

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Pharmacie

ANNÉE 2013

THÈSE N°

Les grossistes-répartiteurs et l'accompagnement des pharmaciens dans le DPC

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 décembre 2013

Par

Alexandre PRIME

Né le 11 février 1989, à Chateaubriant

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Professeur Jacques BUXERAUD- Professeur des universités

Président

Docteur Catherine FAGNERE- Maitre de Conférences des universités

Juge

Guillaume CLEJAN- Responsable de formations et développement RH

Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Pharmacie

ANNÉE 2013

THÈSE N°

**Les grossistes-répartiteurs et l'accompagnement
des pharmaciens dans le DPC**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 décembre 2013

Par

Alexandre PRIME

Né le 11 février 1989, à Chateaubriant (44)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Professeur Jacques BUXERAUD- Professeur des universités

Président

Docteur Catherine FAGNERE- Maitre de Conférences des universités

Juge

Guillaume CLEJAN- Responsable de formations et développement RH

Juge

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Jean-Luc **DUROUX**

1^{er} VICE-DOYEN : Madame Catherine **FAGNERE**, Maître de Conférences

2^{ème} VICE-DOYEN : Monsieur Serge **BATTU**, Maître de Conférences

PROFESSEURS :

BENEYTOU Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BOTINEAU Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DREYFUSS Gilles	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
OUDART Nicole	PHARMACOLOGIE
ROUSSEAU Annick	BIostatistique
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIENE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT

ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
<u>MAITRES DE CONFERENCES :</u>	
BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE

SIMON Alain

CHIMIE GENERALE ET MINERALE

TROILLAS Patrick

BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET
INFORMATIQUE

VIGNOLES Philippe

BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET
INFORMATIQUE

PROFESSEUR ASSOCIE :

ROUMIEUX Gwenhaël

ANGLAIS

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

IMBERT Laurent

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Jacques BUXERAUD pour m'avoir fait l'honneur de présider et de diriger ma thèse d'exercice. Je tiens à lui exprimer ma profonde reconnaissance pour ses conseils et sa sympathie.

Merci à Madame FAGNERE d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Je remercie également Monsieur Guillaume CLEJAN, responsable de la formation chez Phoenix pharma pour m'avoir accueilli au sein de l'entreprise pour un stage dans le cadre du master de répartition pharmaceutique.

Merci à tous les professionnels qui, grâce à leur aimable collaboration, ont permis l'aboutissement de ce travail.

Merci à toutes les personnes, amis et aux membres de ma famille pour leur présence de chaque instant.

Sommaire

Remerciements.....	5
Sommaire.....	6
Introduction.....	7
I. Le contexte pharmaceutique actuel.....	8
II. Pourquoi les Grossistes-répartiteurs ont intérêt à proposer des formations adaptées aux besoins des équipes officinales.....	29
III. Le développement professionnel continu : DPC.....	53
Conclusion.....	77
Sources.....	78
Table des illustrations.....	82
ANNEXES.....	84
Serment de Galien.....	103

Introduction

Les Français apprécient de trouver, à l'angle de la rue ou dans leur village, un pharmacien capable de mettre à leur disposition les médicaments que le médecin vient de leur prescrire et ceux qu'il est possible d'acheter actuellement de manière tout à fait libre. Cette rapidité d'accès est le fruit d'un circuit de distribution du médicament très élaboré, depuis la fabrication au laboratoire jusqu'au comptoir de l'officine, avec une garantie du maintien de la qualité des produits tout au long de cette chaîne.

La pharmacie française arrive à un carrefour de son évolution. Sur fond de restriction budgétaire globale, la santé et plus particulièrement la pharmacie ne sont pas épargnées. De plus, la désertification médicale maintenant effective dans certaines zones géographiques de France, amène les autorités à repenser de manière fondamentale le rôle du pharmacien auprès de la population. Dans l'avenir, il ne sera plus considéré comme un simple commerçant, mais comme un véritable acteur de santé permettant une meilleure prise en charge du patient.

Afin de modifier la pratique officinale, les instances ont mis en place le développement professionnel continu. Ce dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, associe la formation continue et l'évaluation de pratiques professionnelles afin d'assurer une meilleure prise en charge du patient. Ce nouveau dispositif change de façon radicale la formation des équipes officinales. Les répartiteurs en tant que partenaires historiques de l'officine se doivent d'accompagner le pharmacien et son équipe dans la voie du développement professionnel continu.

Nous consacrerons une partie au contexte pharmaceutique actuel. Nous y détailleront les aspects importants de la loi HPST, du rapport de l'IGAS et dans cette volonté des autorités de faire des économies, quelle est la situation concernant les entretiens pharmaceutiques.

Nous présenterons ensuite l'intérêt qu'ont les grossistes-répartiteurs à proposer des formations adaptées aux besoins des équipes officinales.

Nous présenterons ensuite de façon détaillée le développement professionnel continu.

I. Le contexte pharmaceutique actuel :

Le contexte pharmaceutique actuel est marqué par la loi HPST (A), mais aussi par le rapport de l'IGAS (B). Ces derniers mois, l'actualité pharmaceutique fut aussi marquée par les entretiens pharmaceutiques (C) et la volonté des autorités de faire des économies de santé à grande échelle (D).

A. La loi HPST ^[1]

1. Généralités :

La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au journal officiel le 22 juillet 2009.

Cette loi fait suite au constat que notre système de santé n'est pas totalement performant avec des inégalités territoriales, notamment en matière d'accès à des soins de qualité. Un système de santé insuffisant qui devra s'orienter vers la prise en charge globale du patient. Des dépenses de santé en constante augmentation et représentant plus de 11 % du PIB avec une difficulté croissante de financement.

La loi HPST se décompose en quatre titres :

Titre I - La modernisation des établissements de santé

Titre II - L'amélioration de l'accès à des soins de qualité

Titre III - La prévention et la santé publique

Titre IV - L'organisation territoriale du système de santé

Les titres intéressants directement le pharmacien d'officine sont :

- Le titre II qui précise le rôle du pharmacien d'officine et la coopération entre les professionnels de santé ;
- Le titre III qui vise la prévention des maladies chroniques et cancers grâce à l'éducation thérapeutique des patients par les professionnels de santé ;

- Le titre IV qui a pour but la création des Agences Régionales de Santé (ARS), désormais responsables du pilotage du système de santé régional.

Nous développerons ici plus particulièrement l'article 38 du titre II de la loi HPST qui redéfinit la profession de pharmacien d'officine et lui attribue ces nouvelles missions. Nous aborderons la coopération entre les professionnels de santé et le rôle du pharmacien dans la continuité des soins. Enfin, nous verrons le rôle des agences régionales de santé pour la pharmacie d'officine.

2. L'article 38 du titre II

« Article L.5125-1-1 A : 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 [...] 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. »

L'article 38 donne une nouvelle dimension au rôle du pharmacien d'officine, car il définit un cadre législatif qui permet de replacer le patient au centre de la pratique professionnelle du pharmacien. Ceci s'inscrit directement dans la volonté de cohérence du parcours de soins de la loi HPST et intègre le pharmacien au cœur de la politique nationale de santé publique. Cet article accorde donc une place de soignant au pharmacien au regard de son expertise médicamenteuse, de ses connaissances physiopathologiques et de sa proximité avec les patients.

La mission 5 de l'article 38 est particulièrement importante et, permet aux pharmaciens de participer aux actions d'accompagnement des patients. Selon l'OMS « l'éducation du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. »

L'éducation thérapeutique ne se résume pas à la dispensation d'informations et de conseils isolés. Il s'agit d'un processus qui doit être organisé sur le long terme et qui confère des capacités d'auto-soins et des compétences d'adaptation au patient. Les proches du patient peuvent également recevoir une éducation thérapeutique s'ils le souhaitent, et si le patient souhaite les intégrer dans la gestion de sa maladie.

3. Le rôle du pharmacien d'officine comme vecteur de la continuité des soins grâce à la coopération entre les professionnels de santé

La loi HPST permet d'améliorer la coordination hôpital-ville pour répondre au besoin de continuité des soins. Pour cela de nouveaux moyens de communication ont été mis en place. On citera, par exemple, le réseau ONCO¹ Pays de Loire pour les patients cancéreux, ce réseau a pour but de faciliter la prise en charge du patient à la sortie de son hospitalisation, en concertation avec les professionnels de ville. Le rôle du pharmacien se situe ici principalement sur le suivi médicamenteux possible

¹ ONCO fait référence à l'oncologie, synonyme de cancérologie.

dans ces cas précis où le patient est fidèle à une officine en particulier, il a aussi un rôle d'orientation du patient vers les structures d'aides existantes.

Comme évoqué précédemment, l'article 38 du titre II attribue de nouvelles missions au pharmacien d'officine. Il dispose donc de nombreux atouts pour répondre aux besoins du patient et l'orienter dans le système de soins mais aussi participer à la régulation du système de santé. Le pharmacien participe au soutien et au suivi du patient et de son entourage avant et après toute hospitalisation en coopération avec les autres professionnels de santé. Ainsi, le patient peut être mal renseigné par les nouveaux moyens de communication dont il dispose ; on peut souligner ici l'ambiguïté d'internet dont les informations ne sont pas toujours vérifiées par des professionnels qualifiés. Le patient reste donc inquiet sur sa future hospitalisation. Le pharmacien de par sa formation initiale et sa formation hospitalière a pour rôle d'informer et de rassurer le patient. Cette demande nécessite de maintenir ses connaissances à jour, on comprend ainsi la pertinence de l'inscription de la formation dans les missions du pharmacien d'officine dans la loi HPST. En post-hospitalisation le pharmacien d'officine doit coopérer activement avec le reste de l'équipe médicale et paramédicale. On peut ainsi prendre l'exemple des médicaments sortis de la réserve hospitalière et qui intègrent les pharmacies d'officine. Ces médicaments présentent souvent une marge thérapeutique étroite, des précautions d'emploi particulières et une surveillance particulière sur lesquelles le pharmacien doit communiquer.

4. Les pharmaciens d'officines et les Agences Régionales de Santé ^[2]

Les agences régionales de santé, prévues par la partie IV de la loi HPST permettent « renforcer la territorialisation des politiques de santé »². En effet, les 26 Agences régionales de santé ont pour missions d'assurer, à l'échelon régional, un pilotage unifié du système de santé afin de mieux répondre aux besoins des patients par une approche globale et cohérente du parcours de soins. Elles sont

² Projet de loi n°1210 enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 22 octobre 2008

l'aboutissement d'une réflexion engagée dans le début des années 1990 et qui s'était traduite en 1996 par la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation.

Les ARS sont la clef de voûte du système de santé au niveau régional. La loi HPST définit les objectifs de ces agences régionales de santé qui sont « de définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation à l'échelon régional et infrarégional :

- des objectifs de la politique nationale de santé (...)
- des principes de l'action sociale et médico-sociale (...)
- des principes fondamentaux (...) du code de la sécurité sociale » qui sont l'universalité, l'obligation et la solidarité de la protection sociale.

Les missions des ARS couvrent les domaines de la médecine de ville et l'hôpital, mais aussi le médico-social, la sécurité sanitaire et la santé publique.

Pour les pharmaciens d'officine les ARS deviennent l'interlocuteur principal tant au niveau de l'exercice officinal tel qu'il était décrit avant la loi HPST, qu'au niveau des nouvelles missions du pharmacien d'officine. Ainsi, les créations, les transferts et les fusions d'officines sont soumises à autorisation préalable d'agences régionales de santé. Afin d'assurer un dialogue entre de chacune des professions libérales et l'ARS, la loi HPST prévoit la création des Unions régionales des professionnels de santé (URPS). Ces URPS sont des unions qui regroupent des professionnels de santé libéraux élus sur les listes syndicales. Les URPS sont des interlocuteurs privilégiés qui assurent la place du pharmacien dans les négociations pour l'élaboration des politiques de santé sur le territoire.

B. Le rapport de l'IGAS sur les pharmacies d'officine ^[3]

Il s'agit d'une mission confiée par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé³ à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en février 2011 dont l'objectif était de :

³ Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à cette époque était Xavier BERTRAND

- proposer une évolution du mode de rémunération des pharmaciens d'officine ;
- identifier les missions de service public et services de nature à bénéficier d'une rémunération spécifique et directe ;
- identifier les outils nécessaires à l'optimisation du réseau officinal.

Cette mission faisait suite à la publication de la Loi HPST mais également à une prise en compte des difficultés financières des officines et des enjeux économiques du secteur. Ce rapport fut remis le 29 juin 2011.

1. Les missions et services de nature à bénéficier d'une rémunération spécifique et directe

Le rapport de l'IGAS a permis d'identifier les nouvelles missions et services qui sont potentiellement source de rémunération pour les pharmaciens d'officine. Ainsi, le dispositif du pharmacien correspondant qui a fait l'objet d'un décret d'application⁴, aura du mal à se développer de manière significative du fait de sa lourdeur. Le rapport suggère un dispositif alternatif où le pharmacien pourrait par un protocole établi au niveau national, dans les cas où les patients ont des pathologies chroniques stabilisées, effectuer un bilan et renouveler un traitement. Le rapport préconise aussi la mise en place d'entretiens afin d'accompagner les patients avec des pathologies chroniques. Cette suggestion a été récemment mise en place sous la forme d'entretiens pharmaceutique pour les patients sous anticoagulants oraux.

Une des recommandations de la mission, suggère de permettre au pharmacien d'officine de réaliser le test de diagnostic rapide aux angines en premier recours. En effet, les pharmaciens ont d'ores et déjà pris des initiatives pour organiser des dépistages au sein des officines, qui suscitent de vives controverses. Il convient à la direction générale de la santé d'évaluer pathologie par pathologie, l'intérêt de généraliser et promouvoir de tels dépistages. Le rapport suggère aussi d'associer les pharmaciens au suivi du calendrier vaccinal et d'étudier si, le pharmacien pourrait réaliser l'acte de vaccination sous réserve d'une vaccination qualifiante.

⁴ Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants

2. Les propositions d'évolution du mode de rémunération des pharmaciens

Le rapport de l'inspection générale propose de nouvelles missions de service public et services qui auraient vocation à être rémunérés à l'acte et à être pris en charge comme les autres actes des autres professionnels de santé, dès lors qu'ils contribuent à améliorer la prise en charge des patients.

Pour autant, la dispensation du médicament restera la fonction essentielle des pharmacies d'officine. Le rapport propose de substituer progressivement au système de rémunération actuel (marge sur prix plus forfait par boîte) un honoraire de dispensation. Il s'agit d'introduire un lien plus direct entre le niveau de rémunération et le travail fourni à l'officine. Cette partie de la rémunération tiendrait compte du nombre de ligne et des médicaments qui exigent un travail particulier à l'officine. Bien évidemment, une telle évolution du mode de rémunération un travail d'étude préalable et une concertation entre les représentants de la profession et les pouvoirs publics. Par ailleurs, la mission propose de dé plafonner les remises sur les spécialités génériques.

3. Les outils nécessaires à l'optimisation du réseau officinal

En ce qui concerne « l'optimisation du réseau », le rapport préconise d'évoluer vers un réseau d'officine moins dense, surtout dans les centres urbains. Un regroupement des officines permettrait de réaliser des économies tout en gardant un service de qualité. Cependant ces regroupements d'officines et cette concentration risque de se faire au détriment des petites officines rurales qui sont nécessaires afin d'assurer un accès facile aux médicaments à l'ensemble de la population. Ainsi, le rapport préconise qu'afin d'éviter les « déserts officinaux », des procédures spécifiques doivent être mises en place pour sauvegarder ces officines. La mission suggère donc de geler les créations et d'encourager les regroupements en levant certains obstacles juridiques et fiscaux. Pour garantir la politique de regroupement

les pouvoirs publics doivent garantir des revenus officinaux en rapport avec les exigences du métier, et cette garantie de revenus ne sera donnée qu'aux structures dont l'activité est suffisante pour permettre un exercice efficient soit un chiffre d'affaire d'environ 1,5 M€. Des mesures spécifiques seront adoptées pour la pérennité des officines de petites tailles qui permettent d'assurer un bon maillage territoriale des officines.

En conclusion, ce rapport de l'inspection générale des affaires sociales propose un certain nombre de recommandations^{annexe1} comme élargir le rôle du pharmacien d'officine en lui donnant de nouvelles missions et services à réaliser. Ce qui permettrait de basculer progressivement vers une rémunération à l'acte. De plus, le réseau des officines en France devra évoluer vers des regroupements de structures afin d'améliorer l'efficacité des officines.

C. La situation actuelle concernant les entretiens thérapeutiques

Le 10 Janvier 2013 les trois syndicats d'officinaux et l'assurance maladie ont signé l'avenant n°1 à la nouvelle convention précisant les modalités de mise en œuvre du suivi des patients sous antivitamine K (AVK).

Il s'agit d'une première étape concernant les AVK car les nouveaux anticoagulants oraux (Padaxa®, Xarelto®, Eliquis®) ne possèdent pas de référentiels relatifs à leur bon usage pour le moment. Il conviendra d'étendre cet accompagnement à l'ensemble des patients sous anticoagulants oraux dès que les référentiels seront disponibles. En pratique, les premiers entretiens pharmaceutiques n'ont pu réellement débuter que le 27 juin 2013 avec la parution au « journal officiel »⁵ de l'avenant signé au mois de janvier.

⁵ l'arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux.

1. Le contexte de mise en place de ces entretiens AVK ^{[4], [5]}

En France on recense plus de 1 million de personnes traitées par anticoagulants oraux (ACO). Les patients sous ACO ont une moyenne d'âge élevée, 3,3% des sujets âgés de 65 ans et plus ont été exposés au moins une fois à un anticoagulant en 2011 et ces médicaments nécessitent une surveillance renforcée en raison du risque hémorragique élevé. Une étude menée en 1998 par les Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) rapporte que 13% des hospitalisations suite à des effets secondaires sont liées à une hémorragie sous AVK, ce qui représente environ 17 000 hospitalisations par an. Une étude de 2004 impute aux AVK le chiffre de 37% des événements indésirables graves rapportés, liés aux médicaments, concernant majoritairement les sujets âgés de plus de 65 ans. Les AVK se distinguent ainsi largement comme la classe ayant la plus forte incidence d'hospitalisation pour effets indésirables. Dans une nouvelle campagne de communication aux professionnels de santé de 2009, l'ANSM rapporte que «Malgré les recommandations existantes et les différentes campagnes de communication menées auprès des professionnels de santé par l'Afssaps en 2000 et 2004, le traitement par AVK tient toujours une place importante dans la iatrogénie médicamenteuse»⁶.

Les anticoagulants sont la première cause d'effets indésirables graves et les AVK en particulier sont la première cause d'hospitalisation pour effets indésirables. Parmi les facteurs associés à ce risque élevé on peut citer le fait qu'en moyenne, le temps passé dans la zone thérapeutique n'excède jamais plus de 65%, même dans les études randomisées les plus récentes. Autrement dit, pendant près de 40% du temps passé sous traitement, le patient est soit trop anticoagulé, courant alors un risque hémorragique, soit pas assez anticoagulé et courant un risque thrombotique. Pour ces raisons, une surveillance thérapeutique de l'INR est nécessaire. Par ailleurs de nombreuses interactions médicamenteuses sont connues avec les AVK.⁷

Tout l'enjeu de ces entretiens pharmaceutiques sera donc d'améliorer l'observance des patients et le bon suivi du traitement, pour diminuer les accidents

⁶ AFSSAPS, Mise au point sur le bon usage des médicaments antivitamine K (AVK), avril 2009

⁷ ANSM, Les anticoagulants en France en 2012. Etat des lieux et surveillance, juillet 2012

iatrogènes. Ce facteur sera d'ailleurs particulièrement étudié pour juger de l'efficacité de la mise en place du dispositif.

2. L'entretien pharmaceutique ^{[5], [6]}

L'entrée du patient dans le dispositif d'accompagnement par l'entretien pharmaceutique peut se faire :

- sur proposition de l'entretien par le pharmacien lui-même ;
- par envoi d'un courrier explicatif accompagné du bulletin d'intégration au dispositif par l'assurance maladie ;
- sur proposition du médecin.

Le patient a le choix de participer ou non à ce programme. Il a également le libre choix du pharmacien qu'il souhaite désigner pour son accompagnement. Il peut, à tout moment, désigner un nouveau pharmacien, y compris au sein de la même officine, ou ne plus participer au programme. En cas d'absence du pharmacien désigné, l'accompagnement peut être assuré par tout pharmacien inscrit à l'ordre et exerçant au sein de cette même officine, après accord du patient. L'intégration dans le dispositif se fera par la signature d'un formulaire en double exemplaire. Les patients éligibles sont ceux sous traitement au long cours par AVK pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois.

Concernant la rémunération, le pharmacien est rémunéré sur objectifs dès lors qu'il réalise au moins deux entretiens pharmaceutiques au cours de l'année civile de référence ou au moins un entretien si l'adhésion intervient à compter du second semestre de l'année. L'exigence relative au second entretien ne s'applique pas lorsque le traitement par AVK du patient est arrêté définitivement.

Le pharmacien procède à la déclaration de réalisation des entretiens par télétransmission. La rémunération annuelle est fixée à 40 euros par an et par

patients. Elle est effectuée au cours du premier trimestre de l'année n+1 sur la base des entretiens pharmaceutiques réalisés au cours de l'année n et déclarés par le pharmacien. La rémunération perçue pour un patient donné est limitée à une seule officine pour l'année civile de référence considérée. Le paiement sera, dans ce cadre, effectué auprès de la première officine ayant déclaré la réalisation d'entretiens pharmaceutique.

3. Les outils mis à disposition du pharmacien pour ces entretiens AVK ^{[7], [8]}

L'avenant prévoit un guide ^{annexe2}, élaboré à partir des documents de référence établis par l'ANSM, il est conçu pour permettre aux pharmaciens d'officines d'appréhender au mieux la conduite de l'entretien pharmaceutique dans le cadre de l'accompagnement des patients nécessitant un traitement chronique par AVK.

Il a aussi été mis au point une fiche de suivi de l'entretien ^{annexe3} pour servir de support à l'échange avec le patient. La fiche de suivi de l'entretien doit être conservée et archivée par le pharmacien. Le pharmacien s'engage également à remettre aux patients sous AVK le carnet de suivi et d'information édité par l'ANSM.

Afin d'assurer une prise en charge optimale du patient, le pharmacien s'engage sur cette base à acquérir la formation nécessaire à la conduite de l'entretien pharmaceutique et à la maîtrise des principes généraux lui permettant de contribuer de façon optimale à la maîtrise médicalisée des dépenses. Le pharmacien dispose de nombreux outils facilement accessibles pour actualiser ses connaissances sur les AVK, notamment le Dossier du Comité du Cespharm sur les anticoagulants oraux de novembre 2012, qui reprend les dernières publications de l'ANSM sur le bon usage des ACO et de nombreux autres éléments utiles au pharmacien qui désire se remettre à niveau.

L'entretien pharmaceutique est un exercice nouveau pour le pharmacien, qui implique un changement de la relation pharmacien – patient au comptoir. En effet,

l'entretien doit se tenir dans un espace de confidentialité (par exemple un bureau), avec une durée d'entretien qui peut être estimée à environ 20 à 30 minutes. Le nouveau face à face avec le patient nécessite une préparation de la part du pharmacien, au delà des connaissances sur le traitement ou le bon usage des médicaments, à une attitude, un échange avec le patient sous une nouvelle forme. Le pharmacien expérimenté au comptoir possède déjà des capacités d'adaptation, de conseils suivant le patient. L'objectif est de savoir adapter son empathie et son écoute à son interlocuteur, en gardant toujours à l'esprit sa mission première qui est de s'assurer que le patient a compris les informations importantes concernant son traitement.

4. Entretien avec un patient ^[9]

Afin d'aider le pharmacien à mener ces entretiens il a été élaboré un questionnaire à partir des documents de référence établis par l'ANSM, celui-ci constitue une trame d'échanges avec le patient. Il aborde dans ce cadre l'ensemble des points qui apparaissent incontournables pour un suivi optimal du patient. Il doit être considéré comme un fil conducteur de l'entretien et non suivi à lettre par le pharmacien qui va mener l'entretien. Le pharmacien devra être capable de s'adapter à la situation réelle de l'entretien et se détacher de ce fil conducteur.

Ce questionnaire constitue également, un support du suivi du patient qu'il conviendra de conserver afin de bien préparer le prochain entretien. A chaque question posée, le pharmacien complétera avec des explications et analyses les réponses faites par le patient afin d'adapter son discours et s'assurer de la bonne compréhension des messages transmis. De plus, Le carnet d'information et de suivi du traitement par AVK remis au patient peut constituer un bon support d'informations complémentaires. Il faudra demander au patient de le présenter ou, s'il n'en a pas, lui en remettre un. Ce carnet peut être commandé en ligne sur le site du Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM).

Le pharmacien devra être capable d'évaluer le degré d'accompagnement qui doit être mis en œuvre ainsi que le nombre d'entretiens nécessaire au suivi optimal

du patient. Ce degré d'accompagnement doit être adapté à chaque patient en fonction de sa réceptivité et de son appropriation des messages transmis.

L'appréciation des connaissances du patient sur son traitement et sa pathologie se fait selon trois niveaux : Acquis (A), Partiellement acquis (PA) et Non acquis (NA).

Le pharmacien considère qu'une notion est :

- « acquise » dès lors qu'elle est parfaitement intégrée par le patient ;
- « partiellement acquise » dès lors que le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises ;
- « non acquise » dès lors que le patient ne sait rien sur le sujet.

A l'issue de cet entretien, le pharmacien évalue la situation et juge s'il est nécessaire ou non de contacter le médecin ou de conseiller au patient une consultation chez son médecin.

D. Une volonté de faire des économies de santé

Le gouvernement actuel s'est fixé comme objectif d'engager le redressement des comptes de la Sécurité sociale. En effet, ce redressement s'engage à travers la loi de finances rectificative d'août 2012 et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 (PLFSS 2013), cela s'inscrit dans le respect de notre système de protection sociale.

1. La Loi de Finance Rectificative ^[10]

La Loi de finance rectificative à été promulguée le 16 aout 2012 et publiée au journal officiel le 17 aout 2012. Cette loi à pour objectif de financer plusieurs mesures correspondant à des engagements pris par le Président de la République lors de sa campagne : majoration de 25% de l'allocation de rentrée scolaire bénéficiant aux

familles modestes, rétablissement de la possibilité de départ en retraite à 60 ans pour les assurés ayant commencé à travailler tôt. Elle engage aussi le redressement des comptes de la Sécurité sociale.

En effet, cette loi a apporté 1,5 milliards d'euros de recettes nouvelles à la Sécurité sociale et a permis le financement de plusieurs mesures correspondant à des engagements pris lors de la campagne présidentielle.

Parmi les mesures importantes de cette loi on retiendra notamment :

- la suppression de l'exonération et de la défiscalisation des heures supplémentaires, sauf pour les cotisations patronales des PME de moins de 20 salariés.
- la contribution exceptionnelle sur la fortune pour les patrimoines de plus de 1,3 million d'euros ;
- le doublement de la taxe sur les transactions financières (0,2 %) ;
- la diminution du traitement du président de la République et de celui du Premier ministre. Conformément aux engagements du président de la République pris pendant la campagne présidentielle, la rémunération des membres du Gouvernement a été réduite de 30 % à compter du 15 mai 2012. Cette mesure vise à diminuer dans les mêmes proportions la rémunération versée au président de la République et au Premier ministre. Leur rémunération brute mensuelle est ainsi abaissée de 21 300 euros à 14 910 euros ;
- la suppression de la prise en charge des frais de scolarité des enfants français scolarisés dans un établissement d'enseignement français à l'étranger.

	Solde 2011	Solde 2012 Avant LFR	Solde 2012
Maladie	-8,6	-6,8	-5,5
AT/MP	-0,2	-0,1	-0,1
Vieillesse	-6	-5,8	-5,2
Famille	-2,6	-2,7	-2,5
Total régime générale	-17,4	-15,5	-13,3
FSV	-3,4	-4,4	-4,1
Total RG+FSV	-20,9	-19,9	-17,4

Figure 1 : Solde des différentes branches de l'assurance maladie pour 2012, avec l'impact de la LFR ^[10]

Ainsi, la loi de finance rectificative a permis de ramener le déficit de la sécurité sociale à 17,4 milliards d'euros pour 2012 pour un déficit prévu initialement était de 19,9 milliards d'euros.

2. Le PLFSS 2013 ^[11]

Cette loi a été promulguée le 17 décembre 2012, l'objectif est de poursuivre le redressement des comptes de la sécurité sociale engagé par la loi de finance rectificative de 2012. Il s'agit à travers cette loi de préserver l'avenir de notre système de santé et de consolider notre système de protection sociale, en particulier pour les plus fragiles en rendant les prélèvements sociaux plus justes.

	Solde 2012	Solde 2013 Avant LFR et PLFSS	Solde 2013 Post-LFR et avant LFSS	Solde 2013
Maladie	-5,5	-9,1	-8,7	-5,1
AT/MP	-0,1	-0,2	-0,2	+0,3
Vieillesse	-5,2	-7,4	-4	-4
Famille	-2,5	-3,3	-3,3	-2,6
Total régime générale	-13,3	-20	-16,1	-11,4
FSV	-4,1	-4,9	-3,6	-2,6
Total RG+FSV	-17,4	-24,9	-19,9	-13,9

Figure 2 : Solde des différentes branches de l'assurance maladie pour 2012 et 2013, avec l'impact de la LFR et LFSS ^[11]

En 2013, les mesures décidées par la loi de finance rectificative de 2012 améliorent le solde du régime général et du fonds de solidarité vieillesse de 5,2 milliards d'euros par rapport à son évolution tendancielle.

Le PLFSS 2013 constitue une nouvelle étape de redressement des comptes sociaux. Il va permettre de ramener le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse à 13,9 milliards d'euros en 2013 : ce déficit sera donc réduit de 3,5 milliards d'euros par rapport à 2012 et de 7 milliards d'euros par rapport à 2011. Compte tenu du niveau de croissance retenu pour 2013 (+0,8%), le déficit 2013 s'établirait à 24,9 milliards d'euros sans les mesures de la loi de finance rectificative et du PLFSS, et à 19,7 milliards d'euros sans les mesures prévues dans le PLFSS.

Les mesures prévues à travers le PLFSS 2013 représentent un effort de 5,5 milliards. Les recettes permettront d'apporter 3,4 milliards d'euros au régime général et au fonds de solidarité vieillesse.

Ainsi, à titre d'illustration :

- « Les travailleurs indépendants cotiseront à l'assurance maladie à un taux proportionnel à l'ensemble de leurs revenus d'activité, alors que ces cotisations sont aujourd'hui plafonnées (elles ne concernent pas la tranche de revenu supérieure à 181 860 euros). La cotisation minimale sera abaissée. »⁸
- « Les particuliers employeurs cotiseront sur le salaire réel, comme c'est la règle pour l'ensemble des rémunérations, et non sur un forfait. Les droits des salariés concernés, notamment en matière de retraite, seront ainsi améliorés. »⁸
- « Les élus locaux contribueront au financement de la protection sociale sur leurs indemnités supérieures à 18 186 euros par an, dans les conditions qui s'appliquent aux salaires. »⁸

La progression des besoins de soins résulte notamment d'un nombre croissant de patients soignés pour des pathologies lourdes ou chroniques, mais aussi d'un meilleur accès des patients à l'innovation. Le taux de croissance de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (Ondam) est portée à 2,7%, soit 0,2% de plus qu'en 2012. Il nécessite donc un effort d'économie par rapport à cette croissance spontanée de 2,1 milliards d'euros en 2013 sur le régime général (2,4 milliards d'euros pour tous les régimes de la sécurité sociale).

1,76 milliards d'euros d'économie seront réalisés sur les soins de ville, les mesures d'économies sont centrées sur l'efficacité des soins.

⁸ Projet de loi de financement de la sécurité social pour 2013

Mesures d'efficience relatives aux professionnels de l'offre de soins ambulatoires	225
Dont baisses tarifaires médecins et biologistes	155
Dont amélioration de l'efficience des prescriptions de transport et harmonisation des remises	70
Mesures d'économies sur les produits de santé	876
Dont baisses de prix des médicaments princeps, baisses de prix des génériques	530
Dont baisses de prix des dispositifs médicaux	75
Dont mise en cohérence des prix des médicaments perdant leur brevet mais non substituables	50
Dont évaluation du service médicale rendu de certaines spécialités	26
Dont optimisation de la tarification des génériques	100
Dont mesures de convergence de prix par classes thérapeutique	95
Mesures d'efficience des prescriptions	605
Dont maîtrise médicalisée des médicaments, des dispositifs médicaux et autres prescriptions	550
Dont efficience de la prescription des médicaments d'exception	15
Dont lutte contre la iatrogénie médicamenteuses des personnes âgées	15
Dont action de gestion du risque des ARS (prescriptions hospitalières exécutées en ville, imagerie)	25
Lutte contre les fraudes	50
Total	1756

Figure 3 : Mesures d'économies en 2013 sur les soins de ville en millions d'euros ^[11]

Des économies à hauteur de 225 millions d'euros relatives aux professionnels de l'offre de soins ambulatoires seront réalisées, ainsi des baisses tarifaires concernant certaines spécialités médicales et la biologie seront consenties.

Les mesures d'économies sur les produits de santé sont les plus importantes avec 876 millions d'euros. Ces mesures de baisses tarifaires porteront sur les médicaments princeps et génériques ainsi que sur les dispositifs médicaux. De plus, une harmonisation des prix va permettre de baisser le prix de certains médicaments lorsque leur brevet arrive à expiration comme c'est le cas quand il existe un

générique. Les prix des médicaments, au sein d'une même classe thérapeutique, seront mis en adéquation.

Une maîtrise des prescriptions et l'amélioration des pratiques permettront de faire des économies pour un montant de 605 millions d'euros. Le plus gros effort sera porté sur une maîtrise médicalisée des médicaments, dispositifs médicaux et autres prescriptions. Il s'agit ici d'augmenter la prescription des génériques et de prescrire de façon plus homogène les arrêts de travail. Ainsi pour cette mesure des accords ont été passés avec les professionnels de santé pour s'orienter vers une rémunération sur objectif. Une action de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, permettant de réduire les effets indésirables des médicaments chez les patients âgés, associant les prescripteurs ambulatoires, ainsi qu'un meilleur contrôle de certaines prescriptions d'exception, permettront de compléter ces actions d'efficience. Enfin, une économie supplémentaire de 50 millions d'euros sera réalisée par une lutte active contre les fraudes diverses.

Pour les soins hospitaliers, les économies réalisées sont d'un montant de 657 millions d'euros. L'effort pour l'hôpital est moins important que pour les soins de ville.

Renforcement de l'efficience interne des établissements de santé	314
Rationalisation des achats hospitaliers	250
Amélioration de l'organisation des pharmacies à usage intérieur	64
Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge	193
Amélioration de l'efficience des prises en charge (chirurgie ambulatoire...)	123
Renforcement de la pertinence des actes et prises en charge (pertinence des actes, mises sous accord préalable, soins de suite)	60
Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	10
Efficience des produits de santé à l'hôpital	150
Baisses de prix sur les médicaments de la liste en sus	50
Baisses de prix des dispositifs médicaux de la liste en sus	40
Adaptation des indications de la liste en sus	60
Total	657

Figure 4 : Mesures d'économies pour 2013 sur le secteur hospitalier en millions d'euros ^[11]

Il sera demandé aux hôpitaux d'améliorer leur efficience interne en améliorant l'organisation des pharmacies à usage intérieur et en rationalisant les achats hospitaliers. De plus des actions de gestion du risque et de qualité des prises en charge seront mises en place. Un effort spécifique sur l'efficience des produits de santé de 150 millions d'euros passera par des baisses de prix de médicaments et des dispositifs médicaux.

3. Synthèse de l'impact de la loi de financement rectificative de 2012 et du PLFSS 2013 sur les comptes de la Sécurité sociale

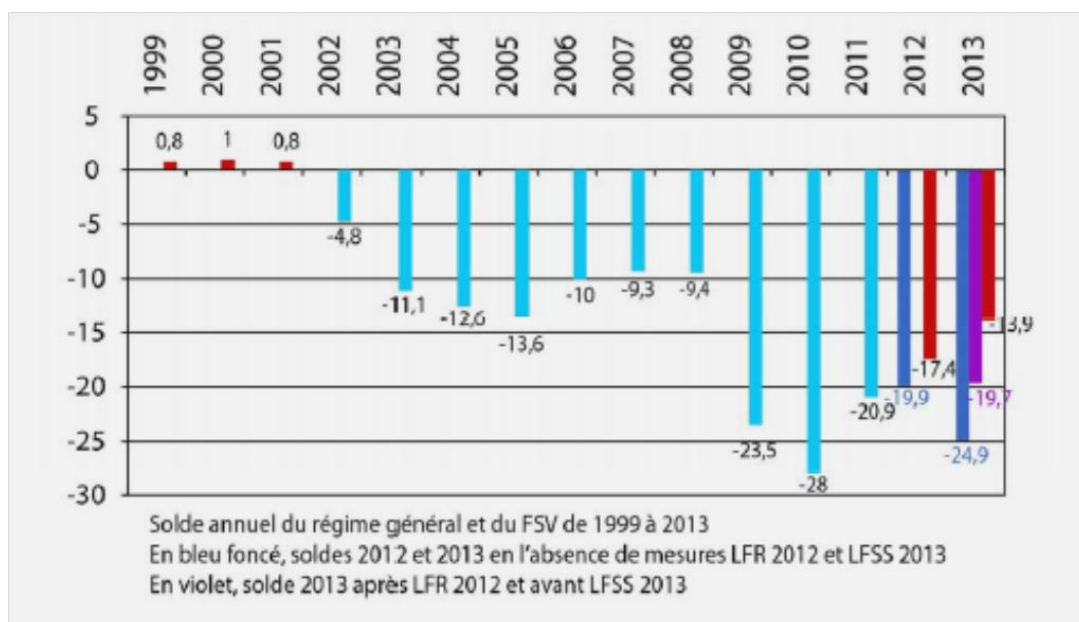


Figure 5 : Solde annuel du régime général et du fond de solidarité vieillesse de 1999 à 2013 ^[11]

On observe que de 2002 à 2012 le cumul des déficits – régime général (RG) et fonds de solidarité vieillesse (FSV) - atteint environ 160 milliards d'euros, avec un pic de déficit annuel pour l'année 2010 où le déficit pour cet exercice atteint 28 milliards d'euros.

Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse fut ainsi ramené fin 2012 à 17,4 milliards d'euros, contre 20,9 milliards d'euros fin 2011 et une prévision tendancielle de 19,9 milliards d'euros avant la loi de finances rectificative.

Pour l'année 2013, sans la mise en place de la loi de finance rectificative et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, le déficit aurait atteint 25 milliards pour cette année là.

A travers ces différents projets de loi, on remarque que le contexte dans lequel la pharmacie évolue est destiné à connaître des évolutions qui ont des conséquences pour les officines et les grossistes-répartiteurs.

II. Pourquoi les Grossistes-répartiteurs ont intérêt à proposer des formations adaptées aux besoins des équipes officinales

Le contexte actuel fait que l'officine est en pleine évolution (A). Nous verrons aussi dans quel environnement doit évoluer la distribution pharmaceutique en France (B) et quelles sont les règles en terme de formation pour les titulaires et leurs équipes officinales (C).

A. L'économie de la pharmacie d'officine actuellement

1. L'évolution de l'activité des officines ^{[12], [13], [14]}

CA HT moyen en valeur en K€	2012	1624,5
	2011	1621,7
Evolution moyenne du CA en %	2011/2012	+ 0,17

Figure 6 : Evolution du chiffre d'affaires moyen des officines entre 2011 et 2012^[12]

Le chiffre d'affaires moyen des officines en France à progressé de 0,17% en 2012. Cette évolution quasi nulle du chiffre d'affaire marque une stagnation de l'activité officinale.

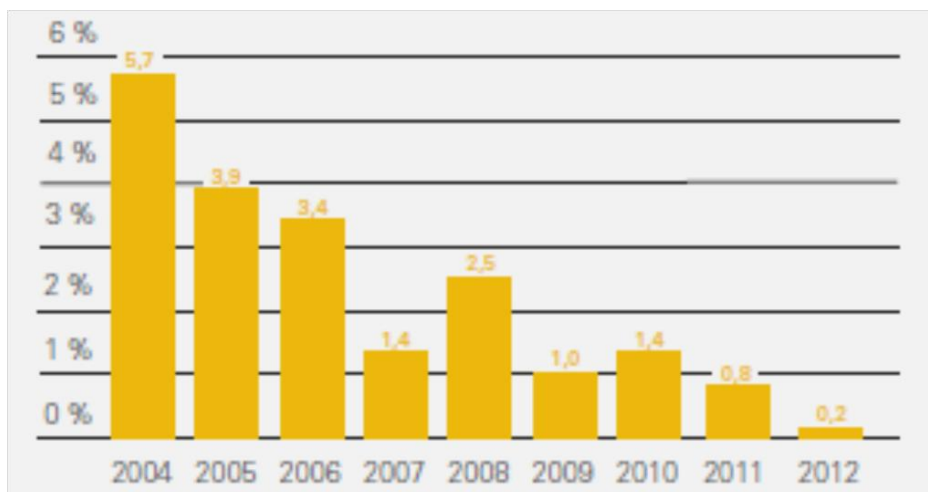


Figure 7 : Evolution du chiffre d'affaires des officines depuis 2004 jusqu'à 2012 ^[12]

Si l'on établit un comparatif avec l'évolution du chiffre d'affaires des années précédentes on remarque que le chiffre d'affaires des officines a toujours progressé et c'est cette « progression » qui diminue.

Cette baisse de l'évolution du chiffre d'affaires des officines est due au fait que le chiffre d'affaires global des pharmacies dépend essentiellement du chiffre d'affaires sur le médicament remboursable. En effet, 78% du chiffre d'affaires des officines est réalisé grâce aux médicaments remboursables, la volonté des autorités de maîtriser les dépenses de santé d'une manière générale et les prescriptions a provoqué une diminution de la vente de médicaments remboursables (taux de TVA à 2,1 %) à hauteur de 0,8% entre 2011 et 2012. De plus, avec la réforme « tiers payant contre générique » qui a été mise en place de façon globale sur l'ensemble du territoire mi-2012, les ventes de médicaments génériques ont encore progressé. En effet, cette réforme oblige le patient à payer ses médicaments princeps lorsque ceux-ci sont disponibles dans le répertoire des médicaments génériques. Le « Tiers-Payant Contre Génériques » est exclu uniquement en cas de mention « non substituable » inscrite en toute lettre et de manière manuscrite par le médecin.

Cependant, l'évolution du chiffre d'affaires global est un indicateur qui doit être interprété avec précaution. En effet, il dépend beaucoup de la typologie de l'officine.

CA < 1100 K€	-1,3 %
CA de 1100 K€ à 2200 k€	0,1%
CA > 2200 K€	1,4%
Zone rurale	-0,1%
Zone urbaine	-0,1%
Centre commercial	2,9%

Figure 8 : Evolution du chiffre d'affaires des officines en fonction de la typologie et du chiffre d'affaire^[12]

On observe que la taille de l'officine à une importance sur la progression de son chiffre d'affaires. En effet, les officines de plus de 2,2 millions d'euros de chiffre d'affaires ont une progression de 1,4%, en revanche, les pharmacies avec un chiffre d'affaires inférieur à 1,1 millions d'euros marquent une diminution de 1,3%. Les plus petites officines semblent plus souffrir des dernières mesures et leur activité est en baisse. De plus, la typologie de l'officine est particulièrement importante, les officines localisées en zone urbaine et rurale ont un chiffre d'affaires global qui diminue de 0,1%, les officines de centre commercial quant à elles ont un chiffre d'affaires qui progresse de 2,9%.

En conclusion l'activité globale des officines est en quasi stagnation en 2012, cependant, il existe de nombreuses disparités entre les officines. Il en ressort que les pharmacies avec un gros chiffre d'affaires et celles de centre commercial sont celles qui progressent encore.

2. Evolution des marges des officines ^[12]

Marge moyenne HT en K€	2012	480,5
	2011	474,2
Evolution moyenne de la marge en valeur en %	2012/2011	+1,3
	2011/2010	+2,6
	2010/2009	+2,9
Taux moyen de marge brute commerciale en %	2012	29,7
	2011	29,3
	2020	28,8

Figure 9 : Evolution de la marge moyenne et du taux de marge brute commerciale des officines^[12]

La marge brute est la différence entre le prix d'achat hors taxes d'un produit et son prix de vente. Pour obtenir le taux de marge il faut diviser la marge brute hors taxes par le cout d'achat hors taxes. Le taux de marge présente la marge brute en pourcentage du coût d'achat.

Pour 2012, on observe une augmentation de la marge moyenne des officines qui passe ainsi à 480,5 K€ par officine par rapport à 474,2K€ en 2011. Ainsi la marge moyenne progresse de 1,3% en 2012. On remarque que la progression de la marge est beaucoup moins importante que les années précédentes, en effet l'augmentation était de 2,6% pour 2011 et 2,9% pour 2010.

Le taux de marge moyen progresse donc aussi en conséquence, avec une moyenne à 29,7% en 2012. Il faut être néanmoins prudent avec ces valeurs car le taux d'inflation sur 2012 était de 2% donc la progression de la marge est inférieure et ne suit pas la progression de l'inflation.

Marge en valeur	Marge 2012	Marge 2011	Variation en valeur	Variation en %
Total activité	480,5	474,2	6,4	1,3
Activité 2,1%	363,0	360,8	2,2	0,6
Activité à 5,5% et 7%	71,2	68,7	2,5	3,6
Activité à 19,6%	47,1	45,6	1,5	3,3

Figure 10 : Evolution de la marge en fonction du secteur d'activité de l'officine^[12]

L'augmentation du taux de marge s'explique à nouveau cette année par l'appréciation significative du taux de marge sur le médicament remboursable. L'effet générique a encore favorablement impacté les taux de marge analysés et le tassement du marché générique depuis fin 2011 ne s'est pas encore fait ressentir sur les ratios. On remarque ici que la part du médicament remboursé représente la majeure partie de la marge des officines, la marge sur la parapharmacie et les médicaments conseils est en réelle progression avec plus de 3% d'augmentation mais influe peu au final sur la marge globale. En effet, l'augmentation de 0,6% sur les médicaments remboursables ne permet qu'une augmentation globale de la marge moyenne à 1,3%.

	Taux de marge 2012 en %	Taux de marge 2011 en %
CA < 1100 K€	29,7	29,3
CA de 1100 K€ à 2200 k€	29,7	29,3
CA > 2200 K€	29,5	29,2
Zone rurale	30,1	29,7
Zone urbaine	29,4	29,0
Centre commercial	28,8	28,9

Figure 11 : Evolution du taux de marge des officines en fonction de leur chiffre d'affaires et de leur typologie^[12]

Nous avons vu précédemment que les chiffres d'affaires des plus petites officines, des pharmacies de zone rurale et urbaine avaient tendance à diminuer. Cependant en ce qui concerne le taux de marge brute, celles-ci ont un meilleur taux de marge et une meilleure progression de ce taux de marge brute. On observe plus d'un point de différence entre le taux de marge d'une pharmacie rurale à 30,1% et celui d'une officine de centre commercial à 28,8%. Le niveau de chiffre d'affaires des officines impact peu sur le taux de marge.

En conclusion, on note que la marge des officines est toujours en progression malgré un ralentissement de cette progression. Le poids du médicament remboursable est très important pour la marge des officines et il faudra être vigilant concernant l'évolution de la marge de ce segment dans les années à venir.

3. Évolution de la rentabilité des officines ^[12]

Le meilleur indice pour mesurer la rentabilité d'une officine et son évolution est la PCG (Performance commerciale et de gestion). Il est la résultante de l'activité commerciale (chiffre d'affaires généré et marges dégagées), du poids des charges externes et frais de personnel (salaires, charges sociales patronales). Il est souhaitable bien évidemment que ce ratio soit le plus élevé possible. A la différence

de l'excédent brut d'exploitation (EBE) il n'est pas influencé par la politique financière de l'officine.

Performance commerciale et de gestion en valeur en K€	2012	233,3
	2011	230,8
Evolution moyenne de la PCG en valeur en %	2012	+1,1
	2011	+3,8
	2010	+5,1

Figure 12 : L'évolution de la performance commerciale et de gestion des officines^[12]

L'augmentation de la PCG sur 2012 est de 1,1%, il s'agit d'une faible augmentation en comparaison des années précédentes. Ceci s'explique par une faible augmentation du chiffre d'affaires et de la marge, conjugué à des frais généraux et notamment de personnel en très nette augmentation.

En conclusion, pour maintenir leur rentabilité, les officines sont contraintes à des efforts de gestion et d'adaptation très importants. Ainsi « Depuis plusieurs années maintenant, ces dernières évoluent très peu et les effectifs salariés sont stables voire en régression. »⁹

⁹ Rapport KPMG Pharmacie « moyenne professionnelles 2013 » 21eme édition

B. La distribution pharmaceutique en France

1. Généralités ^{[15], [16]}

Les répartiteurs sont des entreprises spécialisées et réglementées appelées «grossistes répartiteurs pharmaceutiques ». Ils manipulent et détiennent les médicaments et sont soumis au monopole pharmaceutique, fondement de la législation pharmaceutique depuis 1941. Ils relèvent de l'Ordre professionnel des pharmaciens (section C) et doivent obtenir une autorisation administrative spécifique à l'exercice de leur activité, les obligeant à surveiller en permanence les opérations par la présence de pharmaciens dits « responsables » et « délégués ».

Dans la chaîne de distribution du médicament, la place du répartiteur est un maillon important et stratégique car il est le lien direct entre les fournisseurs pharmaceutiques et les clients pharmaciens. Il a donc un rôle indispensable pour la fourniture des officines en produits de santé parmi une gamme de plus de 30 000 références.

En tant que grossiste, le répartiteur pharmaceutique doit être capable d'acheter aux industries pharmaceutiques des produits, puis de les stocker dans ses propres magasins afin de les répartir de manière optimale dans les pharmacies clientes du groupe. L'implantation d'un certain nombre d'agences sur l'ensemble du territoire français est essentielle pour garantir aux clients la disposition et l'accès aux produits de santé dans des conditions à la fois efficaces et efficientes.

Le positionnement central du grossiste au sein du circuit du médicament est un atout pour les pharmacies qui ont moins de démarches commerciales en évitant le contact direct des centaines de fournisseurs. Pour les laboratoires en amont, livrer à seulement quelques répartiteurs nationaux est plus intéressant que de distribuer les médicaments aux milliers de pharmacies nationales.

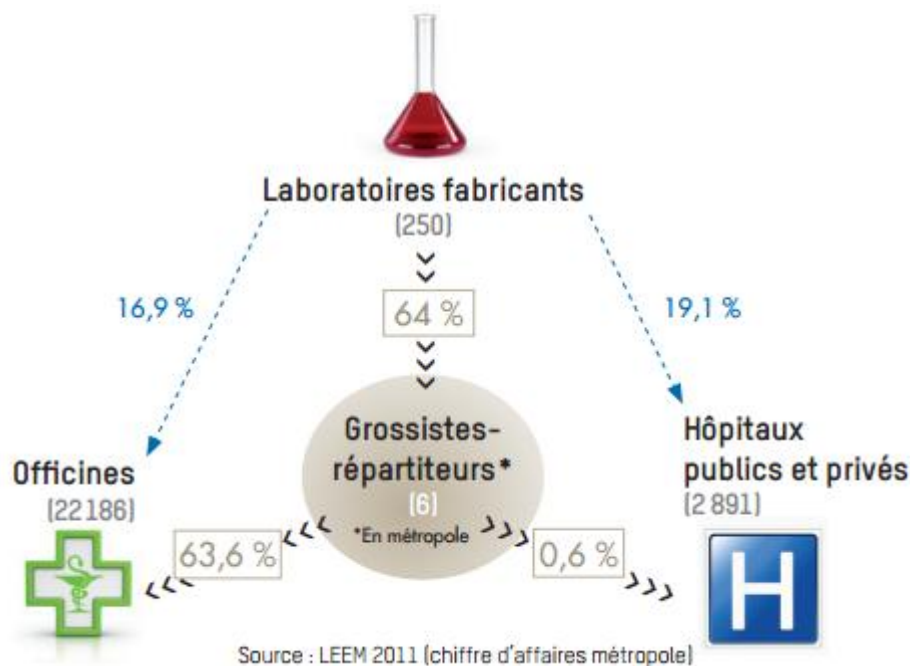


Figure 13 : Les canaux de distribution du médicament ^[16]

La compétence logistique de ces groupes pharmaceutiques permet de fournir aux pharmacies des produits rares à faible rotation dans les meilleurs délais grâce à des équipements à la pointe pour la sécurité des médicaments et tout en respectant la chaîne du froid, indispensable à certains produits.

Dans le monde de la répartition en France, quatre grands groupes pharmaceutiques se partagent 97% du marché de la distribution pharmaceutique, concurrencés à faible niveau par des shorts liners qui cependant ne laissent pas indifférents. Ces derniers proposent « *une livraison unique (journalière ou hebdomadaire) des 200 spécialités les plus courantes à des prix beaucoup plus avantageux et à des conditions logistiques moins exigeantes.* »¹⁰

Au niveau des acteurs de la répartition pharmaceutique en France, on retrouve quatre acteurs qui se partagent la quasi-totalité du marché. Le leader en France est l'« OCP » avec plus d'un tiers des parts du marché, l'« OCP » appartient au groupe Celesio. Ensuite, on retrouve « Alliance healthcare », puis un réseau de trois

¹⁰ Lettre du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie du 20 janvier 2003, au conseil de la société Alliance Santé Distribution

coopératives que l'on appelle communément le réseau CERP et qui est composé de la « CERP Bretagne-Nord », de la « CERP Rhin Rhône Méditerranée » et d' « Astera » qui était appelé auparavant la CERP Rouen. Enfin, le quatrième acteur sur le territoire français est « Phoenix pharma », il n'est pas présent partout en France mais, il reste un des leaders au niveau européen.

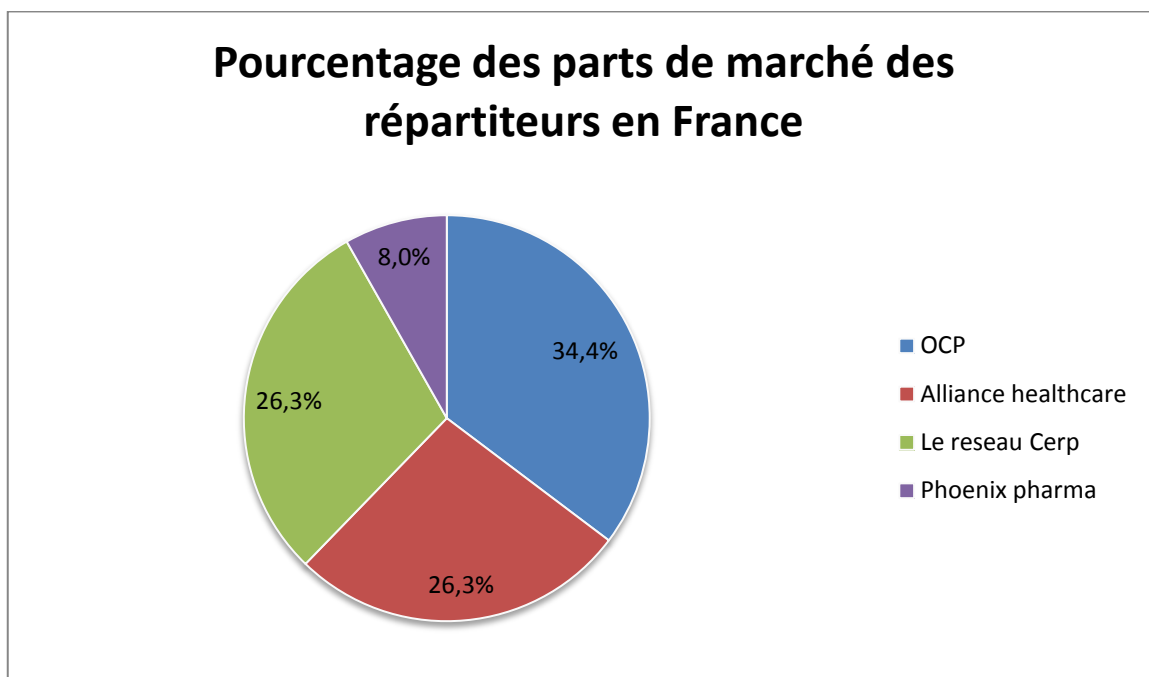


Figure 14 : Répartition des parts de marché des grossistes répartiteurs en France^[16]

La répartition pharmaceutique est une activité très règlementée car elle touche directement à la santé publique et aux médicaments qui sont des produits indispensables à la santé des patients et qui peuvent être urgents, rares, chers et périssables rapidement. Cette activité est sous l'autorité du Ministère de la Santé et doit obéir au Code de la Santé Publique. L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé) est chargée de contrôler l'application des dispositions prévues par ce code.

Ainsi, le Code de la Santé Publique détermine six obligations qui s'appliquent à tout établissement de répartition pharmaceutique. Ces obligations ont été renforcées par le décret du 11 février 1998 et sont la base des BDP (Bonnes Pratiques de Distribution) :

- présence d'un pharmacien dans chaque établissement du groupe pharmaceutique ;
- desservir toutes les pharmacies qui leur en font la demande sur le secteur d'activité déclaré ;
- référencer au moins les 9/10 des médicaments exploités en France, auxquels peuvent s'ajouter les accessoires médicaux ;
- posséder un stock permettant de satisfaire au moins deux semaines de consommation ;
- livrer tout médicament du stock dans les 24 heures suivant la réception de la commande ;
- participer à un système d'astreinte les week-ends et jours fériés afin de répondre à toute demande urgente.

Malgré la volonté des pouvoirs publics de limiter le coût de la distribution du médicament et les marges du répartiteur, les répartiteurs sont toujours à la recherche de gains de marge¹¹ et de nouveaux concepts valorisant l'image et le chiffre d'affaires du groupe. Aujourd'hui l'activité de grossiste-répartiteur ne se réduit pas seulement à son cœur de métier, la logistique du médicament, mais évolue vers un métier de prestataire de services afin de garantir la satisfaction et la fidélisation du client pharmacien.

¹¹ RATTON Marie Christine, « La répartition en Europe », cours de Master 2 de répartition pharmaceutique, Université de Limoges, 2012/2013.

2. L'économie actuelle de la distribution¹²

D'une manière générale, tous les 4 ans interviennent changements concernant la répartition pharmaceutique en France. En effet, si l'on fait un point depuis 2004, on remarque que cette même année il y a eu une réduction de la marge. En 2008, la marge des répartiteurs a aussi été réduite, avec une introduction d'une nouvelle structure de prix pour les génériques et une réduction du délai de paiement. Pour 2012, il y a eu un changement de marge, de prix et de TVA. On peut donc prévoir de nouveaux changements pour l'année 2016.

Tout d'abord, si l'on compare l'évolution de la marge grossiste par rapport à la marge de l'officine depuis 2008. La marge de l'officine est quasiment constante depuis 2008, quant à elle, la marge des grossistes-répartiteurs a diminué de 0,7%.

¹² DES CHAMPS DE VERNEIX Pierre, « Stratégie commerciale », cours de Master 2 de répartition pharmaceutique, Université de Limoges, 2012/2013.

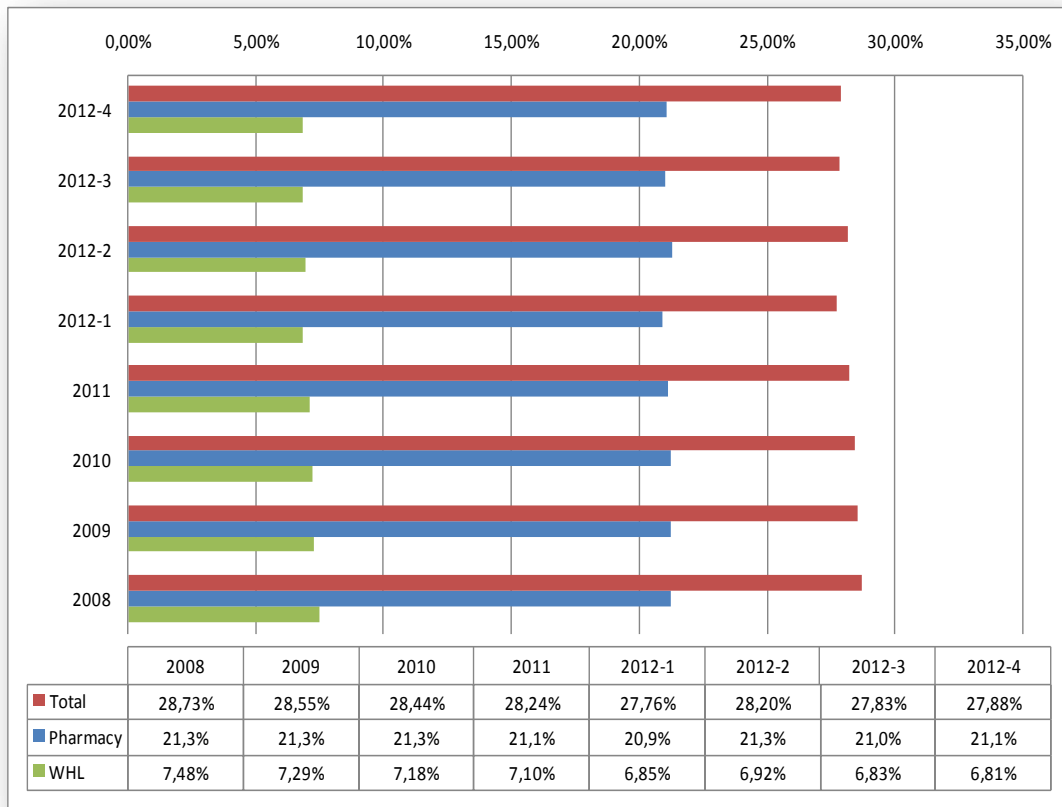


Figure 15 : Comparaison de l'évolution de la marge grossiste et de la marge officine depuis 2008¹³

De plus, si on s'intéresse à la nouvelle marge grossiste de 2012, on remarque clairement que celle-ci n'est pas à l'avantage des répartiteurs. En effet avant 2012, nous étions dans un système de marge dégressive lissée avec quatre tranches de marge en fonction du prix du médicament. Les médicaments avec un prix de 0 à 22,90€ étaient margés à 9,93%. La marge diminuait avec l'augmentation du prix du médicament avec une limite haute de rémunération à 14,70€ pour les médicaments dont le prix était supérieur à 400€ pour les grossistes. La marge moyenne s'établissait autour de 7,10% au global.

¹³ DES CHAMPS DE VERNEIX Pierre, « Stratégie commerciale », cours de Master 2 de répartition pharmaceutique, Université de Limoges, 2012/2013.

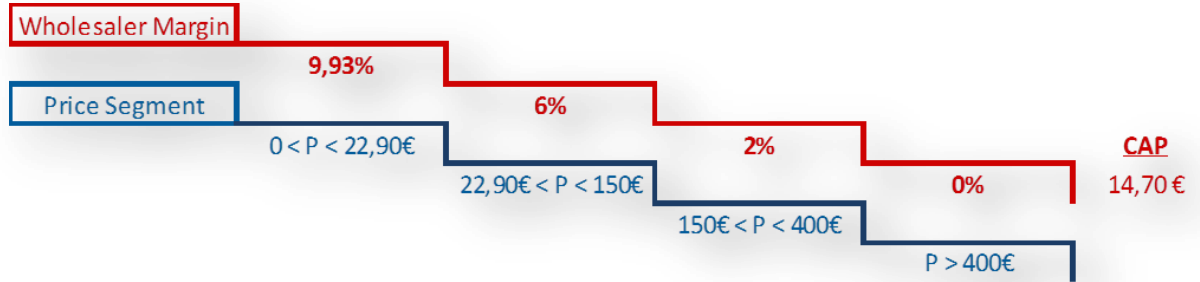


Figure 16 :Marge de la distribution pharmaceutique avant le changement de 2012¹⁴

En 2012, on est passé à une marge linéaire à 6,68%, avec une limite basse minimale qui est de 30 centimes par boîte et une rémunération de 30,06 euros pour une boîte dont le prix est supérieur à 450 euros.

Au premier abord, on peut penser que cette marge est à l'avantage des répartiteurs car ils sont gagnants sur les boîtes dont le prix est inférieur à 4,50 et supérieur à 450 euros en comparaison de la marge antérieure à 2012. Cependant, 71,21% du volume de boîtes des répartiteurs est réalisé entre 4,50 et 450 euros et c'est dans cette tranche de prix que la marge est désavantageuse.

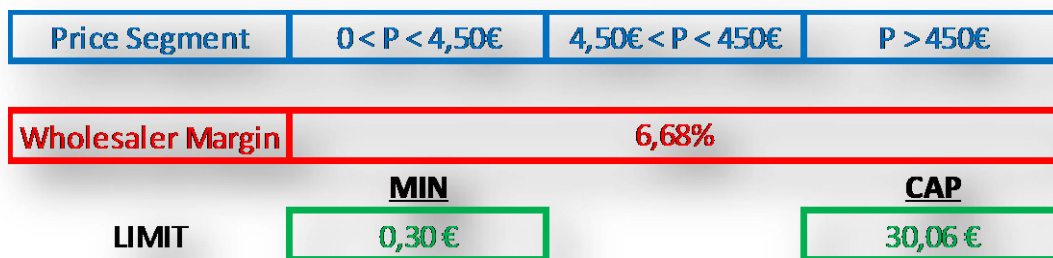


Figure 17 : Nouvelle marge de la distribution pharmaceutique depuis 2012¹⁴

Selon Emmanuel DECHIN, Délégué général de la CSRP « La baisse de marge de 2012, c'est 85 millions d'€ de manque à gagner. » Une autre mesure est venue

¹⁴ DES CHAMPS DE VERNEIX Pierre, « Stratégie commerciale », cours de Master 2 de répartition pharmaceutique, Université de Limoges, 2012/2013.

impacter les répartiteurs, il s'agit du tiers payant contre générique. En effet, pour un pharmacien la marge d'un médicament princeps est la même que celui d'un générique. Pour le grossiste, la marge prise sur un générique est due aux prestations logistiques, environ 6,68%. Mais, le delta des prix en euros entre un princeps et un générique est important, donc la rentabilité est beaucoup moins importante pour le répartiteur. Le développement des génériques, que les grossistes-répartiteurs ont particulièrement ressenti au cours de l'été 2013, avec la mesure tiers-payant contre générique qui a très fortement impacté à la hausse les ventes de génériques. Pour les grossistes-répartiteurs le générique, c'est la triple peine : moins de chiffre d'affaires, moins de marge et moins de volume car 40% des génériques passent en vente directe.¹⁵

On remarque que les évolutions de la pharmacie ne sont pas sans conséquences pour l'officine et la répartition pharmaceutique. Les conséquences économiques sont souvent désavantageuses, il faudra donc saisir les opportunités qui vont s'ouvrir du fait de ces changements.

C. Quelles sont les règles et les droits en terme de formation pour les titulaires et leurs équipes ?

1. Le Droit individuel à la formation (DIF) ^[17]

Le droit individuel à la formation est un crédit d'heures de formation que les salariés acquièrent chaque année, en fonction de leur temps de travail. Les salariés concernés sont ceux avec un CDI à temps complet ou partiel mais aussi les salariés avec un CDD.

¹⁵ Emmanuel DECHIN, Secrétaire général de la CSRP

Durée hebdomadaire de travail	DIF annuel
28 heures et plus	24 heures
de 21 heures à 27 heures	18 heures
de 11 heures à 20 heures	12 heures
10 heures et moins	6 heures

Figure 18 : Nombre d'heures de DIF en fonction de la durée de travail hebdomadaire

Dès un an d'ancienneté, tous les salariés peuvent bénéficier d'un droit individuel à la formation, à l'exclusion des apprentis qui sont écartés de ce dispositif. Il est possible de cumuler les heures de DIF qui ne sont pas utilisées durant l'année ; cependant, ce cumul d'heures ne peut excéder 144 heures. Les formations qui entrent dans le cadre du DIF peuvent avoir lieu pendant le temps de travail ou sur le temps libre du salarié, et le choix du thème des formations repose sur l'initiative du salarié.

Les formations qui entrent dans le cadre du DIF sont :

- les actions de promotion ;
- les actions d'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances ;
- les actions ayant pour objet le développement, l'entretien ou l'acquisition de compétences pour le salarié ;
- les actions de formation ayant pour objectif l'acquisition d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle, d'une qualification professionnelle établie par la commission paritaire nationale de l'emploi (CPNE) de la pharmacie d'officine ou d'une qualification professionnelle reconnue dans les classifications de la convention collective de branche.

Un salarié qui souhaite effectuer des formations dans le cadre de son DIF, doit faire au préalable une demande par écrit à son employeur qui a un mois pour répondre. Une absence de réponse de l'employeur sera considérée comme une acceptation. En cas d'avis favorable, le choix de la formation doit être formalisé par écrit. Cependant l'employeur a tout à fait le droit de refuser la demande du salarié mais il doit expliquer les raisons de ce refus par une lettre. Si l'employeur refuse une demande formulée deux années de suite, le salarié deviendra prioritaire pour obtenir la prise en charge d'un congé individuel de formation (CIF).

Pour la rémunération du salarié il existe deux situations.

- Lorsque la formation se déroule en dehors du temps de travail (RTT, congés sans solde, le samedi ou le soir...), le salarié bénéficie d'une indemnisation par une allocation de formation, égale à 50% du salaire net horaire par heure de formation.
- Si la formation se déroule sur le temps de travail, la rémunération habituelle est maintenue.

Les frais de formation comprennent le salaire ou l'allocation de formation, les frais pédagogiques et les frais annexes (frais de transport, de restauration et éventuellement d'hébergement). Aucune dépense n'est supportée par le salarié, mais par l'OPCA-PL et/ou l'employeur. Si l'action de formation intervient hors temps de travail et qu'il s'agit d'un thème défini comme prioritaire par la branche professionnelle, le financement est assuré à 100% par l'OPCA-PL. En revanche, si cette même formation prioritaire se déroule pendant le temps de travail, l'OPCA-PL prend en charge tous les frais, sauf le salaire. Hors thèmes prioritaires, l'OPCA-PL ne participe pas au financement qui doit être intégralement supporté par l'employeur.

Pour un salarié avec un contrat en CDD, la situation est particulière, en effet :

- pour bénéficier d'un DIF, le salarié en CDD doit justifier de 4 mois de présence à l'officine au cours des 12 derniers mois ;

- le salarié en CDD bénéficie d'une base DIF calculée à partir de 24 heures par an, en fonction de la durée du contrat ; prenons l'exemple d'un salarié avec CDD de 9 mois, celui-ci aura droit à 18 heures de DIF.
- la prise en charge financière est assurée par le Fonds de gestion du Congé Individuel de Formation (Fongecif), c'est au salarié de s'adresser directement à cet organisme.

Le salarié ne perd pas ses heures de DIF acquises et non utilisées dans la situation où il y aurait une rupture du contrat de travail.

2. Le congé individuel de formation (CIF) ^[18]

Le congé individuel de formation (CIF) permet à un salarié de suivre la formation de son choix. Le thème de cette formation peut être indépendant des objectifs de son entreprise. Un salarié d'une officine peut très bien suivre une formation qui n'a aucun lien avec la pharmacie.

Cependant un salarié ne peut partir en CIF qu'à certaines conditions. En effet, il doit avoir une ancienneté de 24 mois consécutifs ou non en tant que salarié, dont 12 mois dans la même officine. Une exception est consentie pour les salariés qui ont subi un licenciement économique sans avoir suivi de formation entre leur licenciement et leur nouvelle embauche. Dans cette situation l'ancienneté de 24 mois n'est pas obligatoire pour partir en CIF.

Concernant les salariés en CDD, ils doivent être en mesure de justifier de 24 mois de travail, consécutifs ou non, de salariat au cours des 5 dernières années, dont 4 mois, consécutifs ou non, sous CDD au cours des 12 derniers mois. Un congé individuel de formation à une durée de un an au maximum s'il s'agit d'une formation à temps plein, ou 1200 heures si il s'agit d'une formation à temps partiel.

Quant aux salariés en CDI, ils doivent justifier de 24 mois, consécutifs ou non, de salariat au cours des 5 dernières années, dont 4 mois, consécutifs ou non, sous

CDD au cours des 12 derniers mois. La durée de la formation est de un an maximum si la formation est à temps plein, ou 1200 heures maximum si la formation est à temps partiel.

L'employeur ne peut pas refuser d'accorder un CIF à l'un de ses salariés qui en fait la demande. Il peut seulement repousser le départ en congé, s'il juge que l'absence de celui-ci peut être préjudiciable pour la bonne marche de l'officine. Dans ce cas, le report pour raisons de service doit être motivé et ne peut excéder 9 mois.

Concernant les modalités administratives, le salarié doit adresser à son titulaire une demande écrite d'autorisation d'absence (lettre recommandée avec accusé de réception ou lettre remise en main propre contre décharge) au moins :

- 60 jours à l'avance si la formation a une durée inférieure à 6 mois ou si elle se déroule à temps partiel ;

- 120 jours à l'avance si la formation se déroule à temps plein pour une durée supérieure à 6 mois.

La réponse de l'employeur doit être effective sous 30 jours. De plus, une absence de réponse vaut comme une acceptation.

Le financement de ce CIF est assuré par le Fongecif, l'employeur n'a aucune obligation financière. A charge pour le salarié d'effectuer les démarches auprès de l'organisme qui va prendre en charge son congé individuel de formation. En cas d'accord de prise en charge, la rémunération du salarié est partiellement ou totalement maintenue. Les frais de formation (frais pédagogiques, frais de transport, de restauration et éventuellement d'hébergement) peuvent également être supportés par le Fongecif. Mais en cas de refus, le salarié devra supporter tous les frais liés à la perte de salaire plus les frais de formation.

3. Le plan de Formation ^{[19], [20]}

Le plan de formation est l'ensemble des actions de formation qui sont retenues par le titulaire en fonction des objectifs de développement de son officine et des besoins et aspirations des salariés. L'objectif est de développer les compétences individuelles et collectives de ses salariés.

Les actions du plan de formation sont classées en deux grandes catégories.

Les actions d'adaptation au poste de travail et celles liées à l'évolution et au maintien dans l'emploi dans l'entreprise. L'objectif est ici de permettre au salarié de réaliser plus efficacement les tâches liées à son poste ou de faire face à un changement en lui permettant d'accroître sa polyvalence afin d'évoluer à l'intérieur de sa qualification. Ces formations ont lieu pendant le temps de travail avec un maintien de la rémunération.

Les actions liées au développement des compétences : l'objectif est de faire évoluer la qualification du salarié dans le poste qu'il occupe actuellement, il est possible aussi de l'accompagner vers une nouvelle qualification. Ces formations peuvent se dérouler en dehors du temps de travail dans la limite de 80 heures par an et par salarié. Si la formation a lieu en dehors du temps de travail, il y a versement d'une allocation de formation égale à 50 % de la rémunération nette du salarié.

Il faut savoir que la mise en place d'un plan de formation dans l'entreprise est facultative. L'employeur a toute liberté pour définir les actions de formation qu'il entend privilégier, la concertation avec chaque collaborateur est conseillée. En effet, un management participatif est un bon moyen pour trouver des intérêts communs, afin de concilier les intérêts de l'entreprise et le projet professionnel du salarié. En effet, le titulaire doit s'inscrire dans une démarche managériale et intervenir aux différentes étapes : le diagnostic, l'aide au choix de formation, la gestion du départ en formation et le suivi des résultats de la formation.

Tout salarié de la pharmacie peut participer au plan de formation quel que soit son contrat de travail (CDI, CDD, temps plein, temps partiel, etc.), cependant, les apprentis et les salariés en contrat de professionnalisation sont exclus du plan de formation. L'employeur a le libre choix de déterminer qui parmi son personnel

bénéficiera d'une formation. Ce choix ne doit pas faire apparaître de discriminations à l'égard d'un salarié, en raison notamment de sa situation de famille, de son âge, et de ses activités syndicales.

Un refus motivé du salarié ne peut être sanctionné si :

- l'action proposée n'entre pas dans le cadre de ses attributions actuelles ou futures ;
- l'action proposée ne relève pas de la formation professionnelle continue ;
- l'action de formation se déroule hors de son temps de travail ;
- l'action de formation est un bilan de compétences ou une validation des acquis de l'expérience ;
- l'employeur refuse de prendre en charge une partie des frais.

L'employeur doit régler l'intégralité des frais pédagogiques et des frais annexes (déplacement, restauration, hébergement). Il doit aussi maintenir le salaire ou verser l'allocation de formation. Cependant sa participation financière est allégée si la formation est prise en charge par l'OPCA-PL.

4. L'Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales (OPCA PL) ^[21]

L'OPCA PL est l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérale, son nom a changé au mois d'octobre 2013 pour devenir « Actalians ». Il est agréé par les autorités pour collecter et gérer les contributions des entreprises libérales, des établissements de l'hospitalisation privée, de l'enseignement privé hors contrat et de l'enseignement privé à distance, et faciliter le développement de la formation professionnelle continue et l'emploi des salariés.

Les missions de l'OPCA PL sont de :

- collecter et gérer les contributions des entreprises libérales, des établissements de l'hospitalisation privée et de l'enseignement privé hors contrat, versées au titre de la formation professionnelle de leurs salariés;
- financer et mettre en œuvre la politique définie paritairement par les branches professionnelles pour accompagner les entreprises, les établissements et les salariés dans leur évolution ;
- contribuer à l'information générale des entreprises, des établissements et des salariés sur la formation professionnelle, les dispositifs, les droits et moyens de formation existants ;
- accompagner les entreprises et les établissements dans la définition de leurs besoins et dans l'élaboration de leur plan de formation ;
- participer à la sécurisation des parcours professionnels.¹⁶

L'OPCA PL représente 19 professions adhérentes dont la pharmacie d'officine. Ce qui représente 739 000 salariés pour un budget total de 206 millions d'euros collectés.

Comme nous l'avons précisé précédemment, dans le cadre du DIF les salariés des officines bénéficient chaque année d'un crédit d'heures formation qu'ils peuvent utiliser avec l'accord de l'employeur. Ci-dessous, le tableau expose les thèmes, la durée et le montant de la prise en charge des formations dans le cadre du DIF.

¹⁶ <http://www.opcapl.com>

Thèmes	Durée maximale de prise en charge	Prise en charge frais pédagogiques	Prise en charge frais annexes
Formations définies comme prioritaires par la branche professionnelle de la pharmacie d'officine			
Formations liées au coeur de métier	4 j	240 €/j	non
Formations prioritaires interprofessionnelles			
Bureautique, Internet, Outlook	3 j maximum	200 €/j	non
Accueil, communication, comptabilité, gestion des stocks	4 j	200 €/j	non
Langues	100 h (maximum)	30 €/h	non
Formation à l'encadrement de haut niveau (management, contrôle de gestion, gestion des RH)	5 j	360 €/j	non
Formation des personnes les moins qualifiées : acquisition de savoirs fondamentaux de base	40 h	20 €/h	oui *
Accompagnement VAE		1 575 € / dossier	non
Bilan de compétences	32 h	55 €/h	oui *
Actions professionnalisantes dans le cadre du Dif portable	Nombre d'heures acquises	9,15 €/h	non

Figure 19 : Prises en charge des formations dans le cadre du DIF^[21]

Dans le cadre du plan de formation, élaboré par le titulaire, qui regroupe l'ensemble des activités de formation en cohérence avec les besoins de développement de l'entreprise et de son projet. Les tableaux ci-dessous exposent les thèmes, ainsi que la durée et les différentes prises en charges pour des formations définies par la branche professionnelle et interprofessionnelle.

Thèmes	Durée maximale de formation prise en charge	Pédagogie prise en charge plafonnée à	Prise en charge forfaitaire des salaires	Prise en charge frais annexes
* Actions de développement des compétences				
Délivrance du médicament Grandes pathologies, Pharmacologie, Médicaments génériques, Phytothérapie, Pharmacie vétérinaire, Iatrogénie médicamenteuse, Médication appliquée à l'officine, Dermatologie appliquée à l'officine, Homéopathie, Maintien et soins à domicile, Diététique et nutrition	1 à 4 j	239,20 €/j	10 €/h	oui *
Stages relatifs à l'activité pharmaceutique Grandes pathologies, Pharmacologie, Médicaments génériques, Pharmacie vétérinaire, Médication appliquée à l'officine, Dermatologie appliquée à l'officine, Homéopathie, Maintien et soins à domicile, Diététique et nutrition, Médicaments sortis de la réserve hospitalière, Médicaments à prescription particulière, Qualité de la délivrance, Législation pharmaceutique	1 à 4 j	239,20 €/j	10 €/h	oui *
Formation du pharmacien responsable assurance qualité	1 j	250 €/j	non	oui *
EPU	1 cycle	150 €/cycle	non	non
Diplômes universitaires spécialisation pharmaceutique	170 h	20 €/h	10 €/h	oui *
Cycles longs de spécialisation	18 j	200 €/j	10 €/h	oui *
Pour les salariés ne pouvant pas bénéficier d'une période de professionnalisation				
BP Préparateur en pharmacie	800 h + 40 h (si révision)	10 €/h	10 €/h	non
CQP demo-cosmétique pharmaceutique	280 h	13 €/h	10 €/h	oui *
CQP vente conseil de produits cosmétiques	161 h	13 €/h	10 €/h	oui *

Figure 20 : Prise en charge des formations définies par la branche professionnelle^[21]

Thèmes	Durée maximale de formation prise en charge	Pédagogie prise en charge plafonnée à	Prise en charge forfaitaire des salaires	Prise en charge frais annexes
* Développement des compétences				
Autres formations non-prioritaires Aromathérapie, Botanique, Mycologie Activités de conseil (hygiène, ...)	1 à 4 j	239,20 €/j	10 €/h	oui *
Bureautique*	3 j maximum	200 €/j	non	non
Internet, outlook *	2 j	200 €/j	non	non
Accueil, communication **	4 j	200 €/j	non	non
Merchandising	1 j	200 €/stage	non	non
Négociation des achats	2 j	200 €/j	non	non
Management, comptabilité générale	4 j	200 €/j	non	non
Langues *	100 h (maximum)	30 €/h	non	non
Secourisme, AFC2SU	21 h	25 €/h	non	oui *
Formations diplômantes et/ou de spécialisation inférieures au niveau bac + 2	1 200 h	9,15 €/h	non	non
Formations diplômantes et/ou de spécialisation égales ou supérieures au niveau bac + 2	600 h	20 €/h	non	non
Formation à l'encadrement de haut niveau (management, contrôle de gestion, gestion des RH)	5 j	360 €/j	non	non
Formation des personnes les moins qualifiées : acquisition de savoirs fondamentaux de base	40 h	20 €/h	oui	oui *
Accompagnement VAE		1 575 € / dossier	non	non

Figure 21 : Prise en charge des formations définies par la branche interprofessionnelle^[21]

Pour conclure, on voit bien qu'il existe de nombreux leviers mis à disposition des titulaires et de leurs équipes afin de se former. Le droit individuel à la formation et le congé individuel de formation sont des outils très intéressants pour un salarié qui veut améliorer sa formation au sein de la pharmacie ou se réorienter vers une autre profession. Les heures accumulées dans le cadre du DIF peuvent être utilisées dans le cadre du plan de formation, c'est l'un des intérêts de celui-ci. Toutes ces formations peuvent faire l'objet d'une prise en charge notamment par Actalians, il est donc très important d'obtenir une prise en charge afin de limiter le coût de la formation.

III. Le développement professionnel continu : DPC

A. Le développement professionnel continu : définition et organisation

1. Définition et objectifs du DPC ^{[22], [23]}

C'est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, qui associe la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce dispositif s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé dont les pharmaciens d'officine et les préparateurs.

Le DPC a été introduit par l'article 59 de la loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires). Cette loi conforte une dynamique existante, car toutes les professions de santé étaient déjà soumises à l'obligation de formation continue et de perfectionnement des connaissances.

Historiquement, il y avait deux dispositifs pour la formation continue des pharmaciens. D'un côté on retrouvait la formation pharmaceutique continue (FPC) financée par les cotisations professionnelles et gérée par le FIF-PL (fonds interprofessionnels de formation des professionnels libéraux) pour les titulaires d'officines et gérée par Actaliens pour les salariés. Cette formation pharmaceutique continue va, bien évidemment, continuer à fonctionner. D'autre part, il y avait la formation continue conventionnelle (FCC) qui était financée par l'UNCA, et gérée par deux organismes, l'OGC (organisme gestionnaire conventionnel) et l'OGFCCPO (organisme gestionnaire de la formation continue conventionnelle pour les pharmaciens d'officine). Ce dispositif va être refondu dans le DPC.

Selon l'article 59 de la loi HPST, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de

la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».¹⁷

Plus spécifiquement, pour les officinaux, il s'agit de l'analyse de leurs pratiques professionnelles, ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Tout l'enjeu de ce DPC est de garantir la qualité et la sécurité des pratiques de l'ensemble des professionnels de santé dont les pharmaciens. Le DPC a aussi pour but de promouvoir les coopérations interprofessionnelles et de contribuer au décloisonnement des différents modes d'exercices.

Tout professionnel de santé doit satisfaire chaque année civile à un programme de DPC collectif, qu'il soit annuel ou pluriannuel afin de satisfaire à son obligation de DPC.

Ce programme de DPC doit :

- être conforme à une orientation nationale^{annexe4} ou régionale ;
- comporter une des méthodes et des modalités^{annexe5} validées par la HAS après avis de la CSI (commission scientifique indépendante) ;
- être mis en œuvre par un organisme de DPC (O-DPC) qui est enregistré auprès de l'OGDPC (Organisme gestionnaire du développement professionnel continu) et évalué favorablement par la commission scientifique compétente.

¹⁷ Article 59 de la loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)

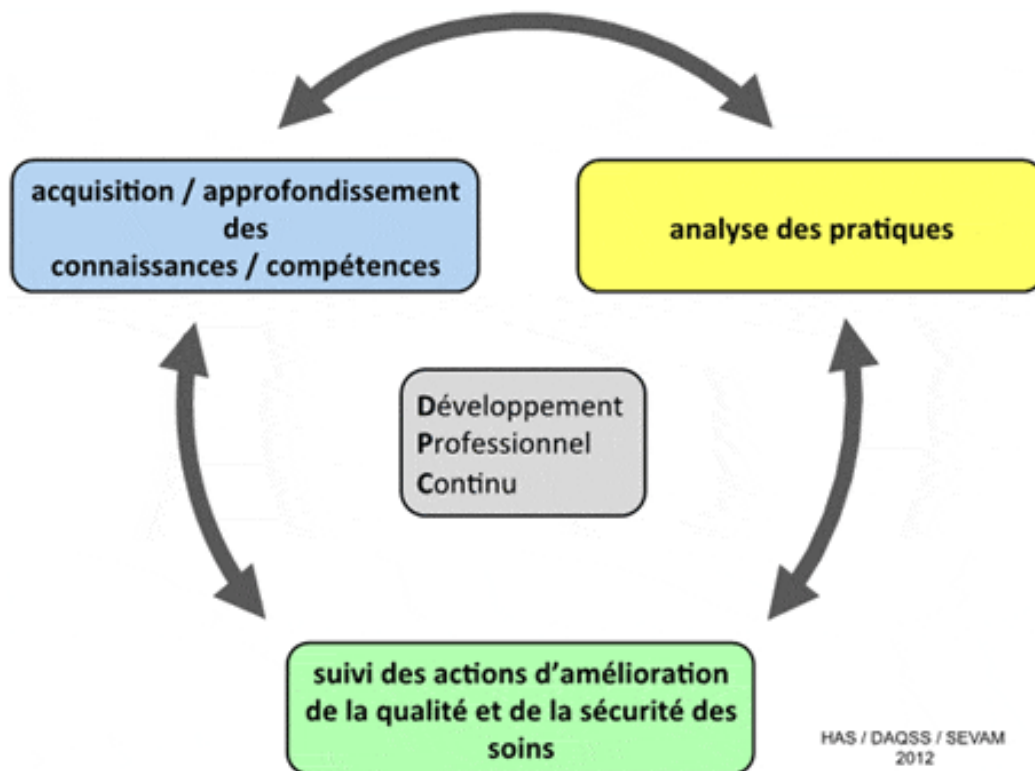


Figure 22 : Principes fondamentaux du DPC^[24]

Le DPC doit amener le professionnel à réfléchir et analyser ses pratiques de façon critique et constructive tout en réalisant des liens avec ses connaissances. Les programmes de DPC devront être adaptés à l'analyse des pratiques mais aussi à l'approfondissement des compétences et des connaissances. Il est aussi très important de réaliser un suivi des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

2. Comment s'organise et fonctionne le DPC ^[22]

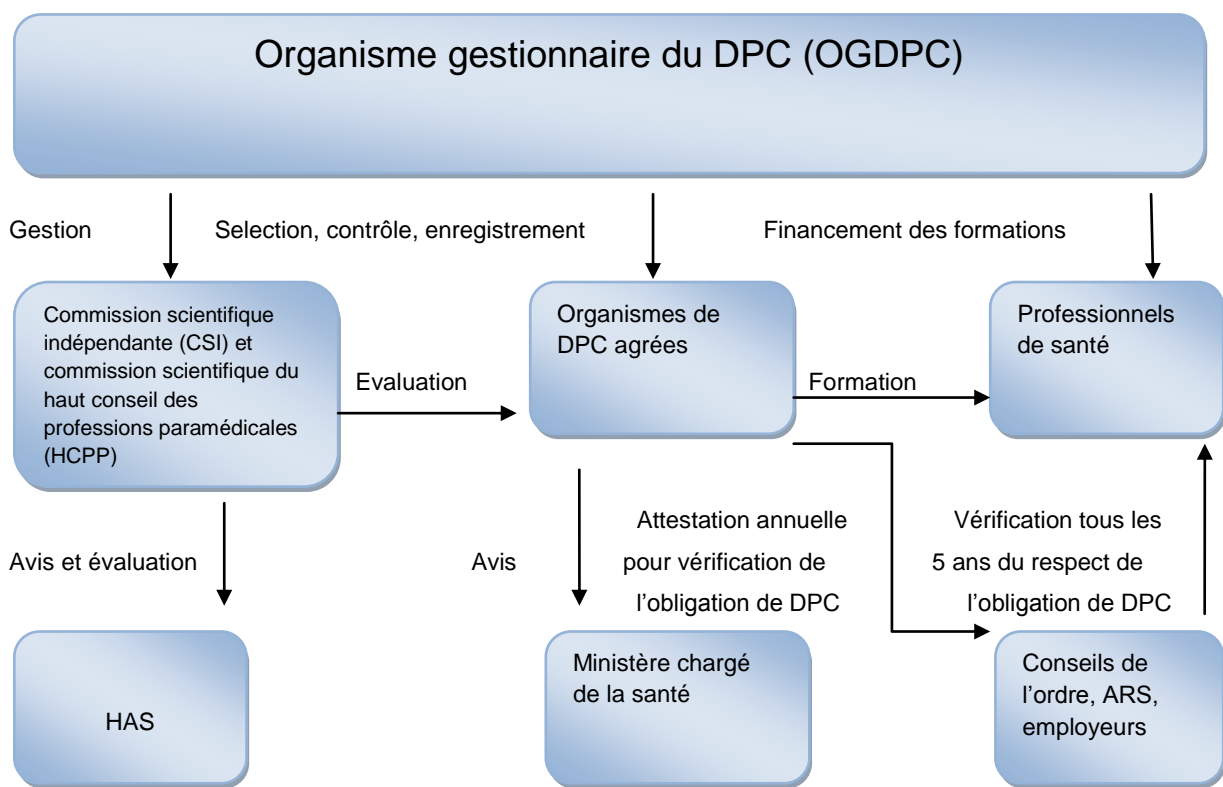


Figure 23 : Organisation du DPC : Les acteurs et leur rôle

L'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) est composé de représentants de l'état, de l'Assurance maladie, des professionnels ainsi que des employeurs. C'est la clé de voûte du DPC. En effet, il assure le secrétariat et les moyens des CSI mais aussi le financement du DPC pour les professionnels de santé libéraux. Il évalue et contrôle les organismes de DPC.

Il existe quatre commissions scientifiques indépendantes (CSI) pour les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, et une commission scientifique du Haut Comité des professions paramédicales (HCPP). Leurs missions est d'évaluer les organismes de DPC et proposer des critères de contrôle pour ces organismes, formuler un avis sur les orientations nationales et régionales de DPC et sur les méthodes et modalités de DPC, ainsi que d'établir la liste des diplômes universitaires (DU) éligibles au DPC.

Les organismes de DPC ont pour objectifs de mettre en place les programmes de DPC auprès des professionnels. Ce sont eux qui délivrent l'attestation de participation à un programme de DPC au conseil de l'Ordre à l'employeur ou bien à l'ARS selon la profession.

Les conseils de l'Ordre correspondant à chaque profession s'assureront au moins une fois tous les cinq ans que les professionnels ont bien satisfait à leur obligation de DPC. Pour cela ils se baseront sur les attestations qui seront transmises par les organismes de DPC. Chaque professionnel doit satisfaire à ses obligations de DPC, en cas de non respect, un plan individualisé de DPC sera mis en place et des sanctions peuvent être prises par le conseil de l'Ordre si le plan personnalisé n'est pas mis en œuvre.

L'HAS a pour rôle de valider les méthodes et modalités de DPC après avis de la CSI mais aussi, de valider les conditions qui permettent d'apprécier la participation d'un professionnel de santé ou d'un formateur à un programme de DPC.

Les ARS apportent un complément aux orientations nationales avec des orientations régionales spécifiques. Elle a aussi pour rôle de s'assurer que l'obligation annuelle est bien remplie pour les professions médicales qui n'ont pas de conseil de l'Ordre.

Le ministère de la santé, quant à lui, arrête tous les ans les orientations nationales après avis des commissions scientifiques.

Concrètement, il n'y aura pas d'agrément propre à chaque programme de DPC. En revanche, les organismes de formation (ou organismes de DPC) devront être enregistrés auprès de l'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) pour permettre aux professionnels de valider leur obligation de DPC. Pour les pharmaciens adjoints ou titulaires, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) est chargé du contrôle de l'obligation annuelle de DPC. Si les textes prévoient un contrôle tous les 5 ans de cette obligation annuelle, l'Ordre des pharmaciens entend effectuer ce contrôle annuellement. Le contrôle s'effectuera sur la base d'attestation électronique de participation des pharmaciens à un programme de DPC.

Si le CNOP constate le non-respect de l'obligation de DPC, il s'enquiert auprès du pharmacien des motifs expliquant cette carence et, selon les cas, lui propose un plan annuel personnalisé (PAP) de DPC. Si ce plan n'est pas suivi par le pharmacien, ce manquement à l'obligation est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle, suivi d'une sanction pouvant conduire à la suspension du droit d'exercer.

L'obligation de DPC pour les préparateurs en pharmacie relève de la responsabilité de l'employeur, tenu d'assurer lui-même le contrôle de l'obligation de DPC. L'employeur est par ailleurs tenu de prendre les dispositions permettant aux salariés de respecter leur obligation de DPC.

Le décret du 1er janvier 2012 prévoit une prise en charge – dans la limite de forfaits – des frais facturés aux professionnels de santé par les organismes de DPC, des frais divers induits par la participation à un programme de DPC et, pour les pharmaciens titulaires, des pertes de ressources. Pour les pharmaciens titulaires, le financement du DPC est assuré par l'OGDPC *via* les fonds conventionnels. L'indemnisation des pharmaciens titulaires (perte de ressources) est ainsi fixée à 165 € pour un programme d'une demie-journée en présentiel ou mixte et à 330 € pour un programme d'une journée. Pour les pharmaciens adjoints et les préparateurs en pharmacie, le financement est assuré par l'OPCA-PL *via* les abondements des pharmaciens titulaires à l'organisme collecteur.

B. Créer son compte personnel de suivi du développement professionnel continu ^[24]

1. Le site www.mondpc.fr

Le site internet www.mondpc.fr est un site de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC), il est dédié à tous les professionnels de santé, qu'ils soient professionnel de santé libéral (chirurgien-

dentiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, médecin, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, pharmacien ou sage-femme), salarié exerçant en centre de santé conventionné ou bien professionnel de santé hospitalier.

Il est indispensable pour les professionnels de santé libéraux et les salariés exerçant en centre de santé conventionné de créer un compte personnel sur le site mondpc.fr, afin de pouvoir s'inscrire aux programmes de DPC et bénéficier d'une prise en charge.

Pour les professionnels de santé hospitaliers, les salariés hors centre de santé conventionné et les autres libéraux, il n'est pas nécessaire de créer un compte personnel sur mondpc.fr. La prise en charge se fera par l'employeur ou par l'Organisme paritaire collecteur agréé (OPCA). L'inscription à un programme de DPC se fera directement auprès de l'organisme de DPC qui le propose.

2. Les étapes de création d'un compte personnel de suivi de DPC

Afin de ne pas perdre de temps il est important de rassembler les pièces indispensables à l'enregistrement et au versement des indemnités : la carte de l'ordre indiquant le numéro RPPS ou le numéro Adeli, un RIB papier, un RIB scanné ou numérisé et une adresse électronique.



La toute première chose à faire afin de créer son compte personnel lorsque l'on se trouve sur le site www.mondpc.fr est de cliquer sur « **s'inscrire** ».



Une fois sur la page ci-dessus, l'internaute doit choisir un **statut** («en activité », « retraité » ou « retraité actif »), il n'a le choix que d'une seule de ces 3 possibilités. Ensuite, en face de « type de personne », il faut choisir son mode d'exercice

(« libéral » ou « salarié centre de santé ») et pour passer à l'étape suivante il faut cliquer sur « charger le formulaire ».



La fenêtre qui apparaît ensuite permet de confirmer la bonne sélection du mode d'exercice afin de charger le formulaire adéquat.

Voici le formulaire à remplir pour un professionnel libéral comme le pharmacien.

Type de personne **Libéral** CHARGER LE FORMULAIRE

Si vous êtes salarié, hors centre de santé, veuillez-vous rapprocher de votre employeur afin de connaître les modalités d'inscription et de gestion des programmes DPC.

Libéral

INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité *

Nom *

Nom de jeune fille

Prénom *

Sexe Homme Femme

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Adresse personnelle (uniquement si retraité)

Code postal

Commune

Adresse professionnelle principale *

Code postal *

Commune *

Téléphone * France - 33 +33 omettre le 0 au début

Portable France - 33 +33 omettre le 0 au début

Fax France - 33 +33

Adresse email *

Confirmation email *

Mot de passe *

Confirmation du mot de passe *

Merci de renseigner votre n° RPPS, ou votre n° ADELI, ou votre n° de carte CPS en joignant une copie recto verso de cette carte

N° RPPS (11 chiffres) * ?

N° Adéli (9 chiffres) * ?

N° carte CPS ? justificatif : Parcourir...
(Copie carte CPS recto/verso)

Le pharmacien qui crée son compte personnel doit remplir le formulaire suivant, en donnant ses informations personnelles le concernant. A noter que les champs suivis d'une étoile rouge (*) sont obligatoires. Le choix de l'adresse mail est particulièrement important car les identifiants de connexion seront envoyés sur cette boîte mail. En bas de cette page le pharmacien devra renseigner son numéro RPPS ou son numéro ADELI ou son numéro de carte CPS.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Je m'engage sur l'honneur de ne pas travailler plus de 50 % de mon temps en Hôpital en tant que salarié et de ne pas avoir fait une autre demande de DPC auprès de mon OPCA ou de mon employeur *

Installé / remplaçant Installé Remplaçant

Profession *

Spécialité

Discipline complémentaire / Autres qualifications

Adresse de l'officine si pharmacien

Code postal

Commune

Adresse du laboratoire si biologiste

Code postal

Commune

RIB Vos informations bancaires, tel que le RIB, l'IBAN, le BIC, la domiciliation du compte seront nécessaires et requises pour les indemnités auxquelles vous pourriez avoir droit.

Code banque Code guichet N° de Compte Clé RIB

justificatif :

[Cliquer ici pour convertir le RIB en IBAN](#)

Domiciliation du compte

IBAN

BIC

Année de diplôme

Année d'installation

Type de cabinet Individuel Groupe

justificatif : Attestation cotisation au conseil de l'ORDRE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et documents ci-dessus. *

La poursuite de l'inscription se fait en complétant les informations professionnelles. Il est important de ne pas oublier de cocher la case « d'engagement sur l'honneur ». Il faut ensuite renseigner son RIB, celui-ci permettra à l'OGDPC d'effectuer le versement d'une éventuelle indemnité forfaitaire. Une fois son RIB correctement renseigné et ajouté en pièce jointe, il faut cliquer sur la mention : « Cliquer ici pour convertir le RIB en IBAN »

Une fois l'intégralité des champs obligatoires complétés, et la case de « certification sur l'honneur » cochée, on doit cliquer sur « **Valider** » pour passer à l'étape suivante.

3. Se connecter à son compte personnel

Une fois la création du compte effectuée en ayant suivi toute la procédure énoncée précédemment, il est très simple de se connecter à son compte personnel. En effet, de retour sur la page de garde du site mondpc.fr, il suffit de renseigner l'identifiant qui correspond à son adresse mail ainsi que le mot de passe qui a été choisi.

The screenshot shows the 'MON DPC' login page. On the left, there is a navigation menu with 'OGDPC.fr' and 'Accueil'. The main header is 'MON DPC' in a red banner. Below it, the word 'ACCUEIL' is displayed in large, spaced-out letters. The main content area contains a welcome message: 'Bienvenue sur "www.mondpc.fr", site de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) dédié aux professionnels de santé'. Below this, there is a note: 'Vous êtes professionnel de santé ? Créez, dès à présent, votre compte personnel. Les inscriptions aux programmes de DPC seront disponibles prochainement.' There are two contact options: 'Nous contacter par email :' with the email 'dpo.hotline@ogdpc.fr' for technical issues and 'infodpo@ogdpc.fr' for DPC device questions; and 'Nous contacter par téléphone :' with the phone number '01 78 21 68 00' for technical issues and '01 48 78 18 06' for DPC device questions. On the right side, there is a red login box with fields for 'IDENTIFIANT' and 'MOT DE PASSE', a 'VALIDER' button, a link for 'mot de passe perdu', and an 'S'inscrire' button.



- OGDPC.fr
- Accueil
- Mon compte
- Recherche
- programmes
- Mes DPC
- Messages
- Mon forfait DPC

MON DPC

marc.jolo@kertiostechologies.com | dernière connexion le 29/03/2013 14:06 - Déconnexion

MON COMPTE

Professeur (M) POLO Marco

Statut	En activité
	Libéral

INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité	Professeur (M)
Nom	POLO
Nom de jeune fille	
Prénom	Marco
Sexe	Homme
Date de naissance	04/02/1978
Adresse personnelle (uniquement si retraité)	
Code postal	
Commune	
Adresse professionnelle principale	145 avenue du test
Code postal	62790
Commune	LEFOREST
Téléphone	+33 124251618
Portable	
Fax	
Adresse email	marc.jolo@kertiostechologies.com
N° RPPS	
N° Adéli	75 93 3716 5
N° carte CPS	

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Engagement sur l'honneur du professionnel de ne pas travailler plus de 50 % de son temps en Hôpital en tant que salarié et de ne pas avoir fait une autre demande de DPC auprès de son OPCA ou de son ...

Une fois connecté, l'internaute accède directement à son compte personnel. Celui-ci apparaît avec les informations personnelles et professionnelles communiquées par ses soins lors de l'inscription.

C. Comment valider son DPC

1. Les étapes d'un parcours de DPC ^[25]

Pour commencer, il est important de définir certains termes relatifs à la validation du DPC.

Un programme de DPC est une formation à destination des professionnels de santé. Il doit obligatoirement être mis en œuvre par un organisme de DPC (ODPC), être conforme à une orientation nationale^{annexe} ou régionale et comporter au minimum une des méthodes et modalités^{annexe} validées par la Haute Autorité de Santé. Ces méthodes et modalités font partie du cahier des charges lors de la réalisation des programmes de DPC par les organismes de DPC. De plus, elles précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC.

Chaque programme de DPC est lui-même composé d'au moins deux activités qui vont permettre de répondre aux objectifs de DPC :

- l'acquisition, le perfectionnement des connaissances et des compétences ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles.

Un programme de DPC peut se réaliser de façon annuelle, c'est-à-dire que les différentes étapes se font sur une même année civile, ou bien de façon pluriannuelle et dans ce cas, les différentes étapes sont étendues sur au moins deux années civiles. De plus, il existe différents types de programmes de DPC.

- **Un programme présentiel** implique la présence physique des participants sur l'ensemble des étapes du programme.
- **Un programme mixte** allie une majorité d'étapes présentiels à quelques étapes non présentiels.
- **Un programme non présentiel** n'impose pas forcément la présence physique des participants et se traduit par du e-learning ou la lecture/l'analyse de documents par exemple.

Les étapes d'un parcours de DPC sont des périodes à l'intérieur d'un programme de DPC qui sont dédiées à l'une des deux activités du DPC. Sachant qu'un programme de DPC est composé au minimum de deux activités, il y a donc au minimum deux étapes sur la base des deux activités qui composent le programme de DPC :

- évaluation de la pratique professionnelle,
- acquisition de nouvelles connaissances et compétences.

Tout l'objectif du programme de DPC, va être de combiner ces deux activités dans le cadre d'une démarche continue. C'est pourquoi l'organisation de ces activités nécessite la mise en place d'un plan d'action d'amélioration et de suivi dans le temps. Tout cela repose sur une réflexion préalable de sa pratique, il y a donc tout intérêt à prendre du recul sur son activité, ce qui est impossible à faire sur une séance de quelques heures. L'organisation du programme et des étapes dépend du thème, des objectifs visés du programme, du mode d'exercice des professionnels visés, de l'organisation de la prise en charge...

Cela sera le rôle des organismes de DPC, d'estimer la durée et d'organiser les étapes en fonction des objectifs à atteindre pour que leur programme ait du sens, dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles et de prise en charge des patients.

2. La validation ou la non validation du DPC ^[26]

Tout d'abord concernant les préparateurs en pharmacies, le contrôle de l'obligation de DPC reste le rôle de l'employeur, selon les dispositions de l'article R.4382-15.

Le contrôle effectif de l'obligation individuelle de DPC des pharmaciens adjoints et titulaires est à la charge du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. En effet, ces pharmaciens doivent être inscrits respectivement aux sections D et A de l'Ordre. Les ODPC valideront à l'issu du programme de DPC la participation des pharmaciens. Par la suite, les attestations de DPC seront directement transmises par les ODPC au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Ce sont ces attestations qui vont servir de base au conseil de l'Ordre pour valider l'obligation annuelle de DPC des pharmaciens. Concernant les modalités de transmission des certificats de participation à un programme de DPC, une phase de transition a été mise en place.

En effet, à partir du courant de l'année 2013, ce sont les ODPC et non les pharmaciens transmettent directement au conseil de l'Ordre par voie électronique les attestations de DPC. Néanmoins, pour toute l'année 2013, les attestations qui ont été délivrées aux professionnels de santé pourront servir de justificatifs de participation à un programme de DPC.

Il faut être particulièrement vigilant dans le choix de l'organisme de formation. En effet, si un pharmacien s'inscrit auprès d'un organisme qui ne fait pas l'objet, à la date de son inscription, d'une évaluation favorable de la part de la CSI, son obligation de DPC ne sera pas satisfaite. De plus, Si l'obligation individuelle de développement professionnel continu d'un pharmacien n'est pas satisfaite, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens demandera à celui-ci, les motifs du non-respect de cette obligation. En fonction des éléments de réponse communiqués, ce dernier apprécie la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC et notifie à l'intéressé qu'il devra suivre ce plan. En cas de non suivi du plan personnalisé, le pharmacien s'expose à des sanctions de la part du conseil de l'ordre sur la base d'insuffisance professionnelle.

D. Les grossistes répartiteurs comme organisme de DPC

1. Qu'est ce qu'un organisme de DPC ^[27]

Seront appelé « organisme », toute entité qui souhaite devenir organisme de DPC et ainsi proposer aux professionnels de santé des programmes de DPC. L'ODPC ou Organisme de Développement Professionnel Continu peut être, soit un organisme de formation, soit une association, soit un établissement, soit une personne physique ou toute autre entité souhaitant dispenser des programmes de DPC permettant aux professionnels de santé de valider son obligation annuelle de DPC. Pour devenir ODPC, il faut réaliser son enregistrement auprès de l'OGDPC et avoir été évalué par la commission scientifique (CSI) compétente à laquelle on se réfère.

Chaque demande d'enregistrement d'ODPC, est évaluée par les commissions scientifiques. L'article R. 4021-25 du code de la santé publique fait écho de ces critères d'évaluation¹⁸. En effet, sur la base des informations contenues dans le dossier d'évaluation joint à la demande d'enregistrement, les commissions scientifiques indépendantes et la commission scientifique du haut conseil des professions paramédicales vont évaluer les ODPC.

Les critères d'évaluation sont classés en trois rubriques. Chaque rubrique est notée sur une échelle de 0 à 10. Pour être évalué favorablement, il faut avoir la moyenne à chacune des trois rubriques. L'évaluation finale rendue par chaque commission scientifique concernée permet de rendre un avis « favorable » ou « une évaluation défavorable », un avis négatif fera toujours l'objet d'une motivation explicite, qui pourra servir à l'organisme afin d'améliorer certains points pour soumettre une nouvelle candidature dans un délai de quatre mois à compter de son évaluation défavorable par l'OGDPC.

Les trois rubriques de critères d'évaluation sont la capacité scientifique et méthodologique de l'ODPC, la capacité pédagogique de l'organisme de DPC et l'indépendance financière de l'ODPC.

Les éléments importants concernant la capacité scientifique sont :

- « Identification d'une instance décisionnelle composée en majorité de professionnels de santé ;
- validité des contenus scientifiques des programmes de DPC (notamment vérification des critères de qualité des documents issus de la presse scientifique professionnelle s'ils existent, identification d'un conseil scientifique ou équivalent lorsqu'il existe, composé en majorité d'experts concernés par les programmes de DPC envisagés...)

¹⁸ Arrêté du 19 juillet 2013 relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation prévues à l'article R. 4021-25 du code de la santé publique

- prise en compte des recommandations des agences sanitaires et des sociétés savantes lorsqu'elles existent et qu'elles sont adaptées à la pratique ;
- références aux méthodes et modalités de DPC à partir de la liste des méthodes définies par la Haute Autorité de santé en qualifiant le type d'approche dominante (pédagogique ou cognitive, analyse des pratiques, intégrée à l'exercice professionnel, dispositifs spécifiques, enseignement et recherche, simulation) ;
- pertinence du choix des méthodes et modalités dans les programmes de DPC eu égard au contexte de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels de santé et aux démarches déjà entreprises sur la base des programmes proposés ;
- pertinence et argumentation du choix du mode présentiel et/ou non présentiel (nombre et identification des étapes prévues par les méthodes et modalités de la HAS) sur la base des programmes proposés ;
- conformité du programme de DPC à une orientation nationale ou régionale ;
- pour la maîtrise de stage : conformité aux règles (cahier des charges, référentiels) définissant le contenu du programme et la nature de l'expertise, édictées pour la médecine générale par le Collège national des enseignants et maîtres de stage, et pour les autres spécialités ou disciplines, par les enseignants concernés ;
- pour le tutorat : conformité aux référentiels des compétences du métier considéré. »¹⁹

Dans cette rubrique, l'attribution d'une note égale à zéro est éliminatoire concernant le respect des méthodes et modalités de l'HAS et le respect du programme de DPC dans le cadre des orientations nationale ou régionale.

La deuxième rubrique concernant les capacités pédagogiques de l'ODPC et la qualité des intervenants a pour objectifs de mettre en lumière la qualité scientifique des contenus et des supports pédagogiques qui seront utilisés. Mais aussi les

¹⁹ Arrêté du 19 juillet 2013 relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation prévues à l'article R. 4021-25 du code de la santé publique

moyens qui seront mis en œuvre afin d'évaluer les effets de ces programmes sur le public visé. Cette rubrique sera aussi l'occasion d'évoquer les parties du programme qui seront sous-traitées et d'en préciser les méthodes.

Enfin, la dernière et troisième rubrique concernant l'indépendance financière de l'organisme est un élément majeur d'évaluation. En effet, les contenus des programmes de développement professionnel continu ne doivent pas être influencés par des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé. Ainsi, « le pourcentage du financement des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé dans les recettes totales de l'organisme sur la dernière année d'exercice doivent être déclarées. En cas de pourcentage supérieur à 0 %, l'analyse des procédures et moyens mis en œuvre par l'organisme afin de préserver l'indépendance du contenu des programmes devra se faire à travers une présentation explicite et détaillée des modalités de financement de l'organisme et de ses éventuels sous-traitants et des déclarations des liens d'intérêt de tous les membres de l'instance décisionnelle et du conseil scientifique lorsqu'il existe. En cas de prestation indirecte (locaux, intervenant, mise à disposition de matériel, etc.), les procédures et moyens mis en œuvre par l'organisme visant à préserver l'indépendance du contenu des programmes seront analysés »²⁰

Pour l'année 2013, une période d'enregistrement a eu lieu entre le 1^{er} juillet et le 5 août. Les organismes qui ont été évalués favorablement en 2013 feront l'objet d'une nouvelle évaluation par les commissions scientifiques dans un délai de deux ans à compter de la date de leur première évaluation.

2. L'intérêt pour les grossistes de proposer des formations dans le cadre du DPC ^{[28], [29]}

²⁰ Arrêté du 19 juillet 2013 relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation prévues à l'article R. 4021-25 du code de la santé publique

En tant que partenaire historique du pharmacien et de l'équipe officinale, les grossistes-répartiteurs doivent adapter leur offre de service de façon continue au fil des années pour proposer des programmes innovants et adaptés à l'évolution de l'officine.

Certains répartiteurs proposaient déjà depuis quelques années des formations adaptées à la pratique officinale destinées au titulaire et à son équipe. Prenons l'exemple d'Alliance Healthcare qui a mis en place fin 2010, une formation à l'éducation thérapeutique du patient. Dans cette continuité tous les grossistes encouragent aujourd'hui les pharmaciens à s'interroger sur leurs compétences et leur propose de les renforcer.

L'intérêt principal pour les répartiteurs de proposer ces formations, est bien évidemment d'accompagner les titulaires et leurs équipes dans les changements et les évolutions que connaît actuellement la pharmacie d'officine. Prenons l'exemple des nouvelles missions confiées au pharmacien et la mise en place des entretiens pharmaceutiques des patients sous anticoagulants oraux. L'objectif de l'entretien pharmaceutique est de réussir la sécurisation et l'observance de la prise du traitement avec la contribution du patient. Or, la conduite de l'entretien pharmaceutique demande des compétences nouvelles qui requièrent un savoir, c'est-à-dire des connaissances scientifiques, un savoir-être, ainsi se positionner personnellement et professionnellement face au patient. D'où la nécessité de recevoir une formation et pouvoir s'entraîner à la pratique de l'entretien. Le rôle du répartiteur va être de proposer à ses clients des formations validantes dans le cadre du DPC afin d'aider les officinaux à mettre en place ces entretiens pharmaceutiques et valider dans un même temps leur DPC.

D'un point de vue plus global la pharmacie d'officine arrive actuellement à un carrefour de son évolution. En effet, la loi HPST donne une nouvelle dimension au pharmacien d'officine, elle replace le patient au centre de la pratique professionnelle du pharmacien. Cette loi donne aussi de nouvelles missions aux pharmaciens et à ses équipes. Toutes ces nouvelles évolutions nécessitent d'acquérir de nouvelles compétences et de nouveaux savoirs qui ne seront accessibles que par la formation des titulaires et de leurs équipes. De plus la situation économique des officines à

tendance à se tendre depuis quelques années, dans un contexte d'évolution de la profession, les officines qui vont réussir à s'adapter à ces changements sont celles qui celles dont l'avenir est assuré. Le rôle du répartiteur est d'accompagner ses clients pharmaciens dans l'évolution actuelle de l'officine afin de garantir la pérennité économique de ses officines clientes et le sienne indirectement. L'accompagnement des titulaires et de leurs équipes dans le développement professionnel continu obligatoire et les changements actuels nécessite donc la mise en place de formations de qualités et validantes.

De plus, les répartiteurs ont vu quant à eux leur rentabilité sur le cœur de métier qui est, la distribution de médicament largement réduite. C'est pourquoi, ils sont en permanence à la recherche de diversification de leur activité. Ils ont l'occasion actuellement de devenir organisme de formation et proposer ainsi des programmes de formations validantes et prise en charges dans le cadre du DPC. D'un point de vue économique, il y a une véritable source de rentabilité et de profits à saisir.

En effet, au 1^{er} janvier 2013 il y avait 27 594 pharmaciens titulaires d'officines et 26 576 pharmaciens adjoints inscrits à l'ordre national des pharmaciens²¹. Ce qui fait un total 54 170 pharmaciens qui vont devoir réaliser chaque année des formations validantes dans le cadre du DPC. De plus, il faut ajouter à ces 54 170 pharmaciens un nombre encore plus conséquent de préparateurs en pharmacie qu'il est difficile de quantifier précisément tant ce chiffre évolue en permanence. Mais on peut facilement supposer que ce sont plus de 150 000 salariés d'officines qui auront à faire chaque année des formations dans le cadre du DPC.

En conclusion, les grossistes-répartiteurs ne peuvent ignorer qu'ils dépendent directement de la santé économique de leurs clients, qui sont les pharmacies d'officines. Une meilleure santé économique des pharmacies est en lien direct avec une meilleure rentabilité de l'activité de répartition. Accompagner les équipes officinales dans la validation du développement professionnel continu et l'évolution de la pharmacie en ayant à l'esprit que ces formations payantes sont aussi une

²¹ Chiffres issus des données du conseil national de l'ordre des pharmaciens

source de profit, est une prise de position essentielle à envisager pour les grossistes répartiteurs.

3. L'information et l'accompagnement des grossistes auprès des pharmaciens pour la réalisation du DPC ^[30]

Les grossistes-répartiteurs ont un véritable rôle d'informateur et d'accompagnant à jouer auprès des pharmaciens. En effet, les officinaux sont souvent mal informés et sous-informés faute de temps et d'intérêt concernant le DPC.

On doit ainsi se mettre à la place du pharmacien pour comprendre ses attentes et savoir quelles sont ses interrogations. Le pharmacien attend de son grossiste qu'il lui donne les éléments afin de comprendre d'une manière globale ce qu'est le développement professionnel continu et ce qu'il implique comme changement. Ensuite, il faut expliquer aux officinaux toutes les étapes à faire pour réaliser leur développement professionnel continu, c'est-à-dire :

- l'inscription sur le site mondpc.fr ;
- comment rechercher un programme de DPC ;
- comment s'inscrire à un programme de DPC ;
- comment réaliser et valider un programme de DPC ;
- le suivi des indemnités.

Pour illustrer cet accompagnement du pharmacien dans ces premiers pas dans le DPC, nous prendrons l'exemple de l'OCP qui s'implique de façon forte dans l'information du DPC auprès des pharmaciens. Ainsi l'OCP, a lancé un cycle de plus de 50 manifestations programmées sur toute la France à partir du 12 novembre 2013 au 11 mars 2014 afin de permettre à chaque pharmacien de participer à une rencontre à proximité de son domicile. Ces soirées conférences sont élaborées par 2 enseignants, Jacques Buxeraud, professeur à la Faculté de Pharmacie de Limoges

et Sébastien Faure, Maître de conférences à l'Université d'Angers. L'animation de ces conférences se fera en alternance avec Gérard Beylot, Docteur en pharmacie, responsable du pôle de rédaction médical de CalliMedia et Etienne Champion Docteur en pharmacie.

Ces présentations vont faire alterner des exposés, interviews de personnalités (OGDPC - Ordres des Pharmaciens et des Médecins) et séquences vidéo de mises en situation, avec pour objectif de faire découvrir le dispositif encore mal connu et aider les titulaires à intégrer le DPC dans le fonctionnement de leur pharmacie au bénéfice des équipes et des patients.

L'objectif de ces interventions est dans un premier temps d'expliquer ce qu'est le développement professionnel continu, et quels changements il implique dans la formation. Ainsi, l'accent est porté sur le fait que le DPC va amener à travailler sur sa pratique professionnelle en passant par une phase d'évaluation puis une phase d'amélioration. Ensuite, il est expliqué aux pharmaciens comment ils peuvent satisfaire à leur obligation de DPC. C'est-à-dire que la validation est obtenue par le biais d'un diplôme universitaire ou d'un diplôme inter-universitaire évalué favorablement par la commission scientifique référente ou bien en participant à un programme de développement professionnel comme formateur ou simple participant. Par la suite, on montre au pharmacien quelle est la démarche à suivre afin de s'inscrire sur le site internet mondpc.fr. Pour continuer la démarche explicative, les intervenants lors de ces conférences démontre comment il est possible de rechercher et s'inscrire à un programme de DPC sur le site mondpc.fr. Enfin, il est dit comment l'attestation de DPC est obtenue et ce qu'il se passe en cas non satisfaction à l'obligation de DPC.

L'OCP a choisi d'accompagner les pharmaciens par le biais de soirées conférences réparties sur l'ensemble du territoire. C'est un choix qui est judicieux, car les pharmaciens sont généralement attentifs lors de ces conférences, qui sont animées et rendent les explications vivantes et faciles à comprendre. De plus, la répartition géographique de ces interventions permet à de nombreux pharmaciens d'y participer. Peut être que d'autres répartiteurs vont choisir une autre manière pour

accompagner les pharmaciens d'officines dans le DPC, *via* une communication sur leur site internet ou des livrets explicatifs du DPC envoyés aux pharmaciens.

Enfin, l'essentiel de cette conférence DPC porte sur la conduite de réunion à l'officine en vue de fédérer l'équipe officinale. Comprendre le DPC est important puisqu'il forme sur la mise en place et la conduite de réunions à l'officine. Bien évidemment, la conférence de 3h30 sur ce thème se double de deux questionnaires portant sur l'évaluation des pratiques.

Conclusion

Le monde pharmaceutique français arrive à un « carrefour » de son évolution. En effet, la loi HPST et la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans les pharmacies d'officines constituent une réelle opportunité pour faire évoluer la profession. La vision du patient concernant le pharmacien sera différente, et le rôle du pharmacien plus important.

Cependant, le système de santé français doit réaliser des économies pour continuer à être viable dans le futur. Ces économies ont pour conséquences d'affaiblir économiquement les officines mais aussi les grossistes-répartiteurs.

Afin de progresser et continuer à être dynamique les répartiteurs ont donc tout intérêt à accompagner les équipes officinales dans le développement professionnel et proposer des formations adaptées au développement des officines.

Sources :

[1] FILLON F, HORTEFEUX B, DARCOS X, PECRESSE V, BACHELOT R. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. Disponible sur :

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>> (Page Consultée le 3/10/2013)

[2] SOUBIE R. Commissariat général du Plan. Santé 2010, rapport du groupe « prospective du système de santé ». Paris, la Documentation française, 1993.p.178

[3] BRAS P, KIOUR A, MAQUART B et al. Pharmacies d'officines : rémunération, missions, réseaux. [En ligne]. Disponible sur :

<<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000355/0000.pdf>>. (Page Consultée le 5/10/2013)

[4] POUYANNE P, HARAMBURU F, IMBS JL, BEGAUG B and the French Pharmacovigilance Centres. Hospitalisations due to adverse drug reactions: a cross sectional study in medical departments. BMJ 2000, 320, p.1036

[5] ENEIS : étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins. DREES. Fascicule Etudes et Résultats n°398, mai 2005.

[6] PAITRAUD D. Accompagnement des patients sous AVK : le début des entretiens pharmaceutiques est officiel. [En ligne]. Disponible sur :

<http://www.vidal.fr/actualites/13208/accompagnement_des_patients_sous_avk_le_debut_des_entretiens_pharmaceutiques_est_officiel/> (Page consultée le 20/09/2013)

[7] SIMON L. A la conquête des AVK. Le pharmacien de France, 2013, 1236, p.1-34

[8] CESPARM. Accompagnement des patients sous AVK : les outils disponibles au Cespharm. [En ligne]. Disponible sur :< <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Actualites/2013/Accompagnement-des-patients-sous-AVK-les-outils-disponibles-au-Cespharm>. > (Page consultée le 23/09/2013)

[9] Agence Nationale de sécurité du médicament. Information pour les professionnels de santé. [En ligne] Disponible sur : <<http://ansm.sante.fr/Dossiers/Anti-vitamine-K-AVK/Information-pour-les-professionnels-de-sante/%28offset%29/2>>. (Page consultée le 30/09/2013)

[10] AYRAULT J-M, MOSCOVICI P, CAHUZAC J. LOI n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012. [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026857857&categorieLien=id>> (Page consultée le 1/10/2013)

[11] TOURAINE M, MOSCOVICI P, CAHUZAC J et al. Projet de loi de finance de sécurité sociale. [En ligne] Disponible sur : <<http://www.economie.gouv.fr/files/projet-loi-finances-securite-sociale-plfss-2013.pdf>> (Page consultée le 1/10/2013)

[12] KPMG. Moyenne professionnelle de 2013. [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Moyennes-Professionnelles-Pharmacies-2013.pdf>>. (Page consultée le 7/10/2013)

[13] Interfimo. Les prix et valeurs des pharmacies. [En ligne] Disponible sur : <<https://www.interfimo.fr/etudes-prix-cession/pharmacies>>. (Page consultée le 7/10/2013)

[14] SABARLY F. Bilan 2012 : une baisse de l'activité des officines inquiétante. Le quotidien du pharmacien, 2013, 2985, p.1-16

[15] LE GUIQUET O, LORENZI J. La distribution pharmaceutique en France Paris: Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2001.p.78

[16] Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique. La répartition pharmaceutique en France. [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.csrp.fr/opencms/sites/fr/repartition/presentation.html>> (Page Consultée le 10/10/2013)

[17] Actalians. Le Droit Individuel à la Formation (DIF). [En ligne] Disponible sur : <<http://www.opcapl.com/salaries/comment-utiliser-mon-DIF.asp>>. (Page Consultée le 25/10/2013)

[18] Fongecif. Le congé individuel de formation (CIF). [En ligne] Disponible sur : <<http://www.fongecif-idf.fr/les-dispositifs-de-formation/>>. (Page Consultée le 13/10/2013)

[19] WK-Pharma. Le plan de formation. [En disponible] Disponible sur : <<http://www.wk-pharma.fr/outils/html/formation-3e-cycle-officine/3,3.3/3,3.3/3eme-cycle-pharmacie-reconnus.html?deplies=0&selectionnes=0>>. (Page Consultée le 15/10/2013)

[20] MOULUN A. Comment s'y retrouver dans la jungle de la formation continue. Quotidien du pharmacien, 2013, 2987, p 1-14.

[21] Organisme paritaire collecteur agréé pour les professions libérales. Accédez au dispositif de votre choix et consultez notre mode d'emploi. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.opcapl.com/services/iso_album/fiche_dispositifs_pharmacies.pdf>. (Page consultée le 15/10/2013)

[22] Haute autorité de santé. Principes du DPC. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288559/principes-du-dpc>. (Page consultée le 14/10/2013)

[23] Haute autorité de santé. Organisation du dispositif. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_435723/organisation-du-dispositif>. (Page consultée le 14/10/2013)

[24] Organisme gestionnaire du développement professionnel continu. Mon DPC, inscription. [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.mondpc.fr/index.php/mondpc/inscription>>. (Page consulté le 16/10/2013)

[25] Organisme gestionnaire du développement professionnel continu. LE DPC "Qu'est-ce que le Développement Professionnel Continu ?". [En ligne]. Disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/IMG/pdf/1309_DPC_questions_reponses_sept13-3.pdf>. (Page consultée le 16/10/2013)

[26] Ordre national des pharmaciens. Le développement professionnel continu. [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu>>. (Page consultée le 11/10/2013)

[27] FAUCON F. Arrêté du 19 juillet 2013 relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation prévues à l'article R. 4021 -25 du code de la santé publique. [En ligne] disponible sur : <https://www.ogdpc.fr/public/medias/organisme/pdf/TEXTES%20FONDATEURS/ARRETE_criteres_evaluation.pdf>. (Page consultée le 12/10/2013)

[28] Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2013. [En ligne] disponible sur : <<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Rapports-Publications-ordinales/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2013>>. (Page consultée le 11/10/2013)

[29] Ordre national des pharmaciens. Les grandes tendances de la démographie des pharmaciens en 2012. [En ligne] disponible sur : <<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens>>. (Page consultée le 17/10/2013)

[30] BURKEL A. L'OCP lance un nouveau cycle de conférences pour accompagner le pharmacien dans la mise en place du DPC à l'officine. [En ligne] disponible sur : <http://www.nouveau.ocp.fr/irj/go/km/docs/POINT_PUBLIC/pub_r_presse/text/cdp_131030.pdf>. (Page consultée le 03/11/2013)

Table des illustrations

UNIVERSITE DE LIMOGES	0
Faculté de Pharmacie	0
UNIVERSITE DE LIMOGES	1
Faculté de Pharmacie	1
Figure 1 : Solde des différentes branches de l'assurance maladie pour 2012, avec l'impact de la LFR ^[10]	22
Figure 2 : Solde des différentes branches de l'assurance maladie pour 2012 et 2013, avec l'impact de la LFR et LFSS ^[11]	23
Figure 3 : Mesures d'économies en 2013 sur les soins de ville en millions d'euros ^[11]	25
Figure 4 : Mesures d'économies pour 2013 sur le secteur hospitalier en millions d'euros ^[11]	27
Figure 5 : Solde annuel du régime général et du fond de solidarité vieillesse de 1999 à 2013 ^[11]	28
Figure 6 : Evolution du chiffre d'affaires moyen des officines entre 2011 et 2012 ^[12]	30
Figure 7 : Evolution du chiffre d'affaires des officines depuis 2004 jusqu'à 2012 ^[12]	31
Figure 8 : Evolution du chiffre d'affaires des officines en fonction de la typologie et du chiffre d'affaire ^[12]	32
Figure 9 : Evolution de la marge moyenne et du taux de marge brute commerciale des officines ^[12]	33
Figure 10 : Evolution de la marge en fonction du secteur d'activité de l'officine ^[12]	34
Figure 11 : Evolution du taux de marge des officines en fonction de leur chiffre d'affaires et de leur typologie ^[12]	35
Figure 12 : L'évolution de la performance commerciale et de gestion des officines ^[12]	36
Figure 13 : Les canaux de distribution du médicament ^[16]	38
Figure 14 : Répartition des parts de marché des grossistes répartiteurs en France ^[16]	39
Figure 15 : Comparaison de l'évolution de la marge grossiste et de la marge officine depuis 2008	42
Figure 16 : Marge de la distribution pharmaceutique avant le changement de 2012.....	43

Figure 17 : Nouvelle marge de la distribution pharmaceutique depuis 2012 ¹⁴	43
Figure 18 : Nombre d'heures de DIF en fonction de la durée de travail hebdomadaire	45
Figure 19 : Prises en charge des formations dans le cadre du DIF ^[21] ...	52
Figure 20 : Prise en charge des formations définies par la branche professionnelle ^[21]	53
Figure 21 : Prise en charge des formations définies par la branche interprofessionnelle ^[21]	54
Figure 22 : Principes fondamentaux du DPC ^[24]	57
Figure 23 : Organisation du DPC : Les acteurs et leur rôle	58

ANNEXES

Annexe 1 : Recommandations du rapport de L'IGAS pour élargir le rôle du pharmacien

N°	Recommandations
1	Retenir le revenu moyen des titulaires comme critère d'évaluation de la situation économique.
2	Mobiliser des moyens minimaux pour pouvoir en continu apprécier la situation du secteur et plus particulièrement le revenu moyen des titulaires.
3	Fixer, en lien avec les représentants des professionnels, une cible pour le revenu moyen des pharmaciens titulaires.
4	Mettre en place une organisation permettant des négociations ordonnées et régulière sur les officines.
5	Poursuivre le déploiement du Dossier Pharmaceutique.
6	Permettre aux médecins de consulter le dossier pharmaceutique.
7	Enregistrer et rémunérer les interventions des pharmaciens auprès des médecins, lors du contrôle des ordonnances.
8	Rémunérer les enquêtes réalisées par les pharmaciens à la suite de signalements d'effets indésirables liés aux produits de santé.
9	Engager les facultés de pharmacie à entreprendre des travaux de recherche sur les pratiques sur les pratiques officinales.
10	Formaliser les procédures d'analyse et de contrôle des ordonnances via la publication d'un guide de bonne pratiques de dispensation.
11	Prévoir que toute dispensation de médicaments, prescrits ou non, doit être analysée automatiquement par un logiciel pour détecter les éventuelles interactions.
12	Imposer l'intervention systématique d'un pharmacien pour toute interaction de niveau 3 ou 4.
13	Mettre en place une procédure de certification des officines.
14	Intégrer une démarche de « testing » à la procédure de certification.
15	Rénover les dispositifs de contrôle des officines.
16	Adapter la formation initiale des pharmaciens et prévoir des formations continues spécifiques pour pouvoir réaliser les nouveaux services.
17	Prévoir, dans les cas retenus par l'HAS, que le pharmacien puisse renouveler les prescriptions après un bilan pharmaceutique.
18	Déterminer les pathologies qui pourraient être dépistées en officines et définir les protocoles de dépistage.
19	Prévoir que les pharmaciens puissent réaliser des entretiens d'accompagnement pour les patients chroniques.
20	Instaurer le bilan de médication sur prescription médicale.

21	Permettre la réalisation du test diagnostic rapide aux angines en premier recours par le pharmacien.
22	Finaliser les textes réglementaires relatifs à la préparation des doses à administrer et ouvrir aux médecins la possibilité de prescrire cette prestation.
23	Ouvrir aux médecins la possibilité de prescrire la dispensation à domicile.
24	Organiser le suivi vaccinal des patients par les pharmaciens
25	Prévoir, sous réserve d'une étude préalable, que le pharmacien, spécifiquement formé, puisse réaliser l'acte vaccinal sur prescription.
26	Etudier la possibilité pour le pharmacien de pratiquer de sa propre initiative des rappels de vaccinations chez les patients adultes.
27	Prévoir une rémunération à l'acte des nouveaux services et leur prise en charge par l'assurance maladie ; organiser l'exemption de TVA.
28	Lever le plafond sur les remises génériques.
29	Faire évoluer la rémunération de la dispensation, en concertation avec la profession, vers un honoraire de dispensation combinant 3 paramètres (ordonnance, ligne, médicaments particuliers).
30	Charger les ARS de conduire un travail de repérage des difficultés potentielles d'accès au médicament.
31	Tarir les créations d'officines en augmentant et en unifiant les quotas, en les durcissant dans les agglomérations, et en instaurant un gel de 10 ans.
32	Réformer les normes de personnel en diminuant l'incrément à 0,5 ETP et en fixant le pas à 635K€.
33	Encourager les regroupements en allongeant la période de protection, en permettant les regroupements en tout point du territoire, en leur étendant l'avantage fiscal en cas de retraite.
34	Permettre aux pharmaciens, seul ou en société, d'être propriétaires de plusieurs officines, sans limitation.
35	Etudier les effets d'une ouverture partielle du capital aux non-pharmaciens
36	Réglementer de manière urgente la vente de médicaments sur Internet en transposant sans délai la directive « médicaments falsifiés »
37	Développer la dématérialisation à la source de l'ordonnance en promouvant l'e-prescription.

Annexe 2 : GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS SOUS ANTIVITAMINE K (AVK)

Ce guide, élaboré à partir des documents de références établis par l'ANSM, est conçu pour vous aider à appréhender au mieux la conduite de l'entretien pharmaceutique dans le cadre de l'accompagnement des patients nécessitant un traitement chronique par AVK.

Après plus de quarante ans d'utilisation, les AVK constituent le traitement anticoagulant de référence pour des pathologies fréquentes.

Ce traitement est indispensable mais nécessite toutefois des précautions importantes. En effet, les traitements par AVK constituent la première cause d'accidents iatrogéniques en France. Ces médicaments à marge thérapeutique étroite nécessitent donc une surveillance renforcée en raison du risque hémorragique élevé, mais également du risque thromboembolique en cas de sous-dosage.

La délivrance et l'explication au patient sous AVK de l'ensemble des informations relatives à son traitement sont des éléments capitaux pour son appropriation et pour l'atteinte des objectifs thérapeutiques. En effet, un patient bien informé est un patient plus observant.

Plusieurs notions doivent être abordées lors de l'entretien. Il est possible (voire probable) que le patient ne puisse pas assimiler toutes ces notions dès le premier entretien. Il convient donc d'ajuster le niveau d'information en fonction de la compréhension du patient. Lors du premier entretien, le pharmacien peut être amené à prioriser les informations à délivrer. Des précisions seront apportées et des rappels seront effectués lors des entretiens ultérieurs.

Le pharmacien débute le premier entretien par le recueil d'informations générales relatives au patient. Il aborde ensuite les notions générales et fondamentales relatives au traitement proprement dit et à son suivi.

L'appréciation de l'appropriation par le patient des informations essentielles se fait selon trois niveaux :

_ Acquis (A) _ Partiellement acquis (PA) _ Non acquis (NA)

Le pharmacien considère qu'une notion est :

– « acquise » dès lors qu'elle est parfaitement intégrée par le patient et qu'il est capable de la restituer avec ses propres termes et de la mettre en pratique ;

– « partiellement acquise » dès lors que le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises ;

– « non acquise » dès lors que le patient ne sait rien sur le sujet.

Lors de la prise de RDV, le pharmacien demande avec insistance au patient d'apporter son carnet de suivi AVK à chaque entretien et s'assure de l'existence d'un dossier pharmaceutique ouvert et actif.

1. Informations générales concernant le patient

Nom et prénom.

Age.

Poids.

Nom du produit AVK prescrit.

Autres traitements médicamenteux au long cours.

Autres médicaments/produits consommés par le patient.

Habitudes de vie (alimentation, alcool, tabac, activité physique, sport de contact, activité manuelle, bricolage, jardinage, déplacement, voyage...).

Historique des AVK : date de première prescription (ou ancienneté du traitement), produits prescrits, posologies des derniers mois, éventuels incidents ou accidents rapportés au traitement.

Vérification de l'absence de contre-indications absolues ou relatives (cf. RCP).

Identification des situations nécessitant assistance (difficultés motrices, cognitives, sensorielles).

Identification du laboratoire qui dose habituellement l'INR.

Vérification de la détention d'un carnet de suivi et d'une carte AVK.

Perception globale par le patient de son traitement par AVK.

2. Notions générales relatives au traitement par AVK

2.1. Informer le patient sur les principes du traitement

Rôle de l'AVK.

Pourquoi le traitement a été prescrit.

Notion de marge thérapeutique étroite.

Risques hémorragiques et thrombotiques.

Posologie prescrite.

Horaire d'administration à respecter.

Que faire en cas d'oubli.

Importance de l'observance.

Importance de la surveillance.

Le patient doit suivre avec une grande vigilance son traitement par AVK car celui-ci l'expose à deux risques principaux : l'hémorragie liée à un surdosage et la thrombose liée à un sous-dosage.

L'effet anticoagulant des AVK est progressif, mais diminue en quelques jours après l'arrêt du traitement.

En cas d'oubli, la dose omise peut être prise dans un délai de huit heures après l'heure habituelle d'administration. Passé ce délai, il est préférable de sauter cette prise et de prendre la suivante à l'heure habituelle. Le patient ne doit pas prendre de dose double pour compenser la dose manquée. Il devra signaler cet oubli lors du contrôle de son INR (examen biologique qui permet d'évaluer l'activité du traitement par (antivitamine K) et le noter dans son carnet de suivi.

2.2. Informer le patient sur les principes de la surveillance biologique du traitement

INR.

INR cible.

Rythme des contrôles.

Horaires des contrôles.

L'INR mesure, sous certaines conditions, le temps de coagulation d'un patient et le compare à celui d'un sujet qui ne reçoit pas d'AVK. Chez un sujet non traité, l'INR est égal à 1.

L'INR cible est la valeur à rechercher pour obtenir un traitement efficace. Il dépend de la maladie pour laquelle le traitement est prescrit et, dans la plupart des cas, doit se situer entre 2 et 3 :

– un INR < 2 reflète une dose insuffisante ;

– un INR > 3 correspond à une dose trop forte, avec un risque potentiel d'hémorragie.

Dans certains cas, l'INR cible doit être plus élevé, compris entre 3 et 4,5 pour que le traitement soit efficace.

Dans tous les cas, un INR > 4,5 est associé à un risque hémorragique accru.

L'INR doit être contrôlé régulièrement et mesuré, si possible, par le même laboratoire, à une fréquence déterminée par le médecin.

En début de traitement, l'INR doit être mesuré fréquemment pour permettre de trouver la dose d'AVK qui convient, c'est-à-dire la dose d'AVK qui permet d'obtenir à plusieurs reprises l'INR cible.

Quand la dose appropriée est déterminée, la fréquence du contrôle de l'INR peut diminuer progressivement.

Ce contrôle doit toutefois continuer à être effectué au moins une fois par mois afin d'éviter le surdosage et le risque de thrombose du fait d'un sous-dosage.

Certaines circonstances particulières peuvent provoquer un déséquilibre du traitement, en augmentant ou au contraire en diminuant son effet anticoagulant. Ces circonstances, principalement représentées par la prise simultanée de certains médicaments ou la survenue d'une pathologie intercurrente, nécessitent des contrôles supplémentaires de l'INR afin d'adapter la dose d'AVK. Cela est notamment très important en cas de modifications des autres traitements pris par le patient.

Transmission des résultats : un traitement par AVK se prenant préférentiellement le soir, il convient de s'assurer que les résultats de l'INR sont transmis au médecin qui suit le patient dans l'après-midi, de manière à ce que la dose puisse être modifiée, si besoin, le soir même.

2.3. Informer le patient sur l'importance de la surveillance de l'apparition de signes évocateurs d'un surdosage et s'assurer de sa vigilance sur l'apparition éventuelle de ces signes

Signes banals : saignement des gencives, saignement de nez, hémorragie conjonctivale, règles exceptionnellement abondantes, hématomes.

Signes plus inquiétants : sang dans les urines, sang dans les selles, selles noires et nauséabondes, crachats sanglants, vomissements sanglants, saignement persistant.

Signes trompeurs : fatigue, essoufflement, pâleur, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexplicé.

Informez le patient qu'en cas de survenue de signes inquiétants, un avis médical urgent est nécessaire.

2.4. Informer le patient sur les interactions médicamenteuses et s'assurer qu'il ne s'y expose pas

Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AVK et donc de modifier l'INR sont très nombreux. La règle consiste à ne jamais prendre de médicaments qui n'aient été prescrits par un médecin ou conseillé par un pharmacien ni, *a fortiori*, un autre médicament de sa propre initiative. Cette règle s'applique en toutes circonstances, y compris dans des situations très banales, telle que la survenue d'une douleur, d'un rhumatisme ou d'une infection, qui doivent amener à consulter le médecin traitant. C'est notamment le cas lors d'une prescription d'antibiotiques, même pour une période brève. Habituellement, l'INR doit être contrôlé trois à quatre jours après toute initiation, modification ou arrêt d'un médicament associé au traitement par AVK, afin de réajuster, si besoin, la dose de ce dernier. Il est contre-indiqué d'associer les AVK avec notamment :

- acide acétylsalicylique ;
- miconazole, utilisé par voie générale ou en gel buccal ;
- millepertuis.

La liste complète des interactions médicamenteuses contre-indiquées, déconseillées, nécessitant des précautions d'emploi et à prendre en compte, est disponible dans le Thésaurus des interactions médicamenteuses, rubrique anticoagulants oraux, sur le site internet de l'ANSM ([http://ansm.sante.fr/Dossiersthematiques/Interactionsmedicamentieuses/Interactions-medicamentieuses/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiersthematiques/Interactionsmedicamentieuses/Interactions-medicamentieuses/(offset)/0)).

2.5. Informer le patient sur l'alimentation

Aucun aliment n'est interdit. Cependant, l'apport du régime alimentaire en vitamine K doit être régulier et sans excès, afin de ne pas perturber l'équilibre de l'INR.

Les aliments les plus riches en vitamine K sont : brocolis, choux, choux-fleurs, choux de Bruxelles, épinards, laitue.

Attirez l'attention du patient sur les compléments alimentaires et les tisanes qui peuvent contenir du millepertuis.

2.6. Informer le patient sur la nécessité de signaler à tous les professionnels de santé qu'il prend un traitement par AVK

Médecin, chirurgien, anesthésiste, dentiste, sage-femme, kinésithérapeute, infirmière, biologiste, pharmacien...

Le patient doit toujours porter sur lui la carte mentionnant qu'il prend un traitement par AVK, carte figurant au dos du carnet d'information remis par le médecin, le biologiste ou le pharmacien.

2.7. Informer le patient que toute injection intramusculaire lors d'un traitement anticoagulant est contre-indiquée

Les injections sous-cutanées sont autorisées.

3. Conclusion

A la fin de l'entretien, demander au patient s'il a des questions à poser.

Lui remettre un carnet de suivi de traitement par AVK s'il n'en a pas et lui rappeler l'importance de le remplir.

Fixer la date du prochain RDV. En fonction du niveau de connaissance du patient constaté à l'issue de l'entretien, cette date sera fixée à plus ou moins brève échéance.

Eventuellement, prévoir ou inciter le patient à se faire accompagner d'une personne de son choix lors de l'entretien suivant.

Présenter la façon dont va se dérouler l'accompagnement ainsi que la coordination que le pharmacien va instaurer avec le médecin désigné par le patient.

Il relève de la compétence du pharmacien d'apprécier le degré d'accompagnement qui doit être mis en œuvre ainsi que le nombre d'entretiens nécessaire au suivi optimal du patient. Ce degré d'accompagnement doit être adapté à chaque patient en fonction de sa réceptivité et de son appropriation des messages transmis.

Annexe 3 : ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE AVK FICHE DE SUIVI PATIENT

Ce questionnaire, élaboré à partir des documents de référence établis par l'ANSM, constitue une trame d'échanges avec le patient. Il aborde dans ce cadre l'ensemble des points qui apparaissent incontournables pour un suivi optimal du patient. Il doit ainsi être considéré comme un fil conducteur de l'entretien et non comme un *verbatim* précis des questions à poser. Vous devrez par conséquent vous l'approprier afin d'être en mesure de vous adapter à la situation réelle de l'entretien.

Ce questionnaire constitue également, pour vous, un support du suivi du patient qu'il conviendra de conserver afin de mieux appréhender le prochain entretien. A chaque question posée, complétez si nécessaire avec des explications et analysez les réponses faites par le patient afin d'adapter votre discours et vous assurer de la bonne compréhension des messages transmis. Le carnet d'information et de suivi du traitement par AVK remis au patient peut constituer un bon support d'informations complémentaires. Demandez au patient de vous le présenter ou, s'il n'en a pas, remettez-lui en un. Ce carnet peut être commandé en ligne sur le site du Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM) : www.cespharm.fr.

Il relève de la compétence du pharmacien d'apprécier le degré d'accompagnement qui doit être mis en œuvre ainsi que le nombre d'entretiens nécessaire au suivi optimal du patient. Ce degré d'accompagnement doit être adapté à chaque patient en fonction de sa réceptivité et de son appropriation des messages transmis.

La convention stipule que l'accompagnement du pharmacien passe par un entretien à l'initialisation du traitement et la réalisation d'au moins deux entretiens annuels.

L'appréciation de l'appropriation par le patient des informations essentielles se fait selon trois niveaux :

_ Acquis (A) _ Partiellement acquis (PA) _ Non acquis (NA)

Le pharmacien considère qu'une notion est :

- « acquise » dès lors qu'elle est parfaitement intégrée par le patient ;
- « partiellement acquise » dès lors que le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises ;
- « non acquise » dès lors que le patient ne sait rien sur le sujet.

A l'issue de cet entretien, vous devez évaluer la situation et juger s'il est opportun ou non de contacter le médecin ou de conseiller au patient une consultation chez son médecin.

INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° d'immatriculation :

Régime d'affiliation :

Adresse :

Date entretien 1 et nom du pharmacien :

Date entretien 2 et nom du pharmacien :

Date entretien 3 et nom du pharmacien :

1. Notions générales sur le traitement AVK

Principes du traitement

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
1. Le patient sait-il à quoi sert « nom de la spécialité AVK prescrite » ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
2. Le patient sait-il pourquoi « nom de la spécialité AVK prescrite » lui a été prescrit ? Si oui, est-il capable de restituer en termes simples l'indication thérapeutique ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
3. Le patient sait-il si ce médicament comporte certains risques ? Si oui, le patient les connaît-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
4. Le patient connaît-il la dose qu'a prescrite son médecin ? Si oui, la respecte-t-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
5. Le patient sait-il à quelle heure il doit prendre ce médicament et qu'il faut le prendre tous les jours à la même heure ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
6. Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ? Si oui, explicitiez.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
7. Le patient sait-il qu'il est important : - de noter les prises sur son carnet de suivi ? - de noter tout oubli éventuel dans son carnet de suivi ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Surveillance biologique du traitement

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
8. Le patient connaît-il la valeur de son INR cible ? Si oui, quelle est-elle ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
9. Le patient sait-il que le dosage de l'INR doit être effectué impérativement selon le calendrier établi par le médecin et toujours dans le même laboratoire ? Vérifiez avec le patient qu'il dispose bien du calendrier de suivi de son INR.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
10. Le patient sait-il pourquoi il faut doit faire sa prise de sang pour dosage de l'INR, le matin (transmission au médecin) ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
11. Le patient sait-il que, dès qu'il la connaît, il doit immédiatement noter la valeur de l'INR dans son carnet de suivi et appeler son médecin si cette valeur de l'INR sort de la fourchette ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
12. A quelle fréquence le patient réalise-t-il le contrôle de l'INR ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'une dose trop élevée

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
13. Le patient connaît-il les signes évocateurs d'un surdosage et la conduite à tenir ? - signes plus inquiétants : sang dans les urines, sang dans les selles, selles noires et nauséabondes, crachats sanglants, vomissements sanglants, épistaxis, saignement persistant ; - signes trompeurs : fatigue, essoufflement, pâleur, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexplicable ; - signes banals : saignement des gencives, saignement de nez, hémorragie conjonctivale, règles exceptionnellement abondantes, hématomes.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
14. Lui est-il déjà arrivé de ressentir certains de ces signes ? Si oui, qu'a-t-il fait ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Les autres médicaments

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
15. Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres médicaments ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
16. Le patient connaît-il les médicaments qui sont contre-indiqués avec son traitement ? Si oui, peut-il citer des médicaments d'usage courant contre-indiqués avec son traitement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Arrive-t-il au patient de prendre, sans avis médical ou conseil pharmaceutique, d'autres médicaments qu'il a par exemple dans son armoire à pharmacie ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Vie quotidienne et alimentation

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
17. Le patient connaît-il les précautions à prendre pour minimiser le risque hémorragique dans la vie quotidienne (prévention des chocs et blessures lors d'activités sportives ou de loisirs) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
Peut-il en citer 3 ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
18. Le patient connaît-il les règles à suivre en matière d'alimentation et les principaux aliments riches en vitamine K ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
19. Le patient sait-il qu'il ne doit pas prendre certaines tisanes, ni de complément alimentaire sans en parler à son médecin ou son pharmacien ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Les professionnels de santé

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
20. En dehors de son médecin ou de son pharmacien, quels autres professionnels de santé le patient rencontre-t-il ?			
21. Le patient leur présente-t-il la carte « je prends un traitement anticoagulant par AVK » qui lui a été remise ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
22. Le patient sait-il qu'il doit tenir informé son médecin traitant de toute intervention médicale (extraction dentaire, petite chirurgie, etc.) ou changement dans sa situation (par exemple survenue d'une grossesse) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

2. Conclusion pour le patient

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
23. Le patient a-t-il des questions ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

3. Conclusion pour le pharmacien

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3
24. Petite synthèse de l'entretien et durée approximative			
25. Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient			
26. Principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité lors de l'entretien suivant			
27. Prévoir la présence d'un accompagnant pour l'entretien suivant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
28. Prévoir l'orientation du patient vers le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
29. Prévoir une prise de contact avec le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

4. Suivi de l'accompagnement

Convenir avec le patient des modalités de suivi de l'accompagnement. Envisager avec lui le nombre et la fréquence des entretiens.

Insister sur l'importance du suivi biologique.

Remplacement du traitement AVK par un autre antithrombotique oui/non.

Date :

Le switch vers un autre antithrombotique implique l'arrêt de l'accompagnement AVK.

Arrêt du traitement anticoagulant oui/non.

Date :

L'arrêt du traitement anticoagulant implique l'arrêt de l'accompagnement AVK.

Annexe 4 : ORIENTATIONS POUR L'ANNÉE 2013 POUR LE DPC AU TITRE DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Ces programmes sont conformes aux recommandations, avis et travaux de la Haute Autorité de santé et des agences sanitaires, et aux données acquises de la science.

I. – Orientation n° 1 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- la connaissance de l'état de santé de la patientèle et/ou de la population vivant sur le territoire où le professionnel exerce ;
- l'optimisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les pathologies aiguës et chroniques ;
- la promotion des parcours de santé et de soins, comprenant pour le patient le juste enchaînement de l'intervention des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins préventifs et curatifs ;
- la promotion des actions de prévention ou de dépistage ;
- la maîtrise des indications et contre-indications des actes diagnostics et thérapeutiques, des prescriptions en matière de médicaments, de dispositifs médicaux, d'examens biologiques, de transports sanitaires ;
- les programmes d'études cliniques et épidémiologiques visant à évaluer des pratiques et à actualiser et/ou compléter des recommandations de bonne pratique clinique ;
- la recherche et la critique de l'information scientifique pertinente.

II. – Orientation n° 2 : contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- le développement de l'information et de l'autonomie du patient ;
- de favoriser le bon usage et l'observance des traitements ;
- l'amélioration de la qualité de vie du patient et la prise en charge des personnes fragiles et/ou handicapées, et de leur entourage ;
- la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ;
- l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie des patients ;
- la formation à l'éducation thérapeutique (permettre aux patients atteints de maladie chronique d'acquérir ou de développer les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux l'évolution de leur maladie) ;
- la formation à la relation « professionnel de santé-patient » ou au « partenariat soignant-soigné ».

III. – Orientation n° 3 : contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- d'améliorer la connaissance des enjeux de sécurité sanitaire et des procédures de déclaration d'événements indésirables ;
- de développer une culture de gestion des risques au sein des équipes (pluri)professionnelles de santé, notamment à travers les démarches qualité et les procédures de certification ;
- de développer une approche sur la pertinence des soins et des actes par des outils adaptés à son amélioration ;
- l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins décrite aux articles L. 4135-1 et suivants ;

- l'accréditation des laboratoires de biologie médicale décrite aux articles L. 6221-1 et suivants du code de la santé publique ;
- la prévention des événements indésirables liés aux soins : sécurité des soins, gestion des risques (*a priori*, ou *a posteriori*, y compris les événements porteurs de risque), iatrogénie (médicamenteuse notamment chez les personnes âgées, vigilances, déclarations d'événements indésirables, infections nosocomiales, infections liées aux soins) ;
- la sécurisation de la prise en charge de la thérapeutique médicamenteuse du patient à l'hôpital ou en ville (circuit du médicament) ;
- la connaissance par les professionnels des responsabilités juridiques des différents corps de métiers ;
- la lutte contre le mésusage et le détournement de certains médicaments ;
- la radioprotection des patients et des professionnels de santé, en radiothérapie, en médecine nucléaire, en radiologie et en radio-pharmacie.

IV. – Orientation n°4 : contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- l'élaboration de référentiels communs et de coopérations professionnelles ;
- la coordination de la prise en charge : organisation, plans de soins, protocoles pluridisciplinaires, dossier médical notamment au niveau territorial, relation entre médecins traitants et correspondants ;
- les coopérations entre professionnels de santé relevant des articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique ;
- la formation des maîtres de stage ou des tuteurs d'étudiants des professions de santé ;
- le développement des systèmes d'information et le dossier médical (dossier médical personnel et dossier pharmaceutique prévus aux articles L. 1111-14 et suivant du code de la santé publique, logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation, programme Hôpital numérique 2012-2016) ;
- la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;
- les modélisations des communications interprofessionnelles ;
- l'amélioration du travail en équipes de soins, la gestion managériale et des équipes ;
- la gestion économique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

V. – Orientation n°5 : contribuer à l'amélioration de la santé environnementale

En lien avec les axes développés lors de la conférence environnementale, le développement professionnel continu mettra notamment l'accent sur :

- la connaissance par les professionnels de santé des données existantes sur les liens entre pathologies et facteurs environnementaux ;
- les actions que peuvent mettre en place les professionnels de santé, notamment celles inscrites dans le plan national santé environnement 2009-2013 et le plan national santé au travail 2010-2014.

VI. – Orientations n°6 : contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L. 6311-1 du code du travail

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- l'adaptation et le développement des compétences des salariés définies à l'article L. 6313-3 du code du travail ;
- la promotion professionnelle définie à l'article L. 6313-4 du code du travail ;
- la radioprotection des personnes prévues à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique, définie à l'article L. 6313-8 du code du travail ;
- l'économie et la gestion de l'entreprise définies à l'article L. 6313-9 du code du travail ;
- le bilan de compétences défini à l'article L. 6313-10 du code du travail ;
 - la validation des acquis d'expérience définie à l'article L. 6313-11 du code du travail.

Annexe 5 : Méthodes et modalité de DPC



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Développement professionnel continu

Méthodes et modalités de DPC

Décembre 2012

Ce document présente :

- la liste des méthodes et des modalités de DPC* ;
- les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC*

Ce document a été validé par la HAS (19 décembre 2012) après avis des commissions scientifiques indépendantes (CSI) des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales (CSHCPP).

N.B. : l'avis de la CSI des médecins sera recueilli dès que celle-ci aura été installée.

Pour les médecins, cette liste a été élaborée avec le concours d'un organisme composé de conseils nationaux professionnels de spécialité d'exercice selon des modalités définies par une convention conclue entre cet organisme et l'État (art. R. 4133-4 du décret 2011-2116 relatif au DPC des médecins).

Ce document est destiné aux organismes de DPC qui mettent en œuvre des programmes de DPC.

MÉTHODE ET PROGRAMME DE DPC

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un **programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel***.

Ce **programme** de DPC doit* :

- être conforme à une **orientation** nationale ou à une orientation régionale de DPC ;
- comporter **une des méthodes** et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique indépendante (ou de la commission scientifique du HCPP) ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC ;
- être mis en œuvre par un **organisme de DPC** enregistré **et évalué positivement par la CSI correspondante de la profession ou la CS du HCPP****.

*Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

**Les organismes de DPC sont évalués par la commission scientifique indépendante compétente ou la commission scientifique du HCPP (cf. art. R. 4021-24 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC). Si elle (l'évaluation) est défavorable, le suivi des programmes mis en œuvre par cet organisme ne concourt pas, pour le professionnel de santé, au respect de son obligation de DPC.

CONDITIONS PERMETTANT D'APPRÉCIER LA PARTICIPATION EFFECTIVE D'UN PROFESSIONNEL À UN PROGRAMME DE DPC*

Un programme collectif de DPC se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui permet de satisfaire l'obligation individuelle des professionnels de santé qui y participent.

Ce programme a vocation à s'inscrire dans une démarche pluriannuelle (appelée aussi « parcours de DPC ») cohérente au regard des besoins des patients et des professionnels et de leur mode d'exercice.

Les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective d'un professionnel à un programme de DPC sont les suivantes :

1. Le programme

- Un programme de DPC associe deux activités :
 - **l'analyse des pratiques professionnelles**, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié,
 - un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...),
 - une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue,
 - des objectifs et des actions d'amélioration,
 - un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels ;
 - **l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences**, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié,
 - des objectifs pédagogiques,
 - des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts...),
 - une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels ;
- Ces deux activités sont articulées entre elles, sans ordre prédéfini, et sont **planifiées**.
- Ces deux activités prévoient un temps **d'échange** entre les participants au programme et concernant leurs pratiques (difficultés rencontrées, modalités de prise en charge, résultats obtenus...).
- **L'indépendance** de toute influence, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé, est garantie (art. 4021-25 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC)).
- La **confidentialité** des données personnelles des professionnels de santé, celles relatives à leurs pratiques et celles des patients, est garantie.

2. Les supports utilisés (papiers, numériques)

- Les supports utilisés pour décrire les pratiques recommandées (supports pédagogiques, référentiels d'analyse des pratiques...) utilisent des références scientifiques identifiées.
- Les supports ne comportent aucune promotion.
- Les auteurs des supports sont identifiés et leurs liens d'intérêts sont portés à la connaissance des participants.
- Les autres sources de financements éventuels sont affichées.
- Les supports issus de la presse scientifique professionnelle respectent des critères de qualité décrits dans une fiche spécifique.

*Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

3. Les intervenants (auteurs, formateurs, concepteurs, experts...)

- Tous les intervenants sont tenus de faire connaître à l'ensemble des participants en début de présentation/programme/session les liens d'intérêts qu'ils entretiennent, notamment avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé.
- L'expertise pédagogique, scientifique ou méthodologique des intervenants est portée à la connaissance des participants.

4. La traçabilité de l'engagement des professionnels

Il est demandé à chaque professionnel de santé :

- de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**. Celui-ci comprend au minimum :
 - les besoins identifiés par le professionnel,
 - le programme suivi,
 - les actions d'amélioration mises en œuvre ;
- et de pouvoir **justifier** les actions entreprises en conservant tous les **documents** susceptibles de lui être demandés. Il s'agit par exemple : d'attestation de présence à une activité, de compte rendu de réunion, de résultats d'évaluation, de fiche de suivi d'actions d'amélioration (exemple : nouvelle procédure de prise en charge le cas échéant), etc.

LISTE DES MÉTHODES UTILISABLES DANS LE CADRE DU DPC

Pour construire leurs programmes de DPC, les organismes de DPC sont invités à choisir, parmi les méthodes citées ci-dessous, les mieux adaptées aux contextes de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels et aux démarches déjà entreprises.

Le tableau synthétique suivant présente la liste des méthodes selon un classement par type d'approche.

Cette liste a vocation à être évolutive.

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
1. Pédagogique ou cognitive		
1.1 - En groupe	<ul style="list-style-type: none">• formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...)• revue bibliographique et analyse d'articles	À compléter par une activité d'analyse des pratiques <ul style="list-style-type: none">– soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation– soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle
1.2 - Individuelle	<ul style="list-style-type: none">• formation à distance (<i>e-learning</i>, supports écrits et numériques ...)• formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires (DU) validés¹ par les CSI et la CSHCPP)	

¹Certains DU validés par les commissions scientifiques (indépendantes ou du Haut Conseil des professions paramédicales) permettent aux professionnels de valider automatiquement leur DPC. Ils ne sont donc pas concernés dans cette liste (art. R. 4133-5, art. R. 4143-5, art. R. 4153-5, art. R. 4236-5, art. R. 4382-5 des décrets relatifs au DPC du 30 décembre 2011).

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
2. Analyse des pratiques		
2.1 - Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> • revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMED) • analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...) 	<p>À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> – soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser – soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2 - Revue de dossiers et analyse de cas	<ul style="list-style-type: none"> • groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence 	
2.3 - Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique 	
2.4 - Analyse des parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> • chemin clinique • patients traceurs (en développement) 	
2.5 - Analyse de parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • bilan de compétences 	
3. Approche intégrée à l'exercice professionnel		
<p>Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestion des risques en équipe (en développement) • exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...) 		
4. Dispositifs spécifiques		
<ul style="list-style-type: none"> • accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004) • accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP) • programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 de la loi du 21 juillet 2009) • formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux) 		
5. Enseignement et recherche		
<ul style="list-style-type: none"> • publication d'un article scientifique • recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité • maîtrise de stage (en développement) • formateurs pour des activités de DPC 		
6. Simulation		
<ul style="list-style-type: none"> • session de simulation en santé • test de concordance de script (TCS) 		

Tables des matières

Remerciements.....	5
Introduction	7
I. Le contexte pharmaceutique actuel :.....	8
A. La loi HPST ^[1]	8
1. Généralités :.....	8
2. L'article 38 du titre II.....	9
3. Le rôle du pharmacien d'officine comme vecteur de la continuité des soins grâce à la coopération entre les professionnels de santé 10	
4. Les pharmaciens d'officines et les Agences Régionales de Santé ^[2]	11
B. Le rapport de l'IGAS sur les pharmacies d'officine ^[3]	12
1. Les missions et services de nature à bénéficier d'une rémunération spécifique et directe	13
2. Les propositions d'évolution du mode de rémunération des pharmaciens	14
3. Les outils nécessaires à l'optimisation du réseau officinal.....	14
C. La situation actuelle concernant les entretiens thérapeutiques ..	15
1. Le contexte de mise en place de ces entretiens AVK ^{[4], [5]}	16
2. L'entretien pharmaceutique ^{[5], [6]}	17
3. Les outils mis à disposition du pharmacien pour ces entretiens AVK ^{[7], [8]}	18
4. Entretien avec un patient ^[9]	19
D. Une volonté de faire des économies de santé.....	20
1. La Loi de Finance Rectificative ^[10]	20
2. Le PLFSS 2013 ^[11]	22
3. Synthèse de l'impact de la loi de financement rectificative de 2012 et du PLFSS 2013 sur les comptes de la Sécurité sociale	28

II. Pourquoi les Grossistes-répartiteurs ont intérêt à proposer des formations adaptées aux besoins des équipes officinales	30
A. L'économie de la pharmacie d'officine actuellement	30
1. L'évolution de l'activité des officines ^{[12], [13], [14]}	30
2. Evolution des marges des officines ^[12]	32
3. Évolution de la rentabilité des officines ^[12]	35
B. La distribution pharmaceutique en France	37
1. Généralités ^{[15], [16]}	37
2. L'économie actuelle de la distribution.....	41
C. Quelles sont les règles et les droits en terme de formation pour les titulaires et leurs équipes ?	44
1. Le Droit individuel à la formation (DIF) ^[17]	44
2. Le congé individuel de formation (CIF) ^[18]	47
3. Le plan de Formation ^{[19], [20]}	48
4. L'Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales (OPCA PL) ^[21]	50
III. Le développement professionnel continu : DPC.....	55
A. Le développement professionnel continu : définition et organisation.....	55
1. Définition et objectifs du DPC ^{[22], [23]}	55
2. Comment s'organise et fonctionne le DPC ^[22]	57
B. Créer son compte personnel de suivi du développement professionnel continu ^[24]	60
1. Le site www.mondpc.fr	60
2. Les étapes de création d'un compte personnel de suivi de DPC	61
3. Se connecter à son compte personnel	66
C. Comment valider son DPC.....	67
1. Les étapes d'un parcours de DPC ^[25]	67
2. La validation ou la non validation du DPC ^[26]	69
D. Les grossistes répartiteurs comme organisme de DPC.....	70

1. Qu'est ce qu'un organisme de DPC ^[27]	70
2. L'intérêt pour les grossistes de proposer des formations dans le cadre du DPC ^{[28], [29]}	73
3. L'information et l'accompagnement des grossistes auprès des pharmaciens pour la réalisation du DPC ^[30]	76
Conclusion	79
Sources :	80
Table des illustrations	84
ANNEXES	86
Serment de Galien	105

Serment de Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté 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, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

PRIME Alexandre. ***Les grossistes-répartiteurs et l'accompagnement des pharmaciens dans le DPC***. 2013. 101 pages.

La pharmacie française arrive à un « carrefour » de son évolution. Sur fond de restriction budgétaire globale, la santé et plus particulièrement la pharmacie ne sont

pas épargnées. Dans l'avenir, le pharmacien ne sera plus considéré comme un simple commerçant, mais comme un véritable acteur de santé permettant une meilleure prise en charge du patient.

Afin d'améliorer la pratique officinale, les instances ont mis en place le développement professionnel continu. Ce dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, associe la formation continue et l'évaluation de pratiques professionnelles afin d'assurer une meilleure prise en charge du patient.

Les répartiteurs en tant que partenaires historique de l'officine se doivent d'accompagner le pharmacien et son équipe dans la voie du développement professionnel continu. Cela permet aux répartiteurs de diversifier leur activité et augmenter leur rentabilité, mais aussi d'améliorer la pratique officinale de leur clients pharmaciens qui auront ainsi une meilleure santé économique.

Mots Clés :

- Développement professionnel continu
- Pratique officinale
- Evaluation des pratiques professionnelles
- Répartiteur

Université de LIMOGES
Faculté de Pharmacie
2 rue du Docteur Marcland
87 025 LIMOGES CEDEX