2020 et 2022.



Taux (standardisés sur l'âge) départementaux de patients nouvellement traités par anticoagulant oral pour une fibrillation atriale (FA), 2018 (56)

De plus, toujours selon le BEH, l'Aude et la Lozère ont un taux de patients sous AOD entre 10 et 20 % supérieur à la moyenne nationale et 7 autres départements (Tarn-et-Garonne, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Ariège, Pyrénées-Orientales, Hérault et Gard) ont un taux compris entre 0 et 10 % supérieur à la moyenne nationale. 9 départements sur 13 sont donc au-dessus de la moyenne nationale. Les entretiens devraient donc être plus développés dans ces 9 départements qui représentent 70 % de l'ensemble des départements de l'Occitanie.

Cependant 40 % de l'ensemble des entretiens (AOI+AOS) sur les trois dernières années ont été réalisés dans les 4 départements dont le taux de patients sous AOD est inférieur au plus, à 10 % de la moyenne nationale (Lot, Aveyron, Tarn et Gers).

Au vu de ces résultats « déséquilibrés », des campagnes pourraient être réalisées dans les départements d'Occitanie et plus généralement de France où la population est la plus traitée par AOD. Certains départements pourraient être ciblés de manière plus précise pour que la réalisation de ces entretiens soit optimisée.

4.3. Entretiens « asthme »

La première année d'accompagnement « ASI » comporte un entretien d'initiation et deux entretiens thématiques. Les années suivantes « ASS » doivent comporter 2 entretiens thématiques.

<i>Nombre d'actes</i>	ASI			Total général
Départements	2020	2021	2022	
Ariège	1	11	27	39
Aude	38	31	46	115
Aveyron	39	40	34	113
Gard	24	67	35	126
Gers	15	10	3	28
Haute-Garonne	21	54	124	199
Hautes-Pyrénées	8	0	6	14
Hérault	18	83	11	112
Lot	2	3	2	7
Lozère	0	0	100	100
Pyrénées-Orientales	5	7	6	18
Tarn	45	29	53	127
Tarn-et-Garonne	0	0	2	2
Total général	216	335	449	1 000

Les séquences d'accompagnement pour la première année ont fortement progressé entre 2020 et 2022, elles sont multipliées par deux. En revanche, les résultats restent insuffisants par rapport au nombre de patients asthmatiques qui pourraient bénéficier de ces entretiens. En effet, on compte 425 186 patients atteints en Occitanie, dont 11 176 avec un asthme sévère (57). Ces chiffres sont bien inférieurs à la prévalence de l'asthme chez les patients occitans. En ne considérant que les patients avec un asthme sévère sous traitement, un grand nombre d'entretiens d'initiation pourraient être réalisés.

La Lozère est le département proposant la plus importante progression, passant de 0 à 100 entretiens entre 2021 et 2022. Une campagne particulière a-t-elle été réalisée dans les pharmacies de ce département pour les sensibiliser à ce type d'entretien ? Est-ce une seule pharmacie qui a développé ces entretiens en 2022 ? Ou bien pourrait-ce être une erreur de codage de la part des pharmacies ou de l'Assurance Maladie ?

<i>Nombre d'actes</i>	ASS			Total général
Départements	2020	2021	2022	
Ariège	0	1	70	71
Aude	15	3	64	82
Aveyron	45	13	45	103
Gard	46	46	15	107
Gers	37	15	69	121
Haute-Garonne	19	73	22	114
Hauts-Pyrénées	4	0	0	4
Hérault	13	27	0	40
Lot	0	1	3	4
Lozère	5	19	0	24
Pyrénées-Orientales	1	4	8	13
Tarn	7	5	48	60
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0
Total général	192	207	344	743

Les Hautes-Pyrénées, le Lot et le Tarn-et-Garonne sont les trois départements affichant les nombres d'entretiens de suivi les plus faibles sur les trois dernières années, chiffres qui coïncident cependant avec le peu d'entretiens d'initiation réalisés les années précédentes. Il n'y a donc que très peu de perte de suivi.

En revanche, dans l'Hérault par exemple, nous ne retrouvons aucun entretien de suivi réalisé en 2022 alors que 83 entretiens d'initiation avaient été conduits en 2021.

Pour les entretiens « asthmes » la proportion de patients touchés devrait être plus importante que pour les entretiens AVK ou AOD. En effet, là où les anticoagulants sont prescrits chez une population d'âge moyen de 73 ans et assez cantonnés à cette tranche d'âge, l'asthme, quant à lui touche des personnes de tout âge, avec une moyenne des patients touchés à 37 ans (54). La réalisation d'entretien asthme devrait donc être facilitée, avec une population plus jeune et permettrait de prévenir les complications dès le plus jeune âge. De plus, une mise en place précoce permettrait un suivi des patients asthmatiques sur un très long terme, avec des entretiens pouvant s'adapter à chaque période de la vie. Les pharmaciens pourraient jouer un rôle d'éducation thérapeutique très important et pérenne, mettre en place un réel accompagnement.

4.4. Bilans partagés de médication

<i>Nombre d'actes</i> Départements	BMI			Total général
	2020	2021	2022	
Ariège	35	49	36	120
Aude	77	77	18	172
Aveyron	98	34	76	208
Gard	148	28	24	200
Gers	17	10	2	29
Haute-Garonne	218	158	49	425
Hautes-Pyrénées	9	1	1	11
Hérault	142	344	96	582
Lot	7	46	16	69
Lozère	0	0	121	121
Pyrénées-Orientales	94	62	140	296
Tarn	251	110	133	494
Tarn-et-Garonne	24	30	7	61
Total général	1 120	949	719	2 788

L'initiation des bilans de médication (comportant trois entretiens différents) diminue depuis 2020 avec une baisse de 35% en deux ans.

En Occitanie a été lancé par le REIPO (Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine), le projet BIMEDOC (Bilan de MEDication en Occitanie) entre 2017 et 2020, financé par le CHU de Toulouse, pour développer les bilans dans la région. Si ce programme a eu, à ses débuts, un réel effet d'entraînement, on constate cependant qu'au fil du temps, les bilans diminuent.

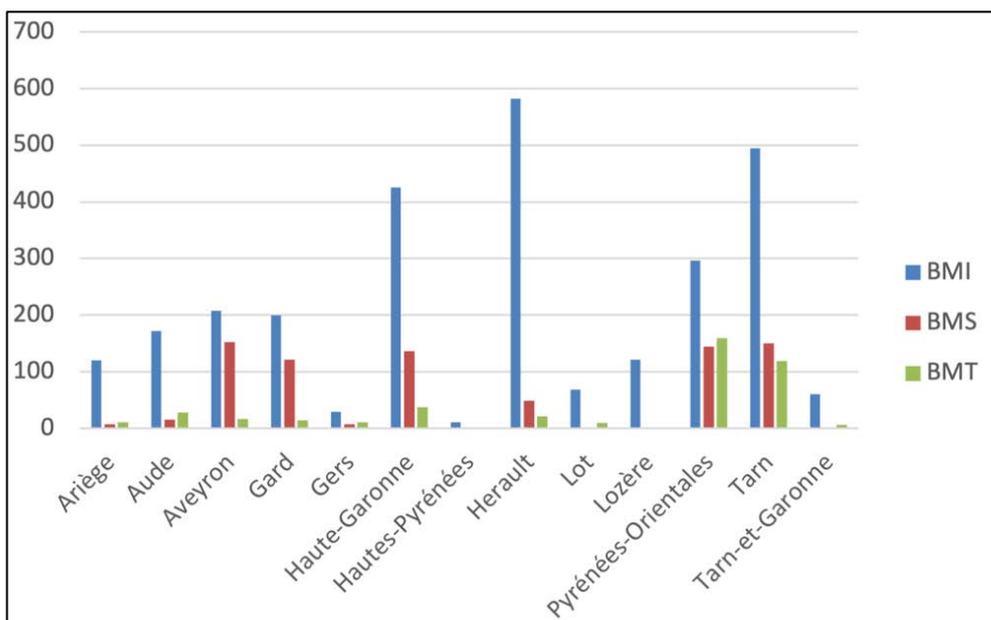
En 2022, le rapport du nombre de bilans BMI initiés par rapport au nombre de pharmacies sur la région nous donne un résultat de 0,4 bilans par pharmacie en un an. C'est extrêmement faible quand on compare cette donnée au nombre de patients de plus de 65 ans, polymédiqués par officine. Selon l'étude de France Assos Santé menée en 2018, parmi l'ensemble des patients de plus de 65 ans, 53% d'entre eux seraient polymédiqués avec au moins 5 médicaments ce qui représente 700 000 patients en Occitanie. Divisé par le nombre de pharmacies de la région, environ 356 patients par officine seraient éligibles au BPM.

Nombre d'actes Départements	2020		2021		2022		Total général
	BMS	BMT	BMS	BMT	BMS	BMT	
Ariège	1	7	0	0	7	4	19
Aude	8	17	5	5	3	6	44
Aveyron	96	10	35	2	22	5	170
Gard	72	0	41	8	8	6	135
Gers	4	6	3	5	0	0	18
Haute-Garonne	67	25	62	8	8	4	174
Hautes-Pyrénées	0	0	0	0	0	0	0
Hérault	29	2	12	4	8	15	70
Lot	0	0	0	0	0	10	10
Lozère	0	0	0	0	0	0	0
Pyrénées-Orientales	67	1	2	63	76	95	304
Tarn	105	71	20	23	25	25	269
Tarn-et-Garonne	2	5	0	1	0	0	8
Total général	451	144	180	119	157	170	1 221

Les résultats concernant les bilans de médication de suivi « années suivantes » sont également en baisse et bien inférieurs aux bilans de médication d'initiation la première année. Nous constatons donc une perte de suivi.

Cette baisse est très importante en Haute-Garonne où le total des bilans entre 2020 et 2022 est sept fois moins élevé. Seules les Pyrénées-Orientales ont réussi à conserver une stabilité de suivi entre 2020 et 2022. Trois départements (Hautes-Pyrénées, Lozère et Tarn-et-Garonne) ne dépassent pas la barre des 10 entretiens sur les trois dernières années ce qui est assez peu quand on voit que plusieurs entretiens d'initiation avaient été effectués les années précédentes.

Une étude plus approfondie au sein de certains départements pourrait être intéressante pour mieux comprendre ces résultats, leurs variations et leurs disparités.



Ce graphique résume bien la tendance des bilans de médication en Occitanie sur les trois dernières années. Tout d’abord nous pouvons voir que les entretiens d’initiation sont majoritaires vis-à-vis des entretiens de suivi. Cela reflète donc l’envie des pharmaciens d’initier cette mission mais aussi la difficulté de la rendre pérenne au travers des suivis des patients. Ce graphique reflète aussi l’écart entre les départements avec l’Hérault, le Tarn et la Haute-Garonne en tête dans le lancement de ces entretiens.

4.5. Entretiens « anticancéreux »

En juillet 2018, l’ARS Occitanie publiait son Projet Régional de Santé (PRS) dans lequel les pharmaciens apparaissaient déjà comme acteurs de prévention. Depuis fin 2020, les pharmaciens peuvent enfin réaliser des entretiens pharmaceutiques avec des patients sous anticancéreux oraux, leur permettant d’exercer une double action en matière de prévention et d’accompagnement personnalisé.

Selon le Schéma Régional de Santé détaillé dans le PRS, chaque année, 30.000 nouveaux cas de cancers sont recensés en Occitanie, dont 600 chez des personnes de moins de 25 ans. (58) Dans ce contexte, le rôle des pharmaciens dans la prise en charge de ces patients est très important.

4.5.1. Facturation

Il convient de facturer des codes différents en fonction de la molécule utilisée par le patient :

- AC 1 et AC3 pour les traitements par voie orale au long cours et hormonothérapie ;
- AC2 et AC4 pour les autres anticancéreux.

Mais par souci de clarté et de simplification, nous étudierons dans un premier temps les entretiens d'initiations (AC1 et AC2) puis les entretiens de suivi les années suivantes (AC3 et AC4).(46)

Nombre d'actes Départements	2021			2022		
	AC1	AC2	Total	AC1	AC2	Total
Ariège	1	0	1	0	0	0
Aude	4	2	6	8	2	10
Aveyron	5	9	14	3	6	9
Gard	1	1	2	5	4	9
Gers	2	0	2	1	1	2
Haute-Garonne	25	18	43	32	32	64
Hauts-Pyrénées	0	0	0	1	0	1
Hérault	6	5	11	107	11	118
Lot	5	0	5	6	0	6
Lozère	0	0	0	8	0	8
Pyrénées-Orientales	4	0	4	10	0	10
Tarn	14	1	15	24	7	31
Tarn-et-Garonne	1	0	1	0	0	0
Total général	68	36	104	205	63	268

En examinant les codes de facturation AC1 et AC2, de grandes disparités apparaissent. En 2021, seuls quatre départements ont réalisé plus 10 séquences d'accompagnement 1^{ère} année : l'Aveyron, l'Hérault, le Tarn et la Haute-Garonne en tête avec 43 entretiens d'initiation.

L'année suivante, trois de ces quatre départements ont maintenu leur niveau de plus de dix séquences, auxquels s'ajoutent l'Aude et les Pyrénées-Orientales, portant ainsi le nombre total de séquences d'accompagnement 1^{ère} année dans la région à 268 en 2022, soit le double de celui de l'année précédente. Alors que la Haute-Garonne a connu la variation la moins importante sur deux ans, l'Hérault a connu une augmentation considérable entre 2021 et 2022, passant de 11 à 118 séquences.

Bien que ces bilans soient encore relativement nouveaux, leur augmentation est encourageante et témoigne de la motivation des pharmaciens à les mettre en place. Ces

entretiens sont considérés comme les plus complexes, car les traitements anticancéreux par voie orale sont récents, les molécules nouvelles et leurs mécanismes complexes, impactant l'ensemble de l'organisme. Les effets secondaires sont nombreux et le pharmacien doit être bien formé et informé pour être en mesure de fournir un accompagnement adéquat au patient.

Nombre d'actes Étiquettes de lignes	2021			2022		
	AC3	AC4	Total	AC3	AC4	Total
Ariège	0	0	0	0	0	0
Aude	0	0	0	3	0	3
Aveyron	0	0	0	0	1	1
Gard	0	0	0	0	4	4
Gers	0	1	1	0	0	0
Haute-Garonne	1	1	2	16	10	26
Hauts-Pyrénées	0	0	0	0	0	0
Hérault	0	0	0	0	0	0
Lot	0	0	0	2	0	2
Lozère	0	0	0	2	0	2
Pyrénées-Orientales	0	0	0	0	84	84
Tarn	0	0	0	1	11	12
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	0	0
Total général	1	2	3	24	110	134

Les codes de facturation AC3 et AC4 font référence aux séquences d'accompagnement qui ont lieu les années suivant la mise en place initiale. En 2021, ces séquences de suivi ont été peu nombreuses, car elles se sont basées sur les séquences réalisées au cours des premiers mois de la mise en place. Il y en a eu deux en Haute Garonne et une dans le Gers. En revanche, en 2022, le nombre d'entretiens de suivi en Occitanie a considérablement augmenté, avec un total de 134. Bien que ce soit une belle progression par rapport à l'année précédente, certains départements n'en ont pas encore réalisé. Les Pyrénées-Orientales ont obtenu le meilleur résultat en 2022, avec 84 séquences de suivi réalisées.

Dans le cadre de ces entretiens, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales se démarquent des autres départements en obtenant les résultats les plus élevés en ce qui concerne les entretiens « premières années » et les entretiens « années suivantes ». Or, dans un rapport publié par

Santé Publique France sur les estimations régionales et départementales d'incidences et de mortalité par cancer entre 2007 et 2016 en Occitanie, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales étaient cités comme faisant face à une sur-incidence des cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac (œsophage, estomac, foie, lèvre-bouche-pharynx). (59)

Cela pourrait donc expliquer que ces entretiens soient plus développés dans ces deux départements.

4.6. Téléconsultation

Nombre d'actes Départements	Téléconsultation			Total général
	2020	2021	2022	
Ariège	4	265	911	1 180
Aude	8	319	1 525	1 852
Aveyron	7	266	2 170	2 443
Gard	627	4 349	11 584	16 560
Gers	2	82	399	483
Haute-Garonne	45	727	4 502	5 274
Hauts-Pyrénées	101	365	2 384	2 850
Hérault	34	375	3 528	3 937
Lot	3	15	217	235
Lozère	0	51	185	236
Pyrénées-Orientales	3	730	3 022	3 755
Tarn	15	699	4 631	5 345
Tarn-et-Garonne	6	287	1 200	1 493
Occitanie	855	8 530	36 258	45 643

Départements	Pourcentage d'évolution		
	2020 vs 2021	2021 vs 2022	2020 vs 2022
Ariège	6525%	244%	22675%
Aude	3888%	378%	18963%
Aveyron	3700%	716%	30900%
Gard	594%	166%	1748%
Gers	4000%	387%	19850%
Haute-Garonne	1516%	519%	9904%
Hauts-Pyrénées	261%	553%	2260%
Hérault	1003%	841%	10276%
Lot	400%	1347%	7133%
Lozère	5100%	263%	18500%
Pyrénées-Orientales	24233%	314%	100633%
Tarn	4560%	563%	30773%
Tarn-et-Garonne	4683%	318%	19900%
Occitanie	898%	325%	4141%

Les résultats de l'analyse du pourcentage d'évolution des actes de téléconsultation d'année en année sont assez parlants. Entre 2020 et 2021, l'augmentation du nombre d'acte est impressionnante, quel que soit le département. Cela est principalement dû au Covid. En effet, pour la semaine du 30 mars 2020 au début du confinement seulement, l'Assurance Maladie a comptabilisé un million de téléconsultations en cabine ou bien en visio-appel avec un médecin. (60)

Bien que représentant différents types de téléconsultation, ce chiffre est significatif car il reflète l'acceptation par les patients et par les médecins de cette nouvelle forme de consultation. Les bornes de téléconsultation en officine ont un avantage considérable car le patient est assisté par un autre professionnel de la santé et dispose d'outils de diagnostic plus précis qu'un simple appel vidéo.

L'augmentation est d'ailleurs moindre entre 2021 et 2022 bien que l'évolution soit supérieure à 100 % dans chaque département.

Le Gard est quant à lui le département ayant réalisé le plus de téléconsultations en 2022 : 11 584 codes-acte facturés.

Cependant, si l'on calcule le nombre moyen de téléconsultations par jour en Haute-Garonne pour l'année 2022, nous n'en comptons que 14 en moyenne, sur une base de six jours d'ouverture hebdomadaire pour les pharmacies. Pour l'ensemble de l'Occitanie, on dénombre seulement 115 téléconsultations en officine par jour. Même si les taux de croissance sont élevés, les chiffres restent relativement faibles, ce qui montre un potentiel énorme de croissance et de développement pour ces bornes de téléconsultation en officine, surtout dans les départements sous-dotés en médecins.

4.7. Vaccination contre la grippe

Les résultats de la campagne de vaccination antigrippale pour l'année 2022 ne sont pas complets, car elle s'est déroulée du 18 octobre 2022 au 31 mars 2023 et les chiffres transmis pour cette étude s'arrêtent au 31/12/2022.

4.7.1. Facturation et prise en charge

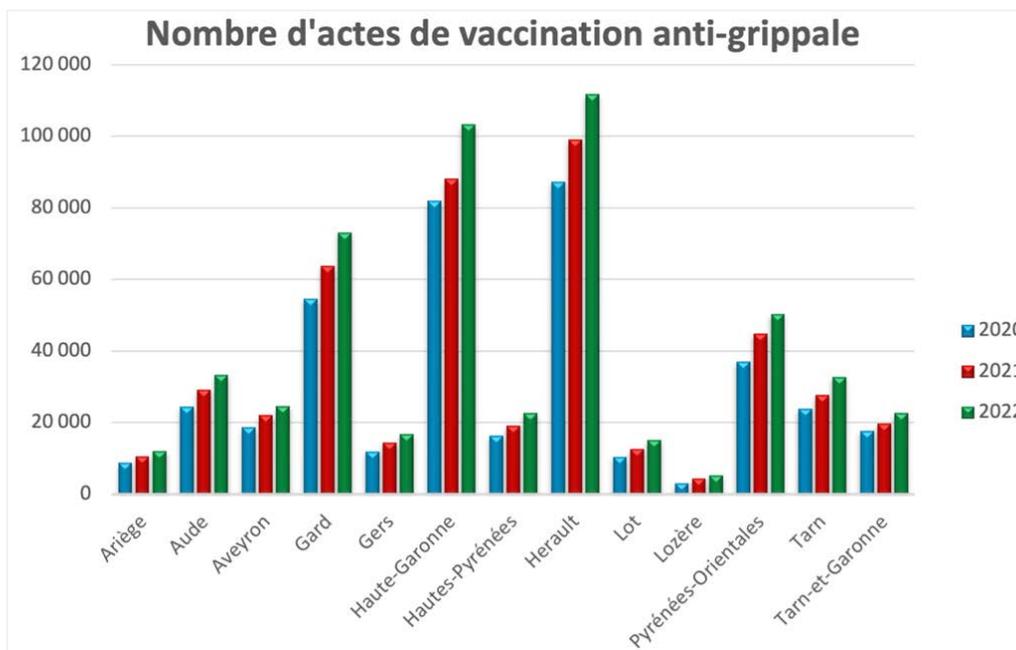
La prise en charge par l'Assurance Maladie varie selon les patients :

- Elle est de 100 % pour les patients avec un bon de prise en charge et une ALD.
- Elle est de 70 % pour les autres patients éligibles, présentant le bon de vaccination.
- Il n'y a pas de prise en charge (ni sur le vaccin, ni sur l'acte de vaccination) pour le reste de la population qui n'est pas prioritaire.

L'honoraire de vaccination était de 6,30 € jusqu'au 6 novembre 2022 et est passé à 7,50 € le 7 novembre 2022 suite à la revalorisation de l'honoraire après la signature de la convention.

Les chiffres communiqués ici ne concernent pas l'ensemble de la population mais uniquement les personnes éligibles à une prise en charge par l'Assurance Maladie. En prenant en compte le changement d'honoraire de vaccination, la prise en charge moyenne par personne est d'environ 6,90 €.

Nombre d'acte Département	2020	2021	2022	2021 VS 2020	2022 VS 2021
Ariège	9 086	10 853	12 257	19%	13%
Aude	24 652	29 462	33 552	20%	14%
Aveyron	18 884	22 262	24 775	18%	11%
Gard	54 783	63 971	73 266	17%	15%
Gers	12 193	14 585	16 944	20%	16%
Haute-Garonne	82 063	88 308	103 535	8%	17%
Hautes-Pyrénées	16 568	19 411	22 838	17%	18%
Hérault	87 400	99 171	111 839	13%	13%
Lot	10 721	12 895	15 398	20%	19%
Lozère	3 255	4 613	5 514	42%	20%
Pyrénées-Orientales	37 220	45 055	50 511	21%	12%
Tarn	24 143	27 955	32 899	16%	18%
Tarn-et-Garonne	17 936	19 932	22 902	11%	15%
Total général	398 904	458 473	526 230	15%	15%
% moyen				18%	15%



Comme nous pouvons le voir avec ce graphique, dans tous les départements, le nombre de personnes vaccinées a augmenté depuis 2020, bien que certains départements aient connu une augmentation plus importante que d'autres. En moyenne, on constate une évolution de 18 % entre 2021 et 2020, et de 15 % entre 2022 et 2021, même si la campagne de vaccination n'est pas encore terminée.

La Lozère, département le moins peuplé de France avec environ 77.000 habitants, présente un taux de vaccination de 7,2 %. La Haute-Garonne, département le plus peuplé d'Occitanie avec 1.415.000 habitants, connaît un taux de vaccination similaire à celui de la Lozère avec 7,3 %.

Au 1er janvier 2022, l'Occitanie et ses 6 053 000 habitants, comptait un taux de vaccination de 8,7 %. On peut donc penser que « l'enthousiasme » pour la vaccination est le même à peu près partout. Cela peut s'expliquer en partie grâce à la Covid-19 qui a pu renforcer l'envie de se faire vacciner contre la grippe chez certains patients. La possibilité de recevoir une double vaccination grippe/covid a également pu contribuer à cette augmentation au fil des années.

Mais afin d'aborder des résultats encore plus parlants, intéressons-nous à la couverture vaccinale de la population éligible à la fois régionale et nationale.

Couverture vaccinale Occitanie : (61)

2019 - 2020 : 47,7 %

2020 - 2021 : 56,1 %

2021 - 2022 : 52,4 %

Couverture vaccinale France pour les personnes éligibles : (62)

2019 - 2020 : 47,8 %

2020 - 2021 : 55,8 %

2021 - 2022 : 52,6 %

Bien que l'OMS recommande une couverture vaccinale de 75% chez les personnes à risque, la France et l'Occitanie ont atteint une couverture de 52% l'année dernière ce qui est encourageant mais encore insuffisant.

Cependant, il convient de noter une augmentation d'environ 10 points entre les campagnes de vaccination 2019 - 2020 et 2020 - 2021 due en grande partie à la pandémie de Covid-19 et à la double vaccination recommandée pour les personnes à risque.

Il est également à noter qu'au cours de la première année de généralisation de la vaccination antigrippale dans les pharmacies d'officines, un quart des vaccinés l'ont été par leur pharmacien. C'est un début très prometteur qui témoigne de la confiance que les patients accordent à leur pharmacien. (63)

5. Estimation de l'impact des nouvelles missions en termes économiques

Après avoir évalué la partie quantitative des nouvelles missions en Occitanie, intéressons-nous au coût que cela engendre pour l'Assurance Maladie.

5.1. Entretiens AVK, AOD et Bilans de partagés de médication

Un des principaux objectifs de la mise en place des entretiens pharmaceutiques et des bilans de médication reste la diminution du risque iatrogène. En effet la multiplication de médicaments sur une ordonnance ou le mésusage de ces derniers peut entraîner des effets indésirables graves qui peuvent entraîner une hospitalisation coûteuse. Une comparaison du coût pour l'Assurance Maladie d'une hospitalisation pour iatrogénie et de l'ensemble des entretiens et bilans à l'officine peut être intéressante.

Somme de Montants en €	2020		2021		2022		Total général
	AOI	AOS	AOI	AOS	AOI	AOS	
Ariège	599	389	3 134	60	346	385	4 910
Aude	3 689	1 227	3 080	1 668	1 043	385	11 091
Aveyron	6 870	3 210	4 767	2 653	1 349	805	19 653
Gard	4 319	4 829	2 824	2 938	299	652	15 860
Gers	2 587	2 228	447	1 131	100	89	6 580
Haute-Garonne	2 041	3 008	3 273	4 298	2 879	1 511	17 009
Hautes-Pyrénées	1 094	298	495	0	198	0	2 084
Hérault	6 781	2 535	1 686	1 268	598	30	12 896
Lot	1 294	89	1 090	120	397	208	3 197
Lozère	100	626	645	1 094	397	0	2 861
Pyrénées-Orientales	2 241	121	1 640	329	1 642	445	6 417
Tarn	5 627	2 300	5 076	625	5 162	2 401	21 190
Tarn-et-Garonne	100	0	545	0	198	0	843
Total général	37 336	20 857	28 698	16 182	14 607	6 910	124 590
	58 193		44 880		21 517		

Somme de Montants en €	2020		2021		2022		Total général
	AKI	AKS	AKI	AKS	AKI	AKS	
Ariège	99	150	1 144	30	199	207	1 827
Aude	1 693	958	248	800	100	296	4 094
Aveyron	1 543	2 921	1 197	1 223	100	0	6 983
Gard	1 287	5 580	188	772	0	59	7 886
Gers	398	2 417	99	833	0	60	3 806
Haute-Garonne	948	2 089	994	709	547	89	5 375
Hautes-Pyrénées	100	0	50	0	50	0	199
Hérault	3 140	1 793	946	1 240	50	0	7 169
Lot	0	0	199	0	100	0	299
Lozère	50	630	396	917	0	120	2 112
Pyrénées-Orientales	1 742	3 513	596	415	348	148	6 761
Tarn	2 393	1 852	397	385	1 443	596	7 065
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0	50	0	50
Total général	13 392	21 901	6 451	7 322	2 985	1 574	53 625
	35 293		13 773		4 559		

Somme de Montants en €	2020			2021			2022			Total général
	BMI	BMS	BMT	BMI	BMS	BMT	BMI	BMS	BMT	
Ariège	2 037	20	210	2 902	0	0	2 082	137	119	7 506
Aude	4 610	159	508	4 595	100	148	1 073	60	179	11 430
Aveyron	5 863	1 907	298	2 029	692	60	4 213	356	150	15 568
Gard	8 859	1 427	0	1 620	805	238	1 434	158	179	14 719
Gers	1 017	79	180	596	59	149	120	0	0	2 198
Haute-Garonne	12 932	1 330	747	9 415	1 213	238	2 911	152	120	29 056
Hautes-Pyrénées	502	0	0	60	0	0	60	0	0	621
Hérault	8 508	578	60	20 539	236	119	5 656	110	405	36 209
Lot	419	0	0	2 743	0	0	952	0	298	4 412
Lozère	0	0	0	0	0	0	6 292	0	0	6 292
Pyrénées-Orientales	5 606	1 325	30	3 694	40	1 884	8 320	1 497	2 819	25 214
Tarn	14 938	2 079	2 106	6 570	396	689	7 844	413	722	35 756
Tarn-et-Garonne	1 439	40	150	1 796	0	30	399	0	0	3 853
Total général	66 727	8 942	4 288	56 556	3 539	3 554	41 355	2 883	4 990	192 834
	79 957			63 649			49 228			

Selon l'étude de France Assos Santé menée en 2018, parmi l'ensemble des patients de plus de 65 ans, 53% d'entre eux sont polymédiqués avec au moins 5 médicaments. (64)

A l'échelle de la région Occitanie, la population des plus de 65 ans représente 1 320 000 personnes, soit près de 700 000 potentiels patients polymédiqués éligibles à un bilan de médication.

Le rapport *Bégaud - Costagliola* paru en 2013 estime à 10 milliards d'euros par an, le coût des conséquences d'une prévalence élevée des prescriptions et des utilisations non conformes du médicament. Parmi ces 10 milliards, l'hospitalisation pour accident iatrogène est estimée à 1 milliard d'euros.³⁹

Au niveau de l'Occitanie, le total des dépenses pour l'Assurance Maladie sur les trois dernières années pour l'ensemble des entretiens AVK, AOD et des bilans de médication, est de 371 049 euros. Ce coût représente 8 630 actes (BPM, AVK et AOD tout confondus), sans même considérer que certains patients peuvent être concernés par plusieurs codes-actes.

Nous considérons donc ici qu'un code acte correspond à un seul patient. Les chiffres sont donc surévalués.

Si nous divisons ce coût par le nombre d'actes tous confondus sur 3 ans, nous arrivons à une moyenne par acte de 42,99 euros.

Ce coût moyen, ramené aux 700 000 patients occitans de plus de 65 ans, s'élève à 30 093 000 d'euros. Ces 30 millions d'euros représentent ce que seraient les dépenses pour l'Assurance Maladie, si chaque patient de plus de 65 réalisait au moins un des actes en Occitanie en une année.

Extrapolons ce chiffre régional à un chiffre national englobant les 13 régions de France et nous arrivons à 391 209 000 d'euros, somme représentant le coût pour l'Assurance Maladie si tous les Français de plus de 65 ans réalisait un entretien d'accompagnement sur une année. Cette dépense en prévention, comparée à la dépense du milliard d'euros annoncée par le rapport *Bégaud - Costagliola*, nous montre bien l'économie considérable qui pourrait être faite si toutes ces missions étaient mises en place.

³⁹ Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. Bégaud B, Costagliola D.

De plus, le rapport élargit les dépenses à 10 milliards d'euros en prenant en compte « les remboursements non justifiés de médicaments, les consultations et actes biologiques que ces prescriptions non-conformes induisent mais surtout les coûts induits par les maladies mal ou non prises en charge ou non prévenues ».

Ce coût élargi par région, et donc en Occitanie, serait de 769 000 000 d'euros par an, ce qui, comparé aux 30 093 000 d'euros engendrerait une économie de près de 739 000 000 d'euros. Évidemment cela sous-entendrait que le simple fait de ne réaliser qu'un seul des entretiens pharmaceutiques serait la solution à tous les problèmes associés à une prescription et utilisation du médicament non conformes, ce qui est évidemment absurde.

Mais prenons alors le cas (absurde encore une fois) où un patient polymédiqué réaliserait les trois entretiens : AVK, AOD et bilan de médication. Nous passerions donc de 30 millions à 90 millions d'euros, ce qui engendrerait encore une économie considérable, pour l'Assurance Maladie, de 679 000 000 d'euros. Même dans le cas de figure le plus absurde, nous sommes loin des milliards d'euros annoncés.

Notons également que l'Occitanie présente un taux de personnes de plus de 65 ans supérieur à la moyenne française, nos chiffres sont donc plus élevés dès le départ, et malgré cela nous avons un bilan largement positif en faveur de ces nouvelles missions.

Évidemment, cette estimation est grossière et se base, de surcroît, sur le rapport *Begaud - Costagliola* rédigé il y a presque dix ans. Les chiffres ont sûrement varié, et sont largement sous-estimés lorsqu'on sait que la population des plus de 65 ans ne cesse d'augmenter. L'économie réelle serait donc bien plus importante que celle envisagée.

5.2. Entretiens asthme

L'Assurance Maladie peut voir au travers de ces entretiens la réalisation d'économies considérables. En effet les hospitalisations liées à l'asthme sont nombreuses, jusqu'à 60 000 en France chaque année. Ne disposant pas de données plus précises sur le coût d'une hospitalisation pour asthme selon les différents stades de gravité, nous ne pouvons estimer l'économie que pourrait potentiellement réaliser l'Assurance Maladie. Nous pouvons toutefois affirmer que ces entretiens peuvent réduire les complications liées à cette pathologie chronique. En effet un accompagnement régulier du patient permet de contrôler

le bon usage du médicament et des dispositifs d'inhalation pour une prise en charge optimale, limitant ainsi les mésusages ou défauts d'observance qui peuvent conduire à des hospitalisations coûteuses.

5.3. Entretiens anticancéreux

Les entretiens d'accompagnement des traitements anticancéreux permettent au patient de garder une continuité dans la prise de son traitement. Le pharmacien l'accompagne pour que son traitement soit pris dans les meilleures conditions et que les effets secondaires à ces traitements lourds soient contrôlés et n'impactent qu'au minimum la vie quotidienne.

De plus les traitements contre le cancer ont souvent un coût très élevé, mais les mettre en comparaison avec le coût de ces entretiens n'est pas très pertinent. Il pourrait être intéressant de comparer le coût de ces entretiens avec le coût de plusieurs prises en charge des effets secondaires multiples qu'un patient peut rencontrer, mais cela resterait tout de même assez peu représentatif car on ne peut que limiter ces effets secondaires et non pas les éliminer totalement.

La principale leçon à retenir pour ces entretiens est que l'Assurance Maladie met en œuvre des dépenses pour garantir une qualité à des patients souffrant lourdement à cause de leur maladie mais aussi de leur traitement. Selon certaines études l'amélioration de la qualité de vie serait primordiale dans les traitements anticancéreux et entraînerait un taux de survie plus important (65–67). Les coûts ne sont donc pas négligeables. Ils permettent d'intégrer un nouvel acteur, le pharmacien, dans l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer, le tout permettant d'améliorer leur taux de survie.

5.4. Vaccination contre la grippe

Somme de Montants en € Départements	Années			Total
	2020	2021	2022	
Ariège	47 012	54 348	69 381	170 740
Aude	128 361	149 635	192 446	470 443
Aveyron	97 991	112 500	142 155	352 646
Gard	288 878	337 402	420 202	1 046 482
Gers	62 146	72 391	95 233	229 770
Haute-Garonne	426 954	441 044	580 874	1 448 872
Hautes-Pyrénées	82 680	95 779	128 606	307 065
Hérault	453 392	498 129	626 209	1 577 730
Lot	54 688	65 550	85 501	205 739
Lozère	17 025	24 143	33 023	74 191
Pyrénées-Orientales	191 494	231 171	291 552	714 218
Tarn	123 021	141 733	188 276	453 031
Tarn-et-Garonne	91 048	98 774	128 378	318 200
Occitanie	2 064 691	2 322 599	2 981 836	7 369 125

Il peut être intéressant de comparer le coût supporté par la Sécurité Sociale d'une hospitalisation pour complication d'une grippe à celui de la vaccination antigrippale.

La vaccination en officine est facturée avec un honoraire de facturation (7,50€ depuis le 7 novembre 2022) ainsi qu'un prix fixé pour le vaccin. A cela s'ajoute l'honoraire de dispensation fixé à 1,02€ et potentiellement d'autres honoraires de facturations variables selon le patient.

Le tableau ci-dessous indique le prix de chacun des quatre vaccins autorisés pour la vaccination contre la grippe. Ne sont pris en compte ici que le prix du vaccin, l'honoraire de dispensation et l'honoraire de vaccination.

Nom commercial	Prix du vaccin	Prix du vaccin + honoraire de dispensation + honoraire de vaccination
Vaxigrip Tetra®	11,75 €	20,27 €
Influva Tetra®	12,77 €	20,27 €
Fluarix Tetra®	12,77 €	20,27 €
Efluelda®	30,90 €	39,42 €

Le vaccin Efluelda est recommandé exclusivement aux personnes de plus de 65 ans car il contient quatre fois plus d'antigènes de surface que les autres vaccins. Cette caractéristique lui permet de mieux protéger cette population dont le système immunitaire est moins

efficace. Si l'ensemble des personnes de plus de 65 ans optaient pour ce vaccin, cela entraînerait des économies considérables pour l'Assurance Maladie en comparaison avec les coûts des hospitalisations pour complications de la grippe.

En effet, l'étude suivante menée par F. Fouad et al. en France entre 2010 et 2018 évalue le coût des hospitalisations imputables à la grippe. (68) Les résultats montrent qu'en moyenne, chaque saison de grippe entraîne environ 19 280 hospitalisations, avec une durée de séjour moyenne de 8 jours. Les patients âgés de 65 ans et plus représentent 57% de ces mêmes hospitalisations, avec une durée moyenne de séjour plus longue (11 jours). Ils sont également 29% à être réhospitalisés dans les 3 mois suivant la sortie.

De plus, la grippe a été responsable en moyenne de 32 424 hospitalisations respiratoires en excès par saison, dont 68 % étaient des patients âgés de 65 ans et plus.

La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dans les hospitalisations classiques et dans les hospitalisations respiratoires en excès montrent que la prévention n'est pas suffisante pour éviter ces séjours.

Au niveau économique, le coût moyen des hospitalisations pour grippe était de 79 M€ par saison [min : 26M€ ; max : 209M€], avec un coût moyen de 4 084 € pour une hospitalisation.

Le coût moyen des hospitalisations respiratoires en excès attribuables à la grippe était de 140M€ par saison [min : 52M€ ; max : 217M€] et les patients âgés de 65 ans et plus représentaient 78 % de ces coûts.

Ainsi, le prix d'un vaccin oscillant selon les cas entre 20 € et 40 € montre bien l'économie considérable réalisée par rapport au coût de l'hospitalisation pour complication de grippe de plusieurs milliers d'euros.

5.5. Téléconsultation

<i>Somme de Montants en €</i>	2020	2021	2022	Total général
Ariège	4	265	910	1 179
Aude	8	319	1 525	1 852
Aveyron	7	266	2 170	2 443
Gard	627	4 349	11 584	16 560
Gers	2	83	383	468
Haute-Garonne	45	727	4 501	5 273
Hautes-Pyrénées	101	365	2 384	2 850
Hérault	34	375	3 528	3 937
Lot	3	15	217	235
Lozère	0	51	185	236
Pyrénées-Orientales	3	730	3 021	3 754
Tarn	15	699	4 631	5 345
Tarn-et-Garonne	6	287	1 200	1 493
Total général	855	8 531	36 239	45 625

Les montants mentionnés ici ne concernent que les frais de 1€ reversés aux pharmaciens lorsqu'ils facturent une téléconsultation. Cependant, l'Assurance Maladie dépense plus que cela pour financer la téléconsultation. Comme expliqué précédemment, elle soutient financièrement les pharmacies en reversant un montant en fonction du nombre de téléconsultations effectuées, ce qui contribue à couvrir les coûts liés à la mise en place de ce service. Malheureusement, les montants exacts et le nombre de pharmacies rémunérées ne sont pas connus de l'Assurance Maladie car ils sont versés sous forme de ROSP (Remise sur Objectif de Santé Publique) et les indicateurs ROSP sont regroupés, ce qui empêche un accès détaillé à ces informations.

Par conséquent, il est impossible d'obtenir une vue précise des coûts réels de la téléconsultation pour l'Assurance Maladie. Cependant, nous pouvons constater les avantages qu'elle offre aux patients ainsi qu'au système de santé dans son ensemble, notamment en renforçant la présence médicale dans les zones rurales. Toutefois, le nombre de téléconsultations par jour reste encore relativement faible.

DISCUSSION

A la suite de cette analyse, plusieurs points peuvent être soulevés, discutés, pour essayer de mieux comprendre la situation actuelle.

Le premier point qui doit être abordé au vu de cette étude, concerne la précision des données et l'interprétation qui en est faite.

Nous pouvons tout d'abord parler de la représentativité de notre étude. Cette dernière n'est réalisée qu'au sein de la région Occitanie, les résultats extrapolés au niveau national ne sont donc pas assez représentatifs. En réalité toutes les régions françaises ne se ressemblent pas en termes de population, d'âge de la population, d'espérance de vie, de facteurs de risques, c'est pourquoi les chiffres d'une région rapportés à un bilan national sont à considérer avec recul.

D'autre part, l'Assurance Maladie comptabilise ces actes en fonction de ce que les pharmaciens transmettent en les facturant. Nous pouvons donc constater un biais par rapport aux oublis de facturation. En effet, il peut arriver d'oublier de tarifier une téléconsultation ou de tarifier un vaccin sans systématiquement y associer l'honoraire de vaccination. Nous pouvons parfois même réaliser des entretiens d'initiation AVK, AOD ou asthme sans même « le savoir ». En effet, les questions à poser dans l'entretien se rapprochent fortement des questions que nous pouvons poser lors d'un renouvellement à nos patients : connaissance du médicament, utilisation des dispositifs d'inhalation pour l'asthme, tolérance du traitement ou effets indésirables. Autant d'entretiens qui ne sont pas formalisés mais qui finalement sont de vrais entretiens non facturés. Il se peut aussi qu'un biais existe au niveau de l'Assurance Maladie et de la retransmission des données communiquées par les pharmaciens.

Ainsi, les chiffres transmis par l'Assurance Maladie, bien que représentatifs de la majorité des actes effectués, doivent être un peu « revus à la hausse » en tenant compte de tous ces éléments.

De plus, il faut aussi se rappeler qu'un code acte décompté au niveau de l'Assurance Maladie représente un cycle (d'initiation ou d'accompagnement années suivantes), cycle de 3 entretiens la première année (1 entretien de recueil + 2 entretiens thématiques) et 2 ou 3 les années suivantes. Ainsi, si l'on multiplie par 3 l'ensemble des données pour les entretiens et les BPM, nous arrivons à des chiffres plus élevés, qui représentent mieux l'implication des

pharmaciens. En effet, ces derniers réalisent au moins 3 entretiens par an avec un patient pour valider un code acte, ce qui prend plus de temps.

Dans le même ordre d'idées, il arrive aussi que des pharmaciens se saisissent de ces missions et réalisent des entretiens mais ne peuvent pas finir les cycles. En effet, si le pharmacien ne réalise que le bilan d'initiation avec le patient, celui-ci ne sera jamais tarifé donc jamais payé car le cycle est incomplet pour facturer le code acte. Il y a donc toute cette partie d'ombre que les chiffres de l'étude ne font pas apparaître. L'implication des pharmaciens n'est pas totalement représentée. Certaines séquences ont donc pu être initiées, mais pas terminées, ne reflétant donc pas à 100% les initiatives des pharmaciens à lancer ces entretiens.

Il doit exister bien des cas où un cycle d'entretien n'est pas entièrement réalisé : le patient ne revient pas, n'est plus intéressé, n'a pas aimé, est institutionnalisé ou bien est décédé...

Pour cette dernière possibilité une procédure dérogatoire est cependant mise en place. Si le patient décède :

- La première année : il est possible de facturer le code « accompagnement 1ère année » si, *a minima*, l'entretien initial a été réalisé.
- Les années suivantes : il est possible de facturer le code « accompagnement années suivantes » si, *a minima*, un entretien thématique a été réalisé.(46)

Ceci est également à prendre en compte et peut expliquer les différences entre les cycles d'initiation et les cycles de suivi les années suivantes.

En outre, au sujet des chiffres communiqués pour les années suivantes, une interrogation persiste : nous ne savons pas si les entretiens de suivi ont été réalisés à l'année N+1, N+2 ou N+x de l'année d'initiation.

Nous ne savons donc pas si les entretiens de suivi « années suivantes » durent dans le temps, d'année en année pour certains patients, ou si ils ne durent qu'un an.

Ce problème biaise aussi les différences entre les cycles d'initiation et les cycles de suivi : il peut y avoir plus d'entretiens de suivi en N+1 qu'il n'y a eu d'entretien d'initiation lors de l'année N, car les entretiens de suivi peuvent concerner des patients ayant eu leurs entretiens d'initiation, une, deux, trois ou plusieurs années auparavant.

Ainsi, on ne peut analyser ces chiffres en partant du principe qu'un code d' « initiation première année » est strictement égal à un seul code « années suivantes » ou *vice versa*.

Le variable entretien d'initiation permet donc de voir l'implication des pharmaciens pour lancer les nouvelles missions. Les données relatives aux entretiens de suivi sont plus compliquées à exploiter. Ils peuvent refléter une continuité, ou non, dans la prise en charge.

De la même manière, les chiffres transmis pour la vaccination contre la grippe ne concernent que les patients pris en charge par l'Assurance Maladie. Ne sont donc pas comptabilisés tous les autres patients venus sans bon de prise en charge pour se faire vacciner. Les chiffres régionaux et nationaux sont donc beaucoup plus élevés et il pourrait être intéressant d'analyser et de comparer les taux de vaccinés entre les personnes avec ou sans bon de prise en charge.

Dans un second temps, nous pouvons nous demander pourquoi si peu de missions sont réalisées. Pour cela, appuyons-nous sur les résultats d'une enquête menée auprès de pharmaciens titulaires au sujet des nouvelles missions.(69)

Que les pharmaciens veuillent ou non réaliser ces missions, ils sont confrontés à plusieurs problèmes : manque de temps, de place dans l'officine, ou de personnel.

En effet, pour réaliser ces missions, le temps est un paramètre incontournable. Il faut prendre son temps pour écouter le patient, le conseiller, analyser ses traitements, ses ordonnances, son observance. Il faut ensuite du temps pour facturer, remplir des dossiers, archiver, faire un retour au médecin. Et ce temps indispensable dépasse bien souvent les préconisations de l'Assurance Maladie.

En effet, cette dernière indique que l'entretien d'initiation pour un BPM doit durer 30 minutes, mais les données d'une étude montrent que le temps moyen nécessaire pour un entretien-recueil est de 47 minutes.(70)

Cette différence de 50 % entre le temps estimé et le temps réel peut aisément se comprendre. Un bilan de médication est réalisé pour des patients comptant au moins 5 médicaments prescrits sur leur ordonnance et si l'on veut s'attarder sur chacun d'eux, en plus de l'ensemble des questions à poser en amont et en aval, on ne peut être économe de son temps. De plus ce sont des entretiens réalisés avec des personnes âgées le plus souvent, auprès de qui il faut se montrer patient afin d'assurer la réussite de la démarche. Une autre étude montre que le

temps moyen de la réalisation d'un BPM est de 2 heures en comptant la préparation de l'entretien, l'entretien et la rédaction de la synthèse. (71)

Et cela pour un patient seulement, ce qui est difficilement compatible avec la pratique officinale.

Les entretiens asthme, AVK et AOD peuvent être réalisés de manière un peu plus rapide, ils demandent moins d'analyses et ne sont pas centrés sur autant de médicaments que les BPM. De plus, ces entretiens peuvent presque être réalisés au comptoir : les questions posées lors de ces entretiens d'initiation devraient être des questions posées systématiquement à chaque délivrance d'AVK, AOD ou traitement contre l'asthme. Ainsi, la mise en place paraît plus simple.

Les entretiens anticancéreux, quant à eux, imposent un surcroît de temps et d'intimité. Ces entretiens doivent également être plus préparés car les molécules sont plus complexes, moins connues et communes, et les effets indésirables nombreux, variant d'un patient à l'autre. En outre, le cancer étant une maladie bouleversant profondément la vie quotidienne, il faut que l'entretien soit à la mesure de cet impact et de ce retentissement. Cela peut donc également durer plus de 30 minutes.

Pour ce qui est des entretiens thématiques, ils sont souvent plus rapides car plus ciblés. C'est aussi au pharmacien de poser les limites de temps de l'entretien, mais cela peut parfois être délicat avec des patients posant beaucoup de questions ou se confiant sur plus d'éléments que prévu.

A l'évidence, ces entretiens et ces bilans sont chronophages, demandent une préparation minutieuse et un suivi attentif, en plus du temps de l'entretien avec le patient. La complexité administrative pour la transmission des entretiens à l'Assurance Maladie via AméliPro décourage aussi de nombreux pharmaciens qui étaient pourtant motivés à l'origine.

La téléconsultation prend également du temps : il faut parfois être amené à accompagner le patient durant la consultation.

Il en est de même pour la vaccination où un questionnaire est à remplir avec le patient avant de lui administrer le vaccin avant de le garder en surveillance durant 15 minutes.

Toutes ses missions, si importantes et indispensables dans la relation de confiance avec les patients, viennent dès lors s'ajouter à toutes celles qui étaient au départ le socle du métier de pharmacien, notamment la dispensation, le management ou encore la gestion du back-office...

Dans ces conditions, les enjeux liés à la question du personnel deviennent cruciaux. En effet, ces missions monopolisent longuement les pharmaciens. Il faut donc avoir la possibilité de pouvoir laisser ses collègues (nombreux ou pas) au comptoir. Il faut également prendre en compte les temps de formation de chaque personne leur permettant de réaliser certaines de ces missions. Et il faut bien ajouter que la pénurie de pharmaciens d'officine n'arrange en rien cette situation. En Occitanie, si l'on considère qu'il y a 2,7 pharmaciens par officine nous pouvons aisément imaginer que la mise en place de ces missions peut s'avérer compliquée et que certaines pharmacies ne peuvent pas réaliser ces missions par manque de pharmaciens disponibles.

Un autre enjeu crucial est celui de l'espace, de la surface disponible dans la pharmacie pour réaliser ces missions. En effet, toutes ces démarches, que ce soient les entretiens, les bilans ou la vaccination requièrent des espaces de confidentialité. De la même manière, un espace dédié est nécessaire pour installer une borne de téléconsultation. Malgré leur bonne volonté, nombre de responsables d'officines de petites tailles peuvent peiner à dégager de l'espace pour les affecter à ces nouvelles missions.

Enfin, la rémunération apparaît enfin comme un enjeu d'importance. Au lancement de ces missions, la rémunération était réalisée sous forme de ROSP, c'est-à-dire que les pharmaciens étaient rémunérés pour leur investissement de l'année N à l'année N+1.

Cependant, ce décalage préjudiciable pouvait parfois empêcher les pharmaciens de se saisir de ces missions. L'avenant 21 à la convention de 2012, signé fin 2020, permet de remédier à cette situation. Tous les entretiens sont désormais rémunérés à l'acte et non plus en ROSP. Cela facilite ainsi le paiement pour les pharmaciens qui n'ont pas à attendre un an et la déclaration de leurs indicateurs ROSP pour être rémunérés.

Nous pouvons également voir que certaines missions comme la vaccination et la téléconsultation se développent plus vite que les entretiens ou les BPM. En effet, le rapport coût/temps est plus favorable, et ce sont deux activités plus faciles à mettre en œuvre.

En outre, en ce qui concerne la téléconsultation, en plus des rémunérations de l'Assurance Maladie en fonction des actes réalisés, le pharmacien « gagne » l'ordonnance du patient téléconsulté.

Pour la vaccination grippe et généralisée, le pharmacien est facilement et rapidement rémunéré du prix du vaccin ainsi que des 7,5 € d'honoraire.

Les entretiens AVK, AOD et asthme peuvent aussi être rentables s'ils sont mis en place de manière efficace et automatique au comptoir. Si les pharmaciens connaissent bien le déroulé des questions, ces entretiens peuvent y être aisément menés.

En revanche, les traitements anticancéreux et des BPM demandent plus de temps, d'accompagnement et d'analyse. C'est un travail beaucoup plus approfondi, ce qui peut expliquer les diminutions des taux sur les deux dernières années.

Nous ne pouvons omettre enfin un paramètre très important pour l'analyse de cette étude : la COVID-19.

En effet, depuis mars 2020, l'officine est fortement touchée par cette pandémie. Les pharmaciens ont été amenés à se lancer dans la réalisation des tests antigéniques et de la vaccination, activités très chronophages qui ont forcément impacté le reste de l'activité officinale. Cette étude nous montre que cet impact est allé dans les deux sens.

Tout d'abord, en ce qui concerne la téléconsultation, nous avons constaté que l'augmentation de son utilisation est très nette à partir de 2020 et qu'elle ne cesse d'augmenter. En cela, la COVID a eu un impact positif car nous avons découvert et popularisé une nouvelle manière de consulter. Pharmacien et médecin sont autour du patient pour cet acte ; il s'agit d'une solution optimale pour des personnes ne pouvant consulter un praticien rapidement ou à proximité de chez eux.

La pandémie a également eu un impact positif sur la vaccination, sur les patients, mais également sur les pharmaciens.

Bien que vaccinant déjà pour la grippe depuis 2019, les pharmaciens ont été autorisés à vacciner contre la COVID dès mars 2021 et se sont très vite mobilisés. De plus, avec la possibilité de la double vaccination COVID/grippe, la vaccination antigrippale a considérablement augmenté. La COVID a permis aux pharmaciens de trouver leur place parmi les professionnels de santé vaccinateurs aux yeux des patients mais aussi aux yeux des autorités de santé qui leur ont octroyé la possibilité d'administrer presque l'ensemble des vaccins aux personnes majeures moyennant une prescription. Cet effet est aussi bénéfique pour le patient qui dispose dès lors d'un professionnel de santé supplémentaire et plus accessible pour se faire vacciner tout au long de sa vie.

A l'inverse, la pandémie a pu avoir un effet négatif sur d'autres missions telles que les entretiens pharmaceutiques et les BPM. En effet, on observe une diminution générale de ces missions entre 2020 et 2022, évolution qui peut aisément se comprendre au vu du bouleversement que la COVID a créé au sein des officines. Il a en effet fallu revoir totalement l'activité officinale et mettre de côté certaines missions pour pouvoir faire face au flux impressionnant de patients venant pour des tests antigéniques ou pour une vaccination. De plus, les personnes à risques vis-à-vis de la COVID se sont retrouvées être les mêmes personnes éligibles aux entretiens et aux BPM, qui ont parfois moins fréquenté les officines. Il a donc été difficile pour l'ensemble des pharmaciens de mener de front toutes les nouvelles missions (déjà « lourdes ») avec les missions « spécial COVID » qui, arrivées très vite, ont dû être mises en place dans un délai très court.

En outre, la rémunération de ces missions COVID, et en particulier des tests antigéniques, a renforcé ce détournement des pharmaciens pour qui ces missions ont pu apparaître comme une manière d'être mieux rémunérés, plus rapidement, et de manière importante.

Il est vrai qu'un test antigénique facturé 25 euros pour seulement une minute « d'acte », est bien plus avantageux que trois entretiens de 30 minutes minimum chacun étalés sur un an pour valider un cycle d'initiation à 50 euros...

Évidemment, nous ne pouvons pas uniquement prendre l'aspect financier en compte sachant que l'intérêt principal était de santé publique. Mais il est vrai que les pharmaciens se sont vite rendu compte que leur participation à l'effort COVID serait assorti d'une rémunération conséquente.

Nous pouvons cependant avancer assez facilement que depuis 2020, les pharmaciens ont été obligés, malgré eux, de se détourner de certaines missions pour mettre en place celles liées à la COVID. En outre, avec le problème grandissant des pénuries de personnel, mais aussi de place dans l'officine, les missions COVID ont remplacé les autres.

Cependant, afin de pouvoir avancer nos conclusions avec plus de certitude et de précision, il aurait fallu disposer d'une étude étendue à l'année 2019. Avec les chiffres de cette année- là, nous aurions pu vraiment voir l'impact de l'épidémie sur la baisse ou la hausse de l'exécution des autres missions.

Dans ces conditions, les enjeux pour les pharmaciens d'officine ne vont cesser de croître. Il va tout d'abord falloir faire face à la pénurie de pharmaciens dans les années à venir. Cette année, 20% des places en deuxième année n'ont pas été pourvues dans les facultés de France, l'impact dans 5-6 ans lors de la sortie d'études de ces promotions réduites va être considérable. L'absence de 20 % de pharmaciens engendrera une situation compliquée pour les officines où les nouvelles missions se développent toujours plus.

Les modes de rémunération ayant déjà été facilités pour les pharmaciens, il faudra trouver de nouvelles améliorations pour rendre ces missions plus attractives afin que les pharmaciens s'en saisissent plus amplement. Des formations, dès le cursus officinal dans les facultés, doivent être généralisées pour inciter les pharmaciens à s'emparer de ces nouvelles missions.

Il faudra aussi tenir compte de nouvelles missions qui peuvent bouleverser certaines idées préconçues comme les entretiens pour les anticancéreux par voie orale. En effet, la perception courante du traitement anticancéreux est très cloisonnée, se cantonne à l'hôpital, et l'on a du mal à imaginer que des pharmaciens puissent assurer un tel suivi. Cependant, depuis le début de l'année 2021 cela est devenu possible. Bien que cette pratique en soit encore à ses débuts, une fois développée, elle permettra d'améliorer considérablement la prise en charge des patients sous traitement anticancéreux, en offrant un suivi à la fois hospitalier et officinal. Il est donc important de privilégier et de développer le lien ville-hôpital afin de favoriser cette prise en charge.

Il faut en outre souligner le rôle important à jouer auprès des médecins. Le pharmacien ne peut pas réaliser tous ces entretiens sans que le médecin en soit informé. Il le peut théoriquement, mais la prise en charge ne sera que meilleure si le médecin est au courant de ces missions et qu'il y participe activement. La relation entre le pharmacien et le médecin doit être facilitée, fluide, l'un à l'écoute de l'autre. Sans cette relation-là, les optimisations proposées par le pharmacien ne pourront être validées et modifiées par le médecin. C'est même une relation tripartite qui doit être mise en place : pharmacien-médecin-patient. Les médecins doivent donc être sensibilisés aux missions que les pharmaciens peuvent réaliser. Il faut surtout que le patient ait conscience que pharmaciens et médecins ont des champs de compétences séparés mais complémentaires et qu'ils n'essaient pas de se substituer l'un à l'autre.

Le grand public doit également être au fait des services proposés par leurs professionnels de santé de proximité. De grandes campagnes de prévention, de sensibilisation à ces missions pourraient être mises en place à grande échelle, pas seulement dans les lieux de santé mais aussi sur les lieux de travail, les lieux institutionnels (mairies, préfectures), les centres sportifs ou de loisirs. Évidemment ces campagnes devraient respecter les règles éthiques de la profession et ne pas faire la publicité d'une pharmacie en particulier. Il s'agit de communiquer sur la profession en général en mettant en exergue les missions qui lui sont confiées pour être au service du patient.

Enfin, en ce qui concerne l'analyse économique de cette étude, elle est difficile à interpréter car peu de données sont disponibles précisément sur les hospitalisations liées aux AVK, AOD ou encore à l'asthme. De telles études réalisées en France permettraient une estimation plus pertinente des économies réalisées pour l'Assurance Maladie.

Nous avons dû extrapoler certaines données pour tenter d'estimer l'économie qui pourrait être faite par l'Assurance Maladie au niveau de la région Occitanie. Évidemment, ces données sont tirées d'études de portée nationale que nous avons réduites à l'échelle régionale en plaçant toutes les régions de France sur un pied d'égalité. Cependant, de fortes disparités régionales existent, en termes de population (nombre, âge) ou de maillage territorial des professionnels de santé. Ce faisant les résultats sont à voir dans leur ensemble et l'idée générale qui en ressort reste claire. Des économies peuvent être faites pour alléger les

dépenses de l'Assurance Maladie dans la prise en charge des évènements iatrogènes liés à des prescriptions et à un suivi inadapté. Elles ne seront certainement pas à la hauteur des chiffres montrés dans notre analyse car beaucoup de biais existent, à la fois dans la réalité à l'officine, dans les résultats transmis par l'Assurance Maladie ainsi que dans notre interprétation.

CONCLUSION

Que de chemin parcouru pour, et par, les pharmaciens depuis la promulgation de la loi HPST de 2009 !

Cette loi, désormais fondatrice pour notre profession, avait pour ambition de relever le défi de réformer le système de santé d'un pays où le vieillissement de la population est un sujet majeur et désormais structurant. Elle a ainsi amélioré le parcours et facilité l'accès aux soins pour le patient ; elle a également renforcé la coordination des professionnels de santé. L'enjeu est de taille ; tous sont concernés et les pharmaciens ont su trouver une place de choix dans cette refonte du système.

Définis comme acteurs de premier recours et professionnels de santé assurant un suivi quasi mensuel de leurs patients chroniques, ils se sont vus investis de nombreuses missions d'accompagnement. S'en suivirent les signatures des conventions de 2012 et 2022, entre l'Assurance Maladie et les syndicats des pharmaciens d'officine, qui, au fil de plusieurs avenants, sont venus modeler, dessiner, encadrer ces missions. Bilans de médication partagés, entretiens « anticoagulants », « asthme », « anticancéreux oraux », « femme enceinte », vaccination, téléconsultation, les nouvelles missions n'ont cessé de se développer dans les textes.

Mais qu'en est-il sur le terrain ? Quelle est la réalité au sein des officines ? Au quotidien, comment les pharmaciens vivent-ils leurs missions face à leurs patients ?

C'est ce que notre analyse a tenté de montrer, au travers de données quantitatives et financières transmises par l'Assurance Maladie, dans la région Occitanie, sur les trois dernières années.

Bien que les actes réalisés, communiqués au travers de ces chiffres aient été jugés parfois insuffisants, proportionnellement aux nombres de patients éligibles à certaines missions ainsi qu'au nombre d'officines pouvant les réaliser dans la région, les résultats de notre analyse sont cependant prometteurs.

Frappés de plein fouet par la COVID et les nouvelles missions qu'elle a engendrées, les pharmaciens n'ont pourtant pas délaissé ces nouvelles missions à peine ébauchées parfois. Des entretiens et bilans ont quoi qu'il en soit été réalisés durant les trois dernières années bien que l'épidémie ait bouleversé l'activité officinale. Cela montre combien nombre de pharmaciens sont attachés à ces missions d'accompagnement de leurs patients, cœur de leur

métier. Elles sont certes parfois compliquées à mettre en place, mais cette difficulté est un défi de plus pour ce métier qui ne cesse de se transformer pour répondre aux évolutions de son temps. Ce développement est un atout majeur pour l'ensemble des patients qui peuvent bénéficier d'un suivi et d'un accompagnement optimal dans leur parcours de soin, à n'importe quelle étape de vie.

De plus, l'Assurance Maladie peut, et doit y voir une considérable économie potentielle. Le suivi des patients, dans leurs traitements chroniques au travers d'entretiens, dans la prévention des maladies via la vaccination, le dépistage organisé ou encore l'aide à l'accès aux soins par la téléconsultation, convergent vers un même objectif : le maintien d'une population en bonne santé, avec une prise en charge optimale des patients, tout en limitant les coûts supplémentaires inutiles liés à un mauvais usage du médicament, source d'iatrogénie et d'hospitalisations.

Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, mais la voie est tracée. A nous, pharmaciens d'officine, de nous saisir de ces nouvelles missions pour faire entrer notre métier dans la société du XXI^e siècle. Il y aura des ajustements, selon que la pharmacie sera en ville ou en milieu rural, selon le contexte sanitaire ou économique, selon bien d'autres variables, mais il semble inéluctable que ces évolutions transforment profondément et durablement notre métier.

Dans une société vieillissante, le pharmacien est un recours qui semble d'ailleurs un vieux réflexe si l'on en croit Voltaire en 1757 dans une de ses correspondances : "vous ne sauriez croire combien je suis devenu vieux ; toutes mes misères ont augmenté, et un apothicaire est beaucoup plus nécessaire à mon être qu'un général d'armée".

BIBLIOGRAPHIE

1. Léon Charles André-Pontier. Histoire de la pharmacie : origines, moyen âge, temps modernes. Paris: Octave Douin; 1900.
2. Georges Dillemann, Henri Bonnemain, André Boucherle. La Pharmacie française : Ses origines, son histoire, son évolution. Tec&Doc - Lavoisier; 1992.
3. Ordre des Pharmaciens. L'indépendance professionnelle des pharmaciens : Une garantie pour la protection de la santé publique et la qualité du système de soins. Ordre des Pharmaciens; 2015 mars p. 44.
4. Laure Marine Chemin. L'évolution du rôle du pharmacien d'officine français en tant qu'acteur de santé [Thèse]. Bordeaux; 2014.
5. Joël Ankri. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. Gériatrie et société. 2002;(4).
6. Agence Régionale de Santé Basse-Normandie. Analyse pharmaceutique : méthodes et outils. 2012.
7. CESPARM. Le rôle du pharmacien. 2022.
8. Michel Rioli. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soin. Paris; 2009 juill.
9. Antoine Sauce. Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine : une exigence accrue en matière de communication avec le patient [Thèse]. Nancy; 2012.
10. Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé (Art.51 de la loi HPST) : Bilan 2010-2018. 2018.
11. Haute Autorité de Santé. Protocole de coopération entre professionnels de santé. 4 juin 2021;
12. Agence Régionale de Santé. L'organisation de la permanence et la continuité des soins. 2 févr 2017;
13. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Campagne de distribution d'iode. CNOP. 2022.
14. Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. Pharmacovigilance et Informations sur le Médicament.
15. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. mars 2009;
16. INSEE. Tableaux de l'économie française : population par âge. 2020.
17. Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2022 sept. Report No.: 102.
18. Synthèse du rapport des propositions de l'Assurance Maladie pour 2023. 2022 juill.
19. Elisabeth Castaing. L'état de santé de la population en France. 2022;
20. Assurance Maladie. Médicaments après 65 ans : effets indésirables fréquents. 2022.
21. Ministère de la Santé et de la Prévention. Médicaments génériques à l'usage des professionnels : Cas particuliers. 2022.
22. Santé publique France. Dossier thématique : Asthme. 2022.
23. Assurance Maladie. Accompagnement pharmaceutique des patients asthmatiques. 2022
24. REIPO. Guide pratique - Bilan de médication. 2018.
25. Assurance Maladie. Le bilan partagé de médication. 2022.
26. Assurance Maladie. Accord-cadre interprofessionnel. 2021.
27. Assurance Maladie. La télémédecine : assistance à la téléconsultation à l'officine. 2022
28. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Top départ pour l'expérimentation de vaccination contre la grippe par les pharmaciens d'officine. 4 oct 2017;

29. USPO. La vaccination antigrippale à l'officine : un succès à généraliser. 2018.
30. URPS Occitanie. Fin de l'expérimentation vaccination - Bilan. 30 avr 2019;
31. Assurance Maladie. Vaccination par le pharmacien d'officine. 2022
32. Institut national du cancer. Incidence et mortalité des cancers - Les données sur les cancers.
33. ONCORIF. Anticancéreux oraux : l'accompagnement pharmaceutique. 2021.
34. ANSM. Dossier thématique - Médicaments et grossesse. 2022.
35. Centre Régional de Pharmacovigilance du Nord-Pas-de-Calais. La pharmacovigilance dans le monde. 2014.
36. Le cancer colo-rectal - Données. Santé publique France. 2022.
37. Direction Générale de la Santé. Dépistage du cancer colorectal : les kits de dépistage livrés directement à domicile. Ministère de la Santé et de la Prévention. 1 mars 2022;
38. Santé publique France. Le cancer colo-rectal - La maladie. 2022.
39. Santé publique France - Institut National du cancer - Assurance Maladie. Programme National de dépistage du cancer colorectal. 2022.
40. USPO. Dépistage du cancer colorectal : questionnaire d'éligibilité. 2022
41. CRCDC Occitanie. Dépistage organisé du cancer colorectal. 2022
42. Assurance Maladie. Données vaccination par catégorie d'injecteur, hors centres de vaccination et établissements de santé. 2023.
43. Haute Autorité de Santé. Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes chez les adolescents de plus de 16 ans et les adultes. 2022 juin.
44. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023. 2022 juill.
45. Assurance Maladie. Rémunération des gardes et urgences pharmaceutiques. 2023.
46. Assurance Maladie. Accompagnement pharmaceutique : Aide à la facturation. 2022.
48. Assurance Maladie. Entretien femme enceinte. 2022.
49. INSEE. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2023 : Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2023. 2023.
50. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Les pharmaciens : Panorama au 1er janvier 2022. CNOP; 2022 janv.
51. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Démographie des pharmaciens au 1er janvier 2022. CNOP; 2022 janv.
52. Muriel Barlet, Claire Marbot. Panorama de la DREES - Portrait des professionnels de santé. 2016.
53. Achat vente pharmacie Occitanie. Ouipharma. 2021.
54. Assurance Maladie. L'accompagnement pharmaceutique des patients sous AVK. 2022.
55. Martinez P, Elias A, Michel Q. Évolution de la perception de l'utilisation des anticoagulants oraux directs. Enquête auprès de médecins généralistes. JMV-Journal de Médecine Vasculaire. oct 2021;
56. Santé publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2021 avr. Report No.: 5.
57. Arnaud Monnier. Allergie, asthme sévère - Conseils du Professeur Alain Didier, pneumologue au CHU de Toulouse. Midi Libre. 9 avr 2023;
58. Agence Régionale de Santé - Occitanie. Schéma Régional de Santé : Occitanie 2018-2022. 2018.
59. Grosclaude Pascale, Daubisse-Marliac Laëtitia, Trétarre Brigitte, Catelinois Olivier, Mouly Damien, Cariou Mélanie, Billot-Grasset Alice, Chatignoux Édouard. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 -

Occitanie. Santé Publique France;

60. Sanofi. Comment la crise du coronavirus booste la téléconsultation médicale - Interview du Docteur Jean-Paul Ortiz. 2020.

61. Système National des Données de Santé. Données régionales de couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge. 2022.

62. ANSM, MSA, Santé Publique France, DGS, Assurance Maladie. Vaccination contre la grippe 2021-2022. 2021.

63. S.L. Un quart des Français vaccinés contre la grippe l'ont été par un pharmacien. Le Quotidien du Médecin. 20 nov 2019;

64. France Assos Santé. Polymédication des personnes âgées : une équation sans solution ? 2018.

65. Gotay CC, Muraoka MY. Quality of Life in Long-Term Survivors of Adult-Onset Cancers. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 6 mai 1998;

66. Kypriotakis G, Vidrine DJ, Francis LE, Rose JH. The longitudinal relationship between quality of life and survival in advanced stage cancer. Psycho-oncology. févr 2016;

67. Karvonen-Gutierrez CA, Ronis DL, Fowler KE, Terrell JE, Gruber SB, Duffy SA. Quality of Life Scores Predict Survival Among Patients With Head and Neck Cancer. Journal of Clinical Oncology. juin 2008;

68. Fouad F, Lemaitre M, Carrat F, Crépey P, Gaillat J, Launay O, et al. Estimation du fardeau hospitalier direct et attribuable à la grippe en France à partir de la base PMSI. Médecine et Maladies Infectieuses. sept 2020;

69. Arnaud Boisis. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine : Analyse des opportunités et des freins concernant leur développement. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2019.

70. Baptiste Dudes. Suivi des interventions pharmaceutiques émises dans le cadre du déploiement du Bilan Partagé de Médication dans la région Occitanie : Etude BIMEDOC régionale. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020.

71. Soraya Qassemi. Le bilan de médication en soins primaires : formation des pharmaciens à l'optimisation thérapeutique des patients âgés. Université de Bordeaux; 2017.

RESUME

Nom : BOUZIGUES Pauline

Titre de la thèse : Les nouvelles missions du pharmacien d'officine. Bilan en Occitanie

Discipline administrative : Pharmacie

Directeur de thèse : Professeur TABOULET Florence

Intitulé et adresse de l'UFR : Université Paul Sabatier Toulouse 3 – Faculté des Sciences Pharmaceutiques – 35, chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Résumé en Français :

Ces dernières années, les missions du pharmacien d'officine ont évolué pour répondre aux besoins croissants de la population en matière de santé. Ainsi, en plus de la dispensation de médicaments représentant leur cœur de métier, les pharmaciens peuvent désormais réaliser de nouvelles missions pour améliorer la prise en charge de leurs patients : bilans partagés de médicaments, entretiens pharmaceutiques (AVK, AOD, asthme, femme enceinte, oncologie), dépistage du cancer colo-rectal ou encore vaccination et téléconsultation.

Mais nous verrons que toutes ces avancées sont le fruit de nombreuses années de mise en place au travers de textes officiels tels que la loi HPST en 2009 ou encore les conventions nationales signées entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentant les pharmaciens titulaires d'officine.

Puis, à l'aide de chiffres, communiqués par l'Assurance Maladie sur ces nouvelles missions réalisées en Occitanie, nous essaierons d'analyser comment les pharmaciens s'en sont saisis. Nous verrons également quelles missions sont les plus développées et pourquoi, mais quels sont aussi les freins qui en empêchent la réalisation. Nous tenterons, pour finir, de déterminer quelles pourraient être les économies pour l'Assurance Maladie si toutes ces missions étaient réalisées.

Mots clés : Loi HPST, convention nationale des pharmaciens d'officine, entretien pharmaceutiques, bilan partagé de médication, Assurance Maladie, Occitanie

Summary in English:

In recent years, the missions of the dispensing pharmacist have evolved to meet the growing health needs of the population. Thus, in addition to dispensing medicines, which is their core business, pharmacists can now carry out new missions to improve the care of their patients: shared medication reviews, pharmaceutical interviews (AVK, AOD, asthma, pregnant women, oncology), colorectal cancer screening, vaccination and teleconsultation.

But we will see that all these advances are the result of many years of implementation through official texts such as the HPST law in 2009 or the national agreements signed between the Health Insurance and the unions representing the pharmacists.

Then, with the help of figures communicated by the Health Insurance on these new missions in Occitania, we will try to analyse how pharmacists have seized them. We will also see which missions are the most developed and why, but also what are the obstacles that prevent them from being carried out. Finally, we will try to determine what savings could be made for the Health Insurance if all these missions were carried out.

Key words : HPST law, national convention of pharmacists, pharmaceutical interview, shared medication assessment, Health Insurance, Occitanie