

PHARMACIE HOSPITALIERE

CAP 2020

LE LIVRE BLANC



Membres du comité de rédaction

Pascale Avot (Creil), Xavier Barbaut (Beaune), Hélène Barreteau (Paris), Laurence Beretz (Strasbourg),
Françoise Berthet (Saint-Maurice), Chloë Bezel (Le Vigan), Jacques Caron (Cadillac), Alain Chevallier
(Paris), Brigitte Clerouin (Saumur), Christian Cornette (Besançon), Bertrand Decaudin (Lille), Armelle
Develay (Nîmes), Bernard Dieu (Rouen), Marie-Christine Douet (Montpellier), Sylvain Drouot
(Kremlin-Bicêtre), Pierre Faure (Paris), Gaël Grimandi (Nantes), Marie Hélène Guignard (Dijon),
Pascale Janian (Romilly / Seine), Eric Jobard (Saint-Brieuc), Mireille Jouannet (Clermont-Ferrand),
Michel Juste (Epernay), Mariannick Le Bot (Brest), Michel Le Duff (Rennes), Gilles Le Pallec
(Champcueil), Patrick Léglise (Draveil), Anne-Marie Liebbe (Compiègne), Pascal Maire (Francheville),
Robert Malhuret (Vichy), Patrick Mazaud (Lille), Catherine Montagnier (Paris), Pascal Odou (Lille),
Jean Poitou (Paris), Patrick Rambourg (Montpellier), Annick Rouleau (St-Cyr Sur Loire), Olivier Sellal
(Nantes), Dominique Thiveaud (Toulouse), Jean-Louis Vailleau (Dijon)

Sommaire

Préface	
Guide de lecture du modèle « Coquille du Nautille »	1
Informé	3
Intégrer.....	7
Personnaliser.....	9
Mettre en œuvre.....	11
Réagir	13
Partager.....	15
Progresser	17
Annexes	19
Les comptes nationaux de la santé en 2011.....	21
Démographie médicale et pharmaceutique.....	27
Bibliographie.....	33

Préface

La stratégie nationale de santé annoncée par Madame Marisol Touraine et le Premier ministre le 8 février 2013 vise à réorganiser le système de santé français pour les dix prochaines années, à partir du parcours de soins de la personne, en donnant sa juste place à l'hôpital et à mettre en place un système d'information public en santé pour que chaque personne puisse être acteur de sa santé et que les usagers soient associés collectivement à la détermination et à la conduite des actions.

Dix orientations ont été définies autour de la prévention, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, la recherche biomédicale tant fondamentale qu'appliquée, la formation initiale et continue des professionnels de santé...

Ainsi cette année marque le début de la préparation de la future loi de santé publique qui redéfinira en 2014 les missions de l'hôpital public.

C'est l'occasion pour le Synprefh de défendre sa vision du rôle du pharmacien hospitalier au sein des nouveaux contours de l'hôpital qui se dessinent.

Dans la poursuite des travaux des assises du médicament et de la mission pacte de confiance pour l'hôpital, le bureau national et le comité stratégique du Synprefh ont mené la révision du livre blanc de la pharmacie hospitalière, dont la première version avait été élaborée en 1994.

« CAP 2020 POUR LA PHARMACIE HOSPITALIERE » s'inscrit dans la continuité du livre blanc Horizon 2012 et dans les objectifs de la stratégie nationale de santé. Il vous est présenté au cours du 61^{ème} congrès à Lyon et sera enrichi de vos réflexions pour une version définitive en fin d'année. Il place le patient, acteur de sa thérapeutique au centre du dispositif et a pour objectif de préciser et mettre en cohérence les missions pharmaceutiques autour du projet thérapeutique du patient.

La pharmacie hospitalière a pour mission de fournir à chaque patient, de manière sécurisée, les médicaments et dispositifs médicaux adéquats pour sa pathologie.

Pour ce faire, nous avons défini 7 étapes indispensables que nous vous proposons tous d'impulser au sein de vos établissements, avec l'aide de l'ensemble des professionnels, médecins, infirmiers, commissions médicales et directions qui s'engagent à nos côtés.

L'objectif pour la pharmacie hospitalière est bien qu'au Cap 2020, chaque patient hospitalisé reçoive une thérapeutique optimisée et réévaluée selon les données de la science, qu'il en soit bien informé et en comprenne les enjeux, qu'il bénéficie d'une conciliation médicamenteuse, d'une analyse et d'un avis pharmaceutique, d'une délivrance nominative sécurisée de ses traitements.

Les pharmaciens hospitaliers, experts du médicament et du dispositif médical, se veulent être force de proposition et avec l'aide de l'enseignement, la recherche, l'utilisation des nouvelles techniques de l'information, l'automatisation, permettre à chaque établissement de santé de s'inscrire dans cet objectif.

Patrick Léglise Président du Synprefh

Guide de lecture du modèle « Coquille du Nautile »

Les 7 étapes définies pour mettre en cohérence les missions pharmaceutiques autour du projet thérapeutique du patient se lisent sur ce schéma à partir du cadran supérieur dans le sens des aiguilles d'une montre :

1. Informer
2. Intégrer
3. Personnaliser
4. Mettre en œuvre
5. Réagir
6. Partager
7. Progresser

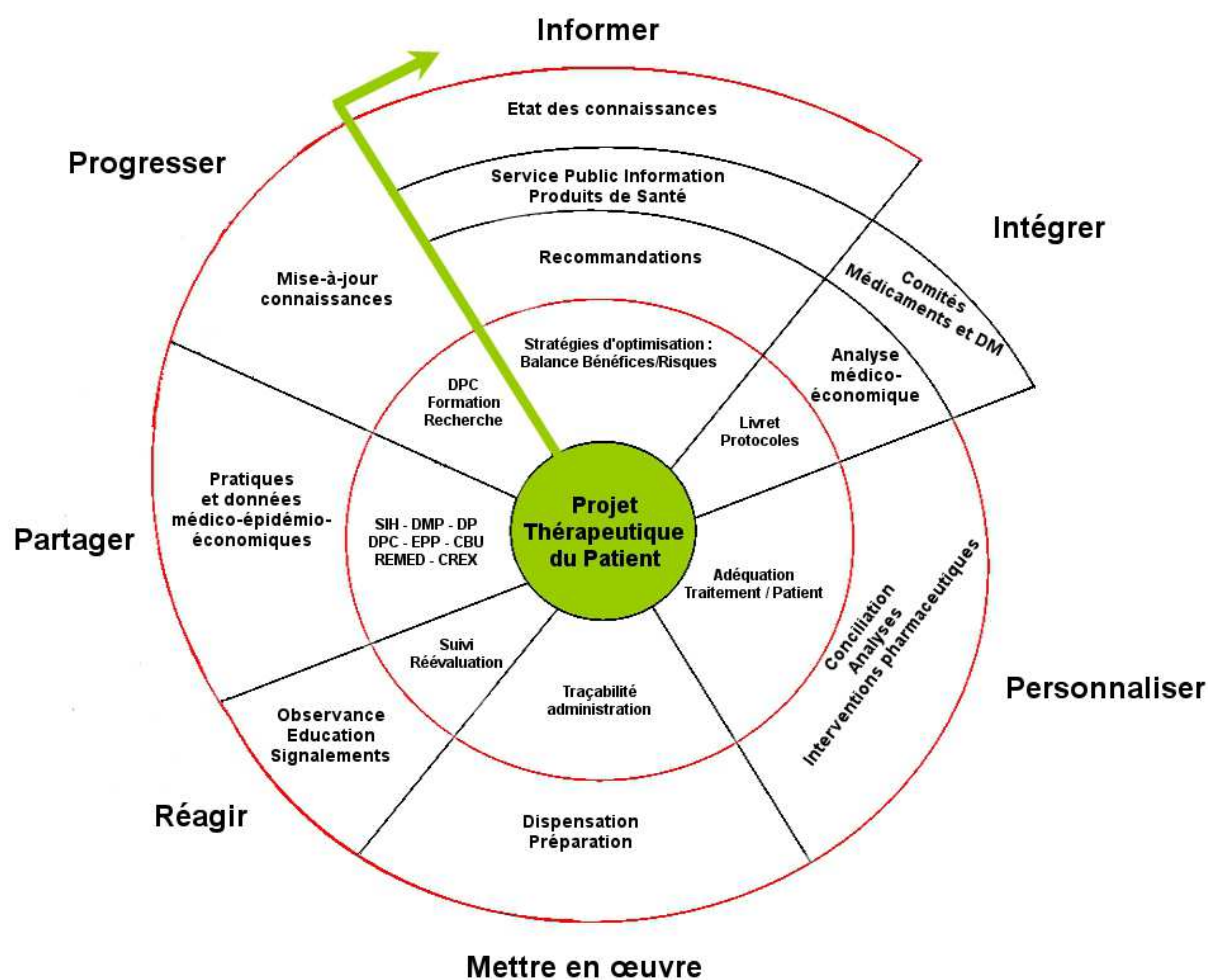
Chacune de ces étapes est décrite dans la suite du livre blanc selon le plan suivant :

1. Constat qui peut être établi, tant sur le plan général que spécifique à la pharmacie hospitalière, avec ses aspects positifs et négatifs.
2. Les initiatives d'intérêt sont citées et seront illustrées par des liens vers les travaux publiés. Elles seront incrémentées chaque année au vu des publications des équipes françaises.
3. Les objectifs que la profession se fixe.
4. Les propositions qui seront soumises à discussion. Elles montrent que le rôle du pharmacien hospitalier doit être étendu et valorisé auprès du patient pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

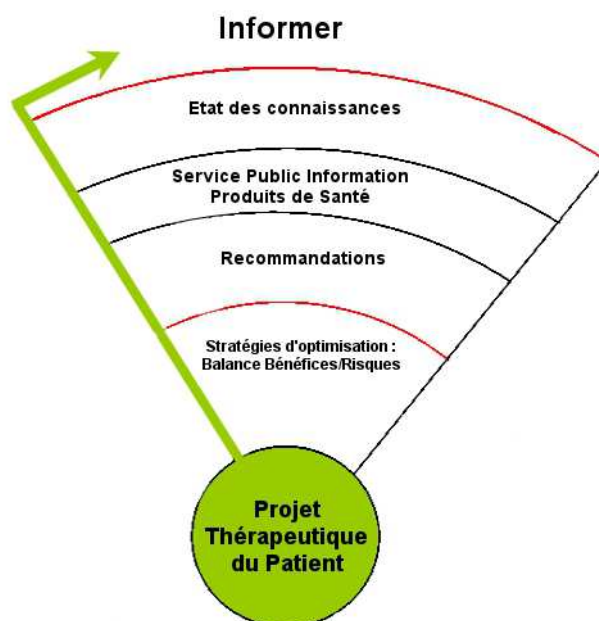
Au sein de chaque cadran, d'autres étapes sont décrites, permettant d'optimiser la prise en charge du patient : elles se lisent de l'extérieur de la spirale vers le centre où nous avons fait figurer le projet thérapeutique du patient.

Ces 7 cadrans ne sont pas étanches entre eux. Ils sont interdépendants, en s'articulant, s'enrichissant et se stimulant les uns les autres. Dans cette dynamique, c'est la fonction d'information transversale, qui structure et consolide la coquille dans son ensemble. Ainsi les liens entre tous ces éléments se font à la fois verticalement et dans le sens de la spirale.

Cette spirale logarithmique symbolise la croissance attendue des missions pharmaceutiques d'ici à 2020.



Informer



Amener professionnels et patients à se repérer dans la profusion d'informations relatives aux produits de santé.

Traiter et transmettre des informations essentielles et de qualité pour une prise de décision appropriée sur des bases et des compréhensions communes.

Constat

- Les données et informations en santé sont nombreuses, complexes, évolutives.
- Les intervenants, approches, canaux, motivations, utilisations sont multiples.
- Il existe des écarts entre recommandations de qualité, basées sur de hauts niveaux de preuve, émanant de la HAS, l'ANSM, l'INCA, les sociétés savantes et la réalité des pratiques thérapeutiques.
- La fonction générale d'information indépendante sur les produits de santé, pourtant considérée comme essentielle, ne bénéficie d'aucune structuration réelle en France, contrairement à la plupart des systèmes de santé comparables.



Initiatives d'intérêt

La pharmacie hospitalière a décliné depuis plusieurs années la fonction d'information sur les produits de santé sous de nombreuses formes :

- Centre régional d'information sur le médicament du CHU de Rennes (CRIM)
- Centre de documentation et d'information pharmaceutique des Hospices civils de Lyon (CDIP)
- Comité de la Juste prescription de l'AP-HP
- Service d'information médico-pharmaceutique de l'AP-HP (SIMP)
- Bibliographif de l'AP-HP

- Association pour le développement de l'Internet en pharmacie (ADIPH)
- Comité régional du médicament de la région Centre (devenu OMÉDIT région Centre)
- Association PHAST de standardisation pour échange de données informatisées
- Centre national hospitalier d'information sur le médicament (CNHIM)
- Centre d'information et de ressources pour le bon usage des antibiotiques des Pays de Loire (MEDQUAL)
- Association PHARE : pharmaciens en réseau
- Banque de données sur les dispositifs médicaux EUROPHARMAT

Cependant

Il manque une installation reconnue de ces structures dans le panorama des réseaux d'appui existants :

- Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV)
- Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)
- Centres anti-poisons (CAP)
- Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMÉDIT)
- Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé (FORAP)
- Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN)
- Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN)

Objectifs

- Clarifier, simplifier, fiabiliser les informations.
- Prendre en compte les valeurs essentielles de Balance Bénéfiques/Risques, selon des critères signifiants de morbidité-mortalité.
- Améliorer l'efficacité médico-économique en matière de gains en santé tant individuels que collectifs.
- Gérer, mettre à disposition, recueillir - pour et par les professionnels de santé et le public - des informations fiables, valides, utiles, compréhensibles, appropriées et applicables en pratique.
- Développer et exploiter des méthodes et des outils d'information de référence, basées sur la qualité, l'indépendance et l'intégrabilité dans les pratiques et l'usage des thérapeutiques.

Proposition 1.1

Organiser, en tant que telle, la fonction générale d'information, par la mise en place d'un Service Public d'Information sur les Produits de Santé (SPIPS), sur la base de modèles établis et éprouvés dans de nombreux systèmes de santé (exemple du réseau UK Medicines Information au Royaume-Uni, NPS Medicine Wise en Australie...).

Proposition 1.2

La pharmacie hospitalière constitue le maillage de choix pour la structuration de ce service en réseau, en lien avec l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le bon usage et les structures d'appui régionales.

Proposition 1.3

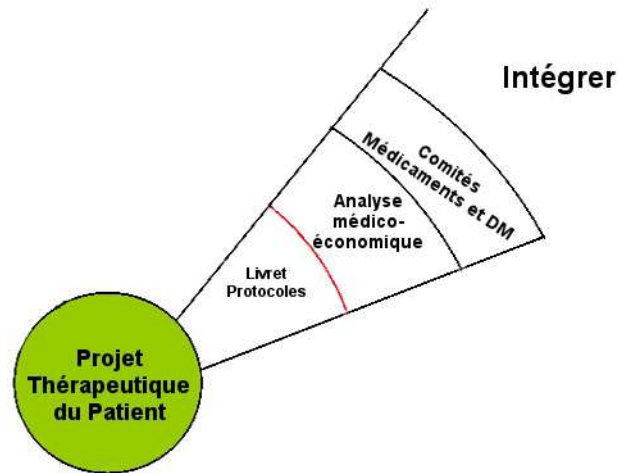
Structurer ce service dans une approche généraliste et transversale, en prise directe avec le terrain, le rendant à même de fournir un appui majeur aux missions professionnelles de Bon Usage des produits de santé.

Proposition 1.4

Employer les leviers et critères les plus porteurs d'amélioration de la qualité des pratiques :

- professionnalisme, appui, neutralité, proximité, réactivité, pragmatisme ;
- fourniture d'outils validés et standardisés de renseignements à la demande ;
- fourniture de fiches, notes, bulletins, protocoles, trames pour l'évaluation et l'analyse de pratiques, revues d'utilisation, ... en lien avec le terrain.

Intégrer



Construire un livret thérapeutique basé sur les connaissances scientifiques et les recommandations de haut niveau de preuve.

Elaborer les protocoles de prise en charge correspondants et les actualiser régulièrement.

Constat

- Les recommandations de référence, dans leur rédaction d'origine, émanant de la HAS, L'ANSM, l'INCA, les sociétés savantes, sont difficiles à intégrer dans les pratiques.
- Elles sont appliquées de manière insuffisante dans les pratiques thérapeutiques.
- Il en résulte des écarts dans la prise en charge des patients, pouvant générer pertes de chances, risques et mauvaise gestion des ressources.



Initiatives d'intérêt

Les équipes pharmaceutiques sont majoritairement motrices dans l'animation et le fonctionnement des commissions du médicament et dispositifs médicaux.

Certaines équipes ont développé une Commission de territoire ou régionale, un Centre d'information, un Comité de juste prescription...

Cependant

La dimension d'efficacité médico-économique et de qualité globale des stratégies thérapeutiques reste insuffisamment développée.

Les pharmaciens ne sont pas toujours associés au pilotage des systèmes d'information.

Objectifs

- Privilégier les thérapeutiques dont le rapport Bénéfices/Risques est le plus élevé ; dissuader l'emploi de thérapeutiques dont le rapport Bénéfices/Risques est défavorable ou insuffisamment établi.
- Comparer sur la base de critères pertinents et de données de qualité.
- Disposer d'outils favorisant l'intégration des recommandations et choix dans les pratiques.
- Développer les analyses Coût-Efficacité, Coût-Utilité, établies en globalité de gains de santé et pas seulement en coûts directs de produits.
- Elaborer et diffuser des démarches et outils de référence basés sur de hauts niveaux de preuve, avec l'appui du Service Public d'Information sur les Produits de Santé (SPIPS).

Proposition 2.1

Rédiger avec l'aide des professionnels concernés et le service public d'information, des protocoles thérapeutiques de haut niveau de preuve et des aides à la prescription, à la dispensation, à l'administration pour l'ensemble des médicaments retenus dans le livret thérapeutique.

Proposition 2.2

Faciliter l'intégration de ces protocoles dans les systèmes d'information de l'établissement.

Proposition 2.3

Faciliter leur application effective dans les pratiques des équipes cliniques et développer ainsi l'amélioration des pratiques professionnelles.

Proposition 2.4

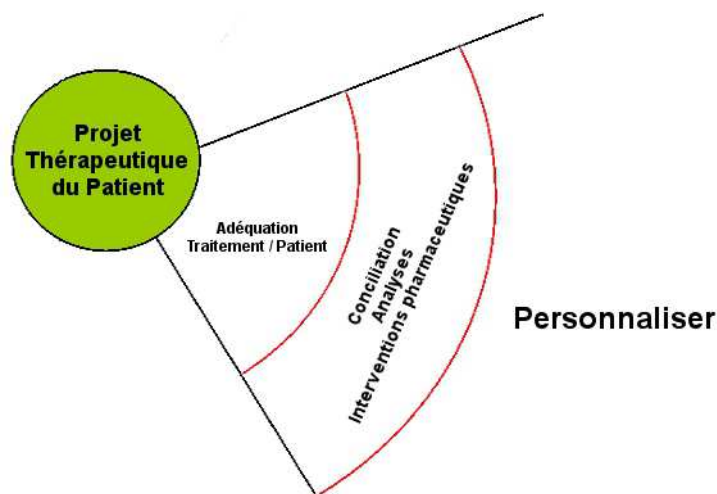
La complémentarité au sein de chaque territoire constitue un atout dont le potentiel doit être développé dans un but d'amélioration des expertises.

Le territoire de santé constitue la bonne dimension pour un travail sur un livret thérapeutique commun, la rédaction des protocoles et modalités de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux retenus.

Proposition 2.5

Participer à la réflexion politique et stratégique de l'établissement dans l'accès à l'innovation.

Personnaliser



Optimiser la thérapeutique de chaque patient par des outils d'aide à la prescription et par les interventions pharmaceutiques destinées à améliorer la prise en charge.

Constat

- L'hospitalisation est une occasion insuffisamment exploitée dans le parcours de soins du patient pour formuler un projet thérapeutique global.
- On observe un cloisonnement des domaines et spécialités, une coordination insuffisante aux étapes de transition, tant en interne qu'entre établissements et avec le secteur ambulatoire.



Initiatives d'intérêt

Plusieurs équipes pharmaceutiques se sont engagées dans des approches de progrès :

- Analyse pharmaceutique de 100 % des prescriptions dans les 24h suivant cette prescription
- Evaluation thérapeutique dans l'unité de soins en lien avec l'équipe médicale
- Interventions pharmaceutiques à partir du dossier médical informatisé
- Conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient

Cependant

Le potentiel de compétences du pharmacien reste trop peu intégré dans l'optimisation de la thérapeutique du patient.

Objectifs

- Etablir lors de tout séjour hospitalier un projet thérapeutique du patient, idéalement dès l'entrée.
- Impliquer l'ensemble des professionnels ainsi que le patient dans sa conduite.

- Faciliter le projet thérapeutique et en optimiser les résultats par la pratique de la pharmacie clinique.
- Permettre à tout patient de bénéficier des actes pharmaceutiques appropriés. Pour ce faire, le pharmacien intervient au plus près possible des unités de soins et des patients.
- Développer la conciliation des traitements à l'entrée du patient et la prescription collaborative.

Proposition 3.1

Etablir un plan d'actions par établissement (ressources, calendrier, indicateurs de suivi...) , validé par la CME, impliquant l'ensemble des pharmaciens. Ce plan inclut la conciliation médicamenteuse à l'entrée et la sortie du patient, l'analyse pharmaceutique des prescriptions, la réévaluation du traitement en lien avec le prescripteur.

Proposition 3.2

Organiser une formation pour le développement des compétences en pharmacie clinique et l'acquisition d'expertise thérapeutique.

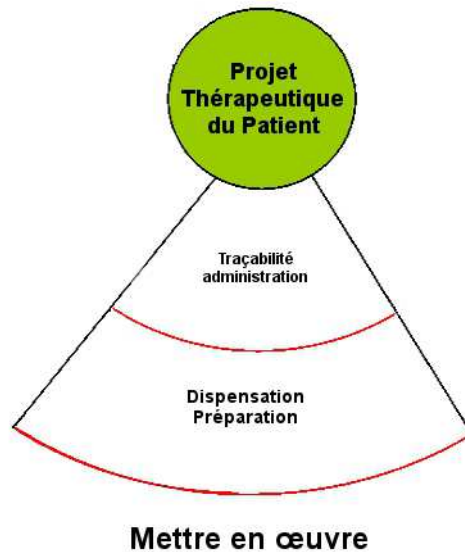
Proposition 3.3

Déployer cette activité en parallèle au déploiement de l'informatisation de la prescription.

Proposition 3.4

Evaluer financièrement ce plan et ses retombées économiques en terme de qualité de prise en charge du patient et d'erreurs évitées.

Mettre en œuvre



S'assurer que chaque patient reçoive sa thérapeutique de manière conforme à la prescription médicale et parfaitement identifiée.

Constats

- Les outils permettant une aide à la délivrance nominative existent et sont potentiellement utilisables dans tous les établissements de santé.
- Des équipements interfacés avec les systèmes d'information hospitaliers permettent :
 - une préparation des doses à administrer pour formes orales sèches dites PDA, de manière manuelle ou automatisée ;
 - une préparation des doses à administrer pour l'ensemble des formes.
- Les systèmes de lecture optique permettent la vérification de l'identité des médicaments avant leur administration.
- Les préparations de médicaments anticancéreux sont centralisées et réalisées dans le respect des bonnes pratiques de préparation.
- La sous-traitance des préparations magistrales et hospitalières permet aux établissements qui n'ont pas un volume important de s'affranchir de la préparation.



Initiatives d'intérêt

- De nombreuses équipes ont mis en œuvre dans leurs établissements des programmes de délivrance nominative organisés et maîtrisés.
- Un groupe de travail sous l'égide de l'ANAP a rédigé des propositions pour développer la délivrance nominative.
- Le groupe de travail PDA du Synpreph a élaboré une fiche de pratique professionnelle.
- Plusieurs équipes préparent de manière centralisée des médicaments injectables prêts à l'administration, outre les médicaments anticancéreux.

Cependant

- La logistique pharmaceutique n'est pas suffisamment optimisée. La défaillance de l'un des maillons met en péril l'ensemble du circuit.
- La mise à disposition de doses unitaires n'est pas appliquée dans tous les établissements.
- La délivrance nominative n'est que partiellement mise en place.
- La préparation centralisée des médicaments injectables reste insuffisamment développée.
- L'identification des dispositifs médicaux implantables (DMI) n'est pas standardisée et tous les DMI ne sont pas revêtus d'un identifiant unique, entraînant la création de dictionnaires locaux de synonymes (retranscription)...

Objectifs

- Chaque médicament est identifié à l'unité, permettant la lecture de l'ensemble des informations jusqu'à l'étape cruciale de l'administration. L'absence de doses unitaires industrielles pour tous les médicaments nécessite la réalisation de reconditionnement en milieu hospitalier.
- La préparation des doses à administrer par patient est une étape indispensable, qui doit être réalisée par des préparateurs en pharmacie, dans le cadre d'un système de management de la qualité.
- Chaque Dispositif médical, tout au moins, dans un premier temps, implantable ou à visée thérapeutique directe est identifié de façon unique (Identifiant Unique du Dispositif Médical IDU/UDI).

Proposition 4.1

Concevoir dans chaque établissement un projet global associant le conditionnement unitaire, la préparation des doses à administrer, la gestion des dotations pour besoins urgents dans les unités de soins.

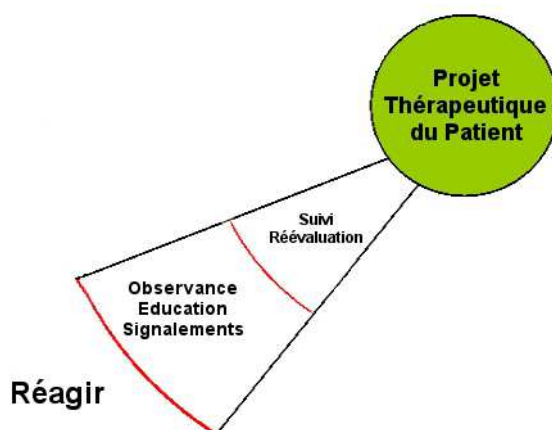
Proposition 4.2

Mettre à profit les nouvelles technologies d'informatisation et d'automatisation permettant à chaque pharmacie hospitalière de délivrer les traitements de manière sécurisée (identification du médicament et des dispositifs médicaux, identification du patient, traçabilité des implants...).

Proposition 4.3

S'engager dans l'identification unique selon le standard GS1 tout au long du circuit des produits de santé : médicaments, DM, PSL etc. en identifiant à la fois les produits, leurs conditionnements et les différentes étapes du circuit : de la commande à l'utilisation voire au suivi en cas d'évènement indésirable grave, en passant par les phases internes à la PUI, à celles au sein du service de soins, jusqu'à l'utilisation.

Réagir



Observer, évaluer les résultats thérapeutiques, adapter le traitement, prévenir les évènements indésirables, informer, éduquer.

Constat

- La réévaluation périodique des traitements est généralement organisée dans les unités de long séjour mais insuffisamment appliquée dans les unités de court et moyen séjour (poursuite de traitements inappropriés, pertes de chances...).
- La prévention des évènements indésirables évitables peut s'améliorer (peu d'évolutions ENEIS 1 -2).
- Les patients se plaignent d'une mauvaise compréhension des traitements, dont découle une mauvaise observance.



Initiatives d'intérêt

Plusieurs équipes pharmaceutiques se sont engagées dans des approches de progrès :

- Continuité thérapeutique par anticipation des sorties ou transferts
- Adaptation posologique en fonction de la biologie et du terrain
- Réévaluation des antibiothérapies à 48h ou 72h
- Consultations d'observance
- Education thérapeutique en lien avec l'équipe médicale
- Centralisation du signalement des évènements indésirables
- Interception des évènements sentinelle, récupération des erreurs

Cependant

L'implication de la pharmacie hospitalière dans le suivi thérapeutique, le signalement des évènements indésirables, l'éducation thérapeutique reste insuffisante.

Objectifs

- Veiller pour chaque patient à l'atteinte des objectifs thérapeutiques et à la prévention de l'iatrogénie évitable.
- Assurer la continuité du traitement par la conciliation à la sortie du patient.
- Développer l'éducation thérapeutique, identifier et exploiter les situations exposant le patient à des contre-indications et précautions d'emploi particulières, les évènements sentinelle (prescriptions d'antidotes, de traitements correcteurs d'effets indésirables...).
- Garantir la qualité et la sécurité du circuit logistique des produits de santé (audits- visites de risques...).
- Contribuer à la pharmacovigilance et à la matériovigilance en assurant une sensibilisation constante des autres acteurs de santé.

Proposition 5.1

Contribuer à l'obtention des résultats thérapeutiques escomptés pour chaque patient.

Proposition 5.2

Mettre en œuvre les outils permettant d'intercepter les évènements indésirables évitables et déployer les mesures de récupération/correction.

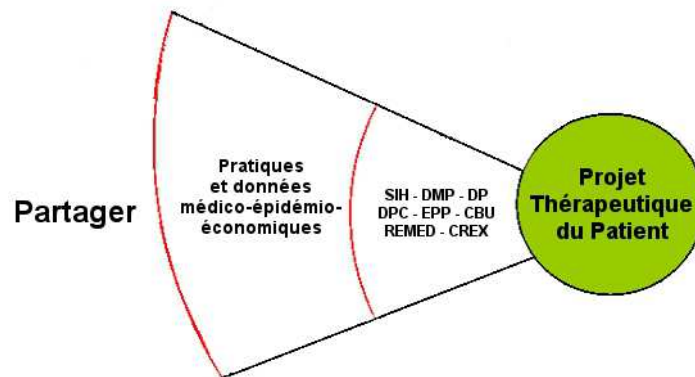
Proposition 5.3

Veiller à la participation des pharmaciens aux programmes d'éducation thérapeutique.

Proposition 5.4

Apporter au patient les informations nécessaires à la connaissance, la compréhension et la bonne observance des traitements.

Partager



Rechercher, évaluer, exploiter les données pharmaceutiques, médicales, épidémiologiques, économiques, issues du parcours de soins du patient.

Créer des synergies et mutualiser les activités et retours d'expériences.

Constat

- L'informatisation de la production de soins et l'accès aux données personnelles du patient se sont améliorés.
- Les systèmes d'information des différents établissements deviennent plus communicants à partir des travaux de standardisation des échanges de données.
- Le déploiement du Dossier Médical Personnel reste insuffisant.
- Les indicateurs sont multiples et pas toujours pertinents.
- Les contrats de bon usage des produits de santé n'existent que pour certains types d'établissements.
- Il y a peu de mutualisation des données, des compétences.



Initiatives d'intérêt

- Mise à disposition du Dossier Pharmaceutique à l'hôpital.
- Utilisation du Programme de médicalisation du système d'information pour rechercher les données pertinentes.
- Possibilité d'accès aux données du SNIIRAM Système National d'informations Inter Régions d'Assurance Maladie pour certaines études épidémiologiques.
- Nombreux travaux et outils locaux, registres, résultats d'évaluation des pratiques professionnelles, revues de pertinence, audits cliniques...

Cependant

Il existe une marge importante de progrès dans l'exploitation et la mutualisation des travaux.

Objectifs

- Mieux communiquer entre professionnels.
- Mettre en place un guichet unique de déclaration des évènements indésirables au sein des établissements ou par territoire.
- Produire des données pertinentes et exploitables.
- Alimenter et exploiter le DMP, DP, SIH.
- Homogénéiser les indicateurs du Contrat de bon usage, de la certification, du programme qualité de la DGOS et de la HAS, simplifier leur recueil et leur suivi.
- Développer la mise en commun des réalisations pharmaceutiques.
- Développer l'utilisation d'indicateurs signifiants pour la mesure et l'analyse des données d'utilisation des produits de santé, ainsi que des activités pharmaceutiques permettant d'analyser et contribuer à la maîtrise des dépenses.

Proposition 6.1

Développer, dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, les revues d'utilisation des produits de santé, les revues d'erreurs, la détection automatique de signaux.

Proposition 6.2

Mutualiser cette démarche entre établissements par l'intermédiaire de conventions de coopération.

Proposition 6.3

Favoriser les coopérations au sein d'un territoire de santé par des modalités souples de sous-traitance.

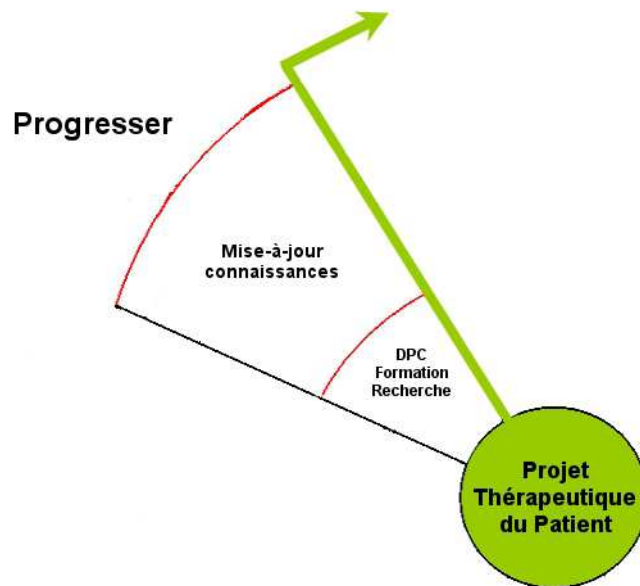
Proposition 6.4

S'appuyer sur le maillage pharmaceutique ville-hôpital pour communiquer avec les autres professionnels en charge du patient.

Proposition 6.5

Utiliser et exploiter observations et signaux, indicateurs de mesures d'impact des divers plans de santé et de sécurité nationaux ou régionaux.

Progresser



Faire avancer les connaissances et les pratiques professionnelles pour une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des thérapeutiques.

Ces finalités doivent être davantage considérées dans l'enseignement universitaire et professionnel, la formation initiale et continue, la recherche en pédagogie et méthodes, la publication des travaux menés sur le terrain hospitalier.

Constat

- La résistance au changement est importante.
- Les professionnels consacrent presque exclusivement la mise à jour de leurs connaissances à leurs domaines et spécialités propres.
- L'amélioration des compétences nécessite de s'intéresser davantage à l'apport de disciplines complémentaires, notamment des sciences sociales (communication, management...).



Initiatives d'intérêt

- Plusieurs équipes ont développé actions et programmes de recherches en pédagogie :
 - Pharmacies expérimentales
 - Concours interfac 6^{ème} année Pharmacie
 - Enseignements par simulations de mise en situation
 - Tutorat...
- De nouveaux champs d'études se sont développés :
 - Analyse des erreurs médicamenteuses survenant tout au long de la prise en charge médicamenteuse
 - Analyse de risque sur le circuit des dispositifs médicaux
 - Visites d'information indépendante ex Infoproximed...

Cependant

- Il existe une dispersion des moyens : associations professionnelles nombreuses en pharmacie hospitalière, peu coordonnées.
- De nombreux déterminants de l'usage des produits de santé restent absents des programmes d'enseignements en faculté de pharmacie : santé publique, épidémiologie, thérapeutique, décisions basées sur les preuves, recommandations, erreurs médicamenteuses, méthodes d'information et de promotion... et plus particulièrement en matière de dispositif médical.
- La recherche appliquée en pharmacie, les projets multicentriques restent insuffisants.

Objectifs

- Actualiser les connaissances, développer les compétences et améliorer les pratiques.
- Enseigner en lien avec les pratiques : méthodes pragmatiques et efficaces d'information, formation initiale, formation continue, développement professionnel continu.
- Expérimenter, chercher, évaluer : Recherche fondamentale et hospitalière.
- Capitaliser, mutualiser, mobiliser et connecter les expertises.
- Modéliser : organisations, outils, méthodes.

Proposition 7.1

Diffuser de manière professionnelle les véritables progrès thérapeutiques, méthodologiques, organisationnels et de pratiques.

Proposition 7.2

Mettre à profit les fonctions proactives et d'appui du Service Public d'Information sur les Produits de Santé et recourir préférentiellement aux nouvelles technologies d'information.

Proposition 7.3

Etendre la part issue du terrain et de la pratique professionnelle dans les programmes d'enseignement universitaire, continu et professionnel.

Proposition 7.4

Publier dans des revues scientifiques et professionnelles de qualité.

Proposition 7.5

Assurer une vulgarisation à l'usage des professionnels, des patients et de la société, de l'évolution des concepts, progrès, connaissances et pratiques, par des campagnes d'information.

Annexes

Les comptes nationaux de la santé en 2011

Démographie pharmaceutique

Bibliographie

Les comptes nationaux de la santé en 2011

I. Les comptes nationaux en 2011 : données générales

Si l'on considère la part de la consommation totale de santé dans le produit intérieur brut de chaque état, la France (11,6 % en 2010) se place en troisième position, derrière les États-Unis (17,6 %) et les Pays-Bas (12,0 %) et à un niveau équivalent à celui de l'Allemagne (11,6 %) et légèrement supérieur à celui du Canada (11,4 %), de la Suisse (11,4 %) ou du Danemark (11,1 %).

Si l'on considère la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics, la France figure parmi les pays développés où elle est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité. Seuls le Luxembourg, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France. Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France.

Dépenses courantes de santé en 2011 : 240 milliards d'euros soit 12 % du Produit intérieur brut et 2 762 euros/habitant

Consommation de soins et biens médicaux CSBM : 180 milliards d'euros soit 9 % du PIB

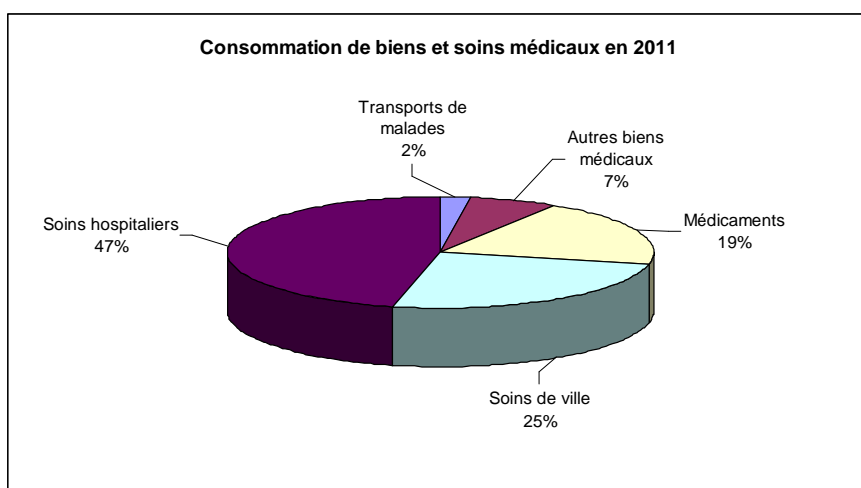
Part CSBM financée par la sécurité sociale : 75,5 %

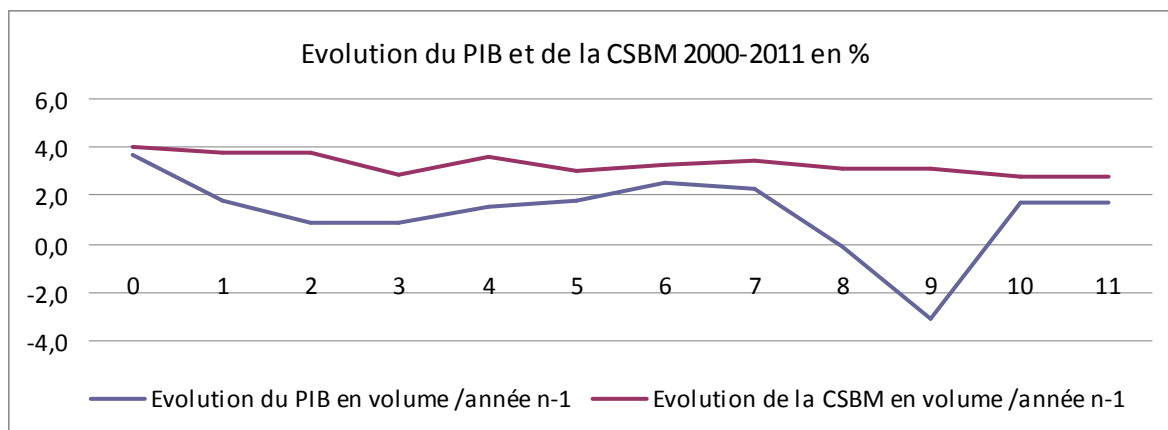
Part financée par les organismes complémentaires : 13,7 %

Reste à charge des ménages : 9,6 %

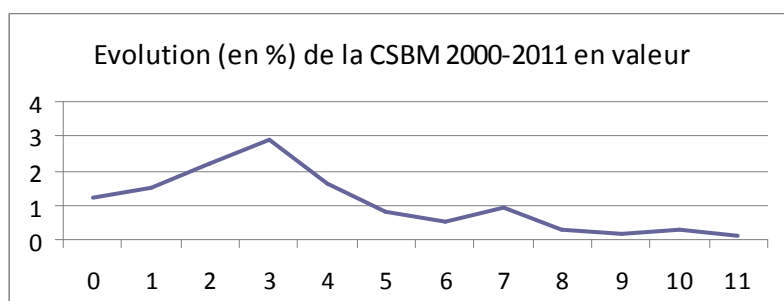
Evolution 2011/2010 de la CSBM en volume : 2,8 %

Evolution 2011/2010 du PIB en volume : 1,7 %





Le ralentissement de la CSBM concerne la quasi-totalité des postes de dépenses.



Le montant de la CSBM est en diminution depuis 2003, du fait du fort ralentissement du prix des soins hospitaliers et la poursuite de la baisse de prix des médicaments, que n'a pas compensée la hausse du prix des soins de ville.

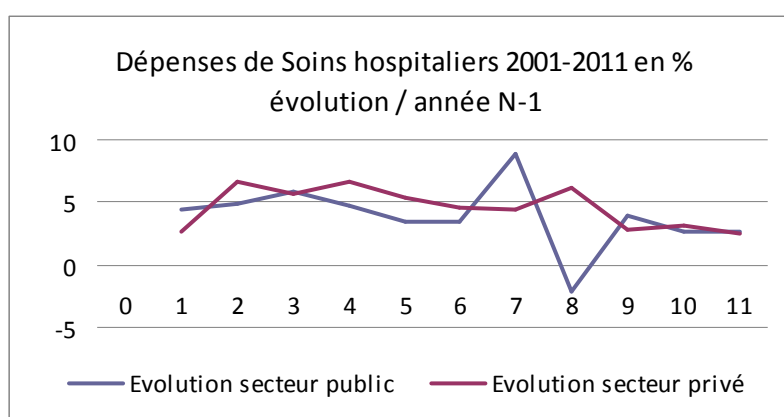
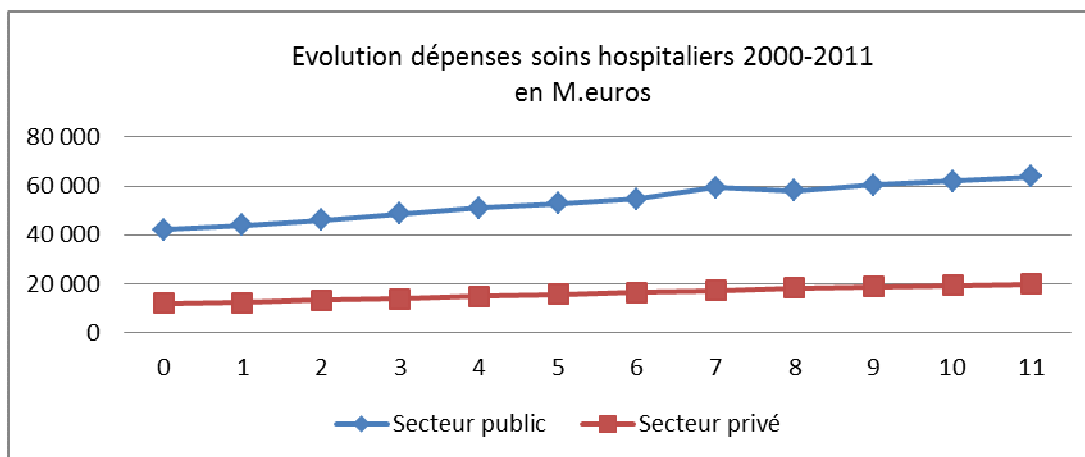
En 2011, le prix des soins hospitaliers diminue de 0,1 % pour la 2^{ème} année consécutive. La hausse de prix des soins de ville est de 1,1 % en raison notamment de la revalorisation du tarif de la consultation des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2011.

Le prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution de - 2 % en 2011, après - 2,2 % en 2010 et - 2,6 % en 2009.

II. Les soins hospitaliers

Montant 2011 : 83,6 milliards d'euros soit 46,4 % de la CSBM.

Secteur public : 63,8 milliards d'euros (hors unités de soins de longue durée, exclues du champ de la santé en comptabilité nationale) soit 76.3 % des dépenses hospitalières.

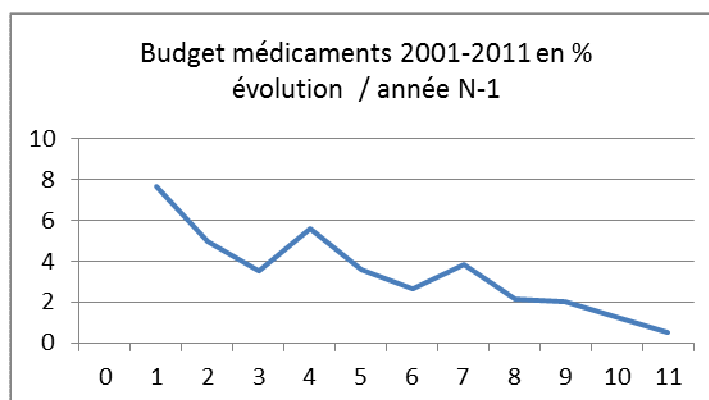


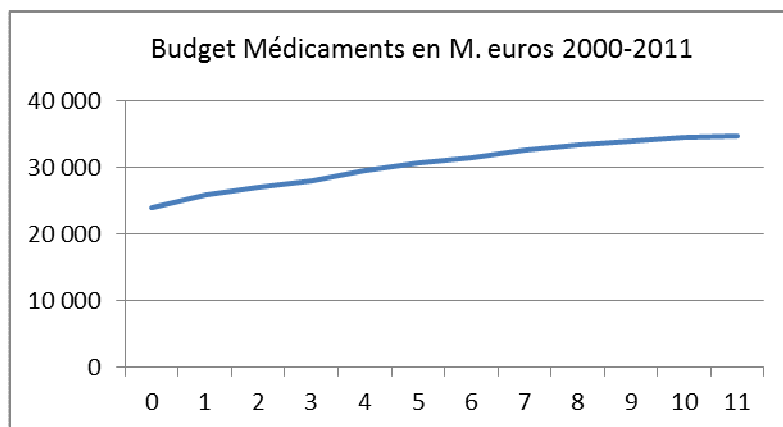
III. Les médicaments

Consommation de médicaments en 2011 en France/ habitant : 532 euros

5^{ème} rang mondial (en tête États-Unis, Canada, Irlande et Allemagne)

Ralentissement de la consommation de médicaments amorcé en 2008 est très marqué en 2011 : il résulte d'une nouvelle diminution des prix et d'une augmentation très faible des volumes.





IV. Chiffres globaux dépenses de santé sur la période 2000-2011.

En million d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble	114 574	120 755	128 134	135 633	142 668	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 382	180 037
Soins hospitaliers	54 085	56 237	59 233	62 700	65 941	68 487	71 051	73 644	76 208	79 203	81 426	83 582
Secteur public	42 013	43 835	46 009	48 713	51 027	52 774	54 618	59 482	58 187	60 470	62 111	63 779
Secteur privé	12 072	12 402	13 224	13 987	14 914	15 714	16 432	17 162	1 821	18 733	19 315	19 803
Soins de ville	28 632	29 993	32 314	34 730	36 175	37 372	38 822	40 739	42 066	43 300	44 056	45 672
Médecins	13 233	13 527	14 582	15 591	16 006	16 485	17 075	17 840	18 236	18 618	18 470	19 188
Auxiliaires médicaux	5 787	6 068	6 626	7 184	7 615	8 071	8 553	9 273	9 856	10 439	11 007	11 532
dentistes	6 693	7 286	7 665	8 202	8 585	8 740	9 016	9 315	9 558	9 737	9 993	10 252
Analyses de laboratoires	2 626	2 812	3 136	3 443	3 661	3 769	3 869	3 993	4 099	4 189	4 260	4 369
Cures thermales	293	300	305	309	308	307	309	319	317	316	327	331
Médicaments	23 989	25 822	27 105	28 068	29 632	30 688	31 491	32 696	33 393	34 076	34 518	34 704
Autres biens médicaux	5 976	6 640	7 230	7 703	8 289	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 595	12 180
Transports de malades	1 891	2 063	2 252	2 431	2 631	2 816	3 053	3 231	3 377	3 592	3 787	3 900
Évolution de la CSBM (en %)												
Valeur	5,2	5,4	6,1	5,9	5,2	3,8	3,8	4,3	3,3	3,3	2,5	2,7
Prix	1,2	1,5	2,2	2,9	1,6	0,8	0,5	0,9	0,3	0,2	0,3	0,1
Volume	4	3,8	3,8	2,9	3,6	3	3,3	3,4	3,1	3,1	2,8	2,8

Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2011.

CSBM

Consommation de soins et biens médicaux: soins hospitaliers, soins de ville (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), transports de malades, médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). En sont exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

DCS

Dépense courante de santé : ensemble des dépenses courantes (dépenses en capital exclues) dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages. Couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte : les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les services de soins à domicile (SSAD), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

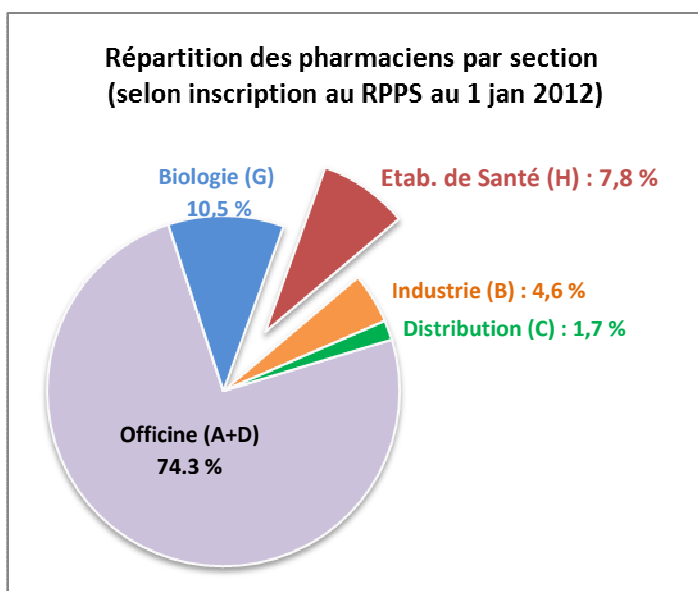
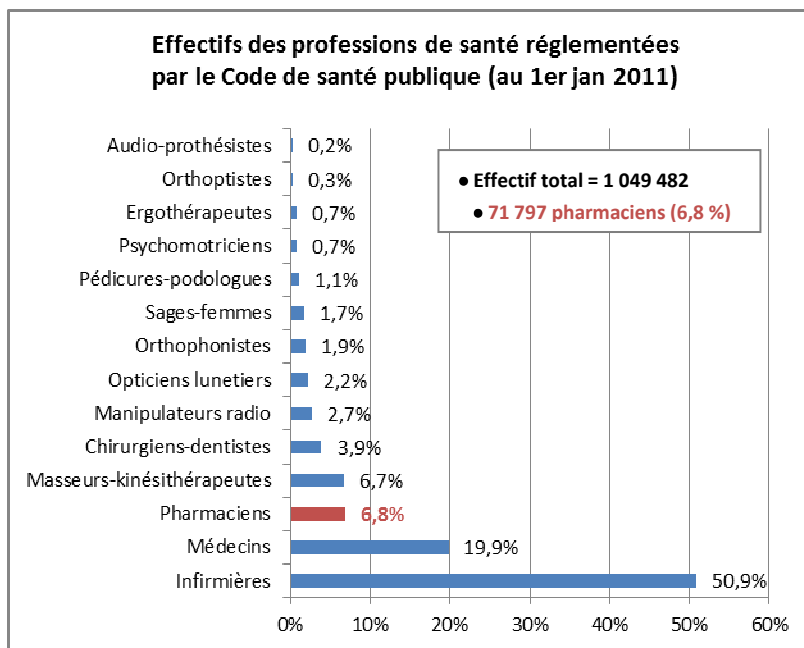
DTS

Dépense totale de santé : concept commun utilisé par l'OCDE et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. En France, elle est évaluée à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention (prévention environnementale et alimentaire), les dépenses de recherche et de formation médicales, en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que certaines dépenses sociales liées au handicap et à la dépendance. Les comparaisons entre pays portent principalement sur la part de leurs dépenses de santé exprimées en pourcentage de leur propre PIB.

Démographie pharmaceutique

I. Etat des lieux de la pharmacie au sein des professions de santé réglementées par le code de la santé publique

Etat des lieux des professions de santé : Les infirmières (50 %) et les médecins (20 %) constituent l'essentiel des effectifs de professions de santé. Viennent ensuite **les pharmaciens** et les masseurs kinésithérapeutes qui représentent chacun un peu moins de 7 %.

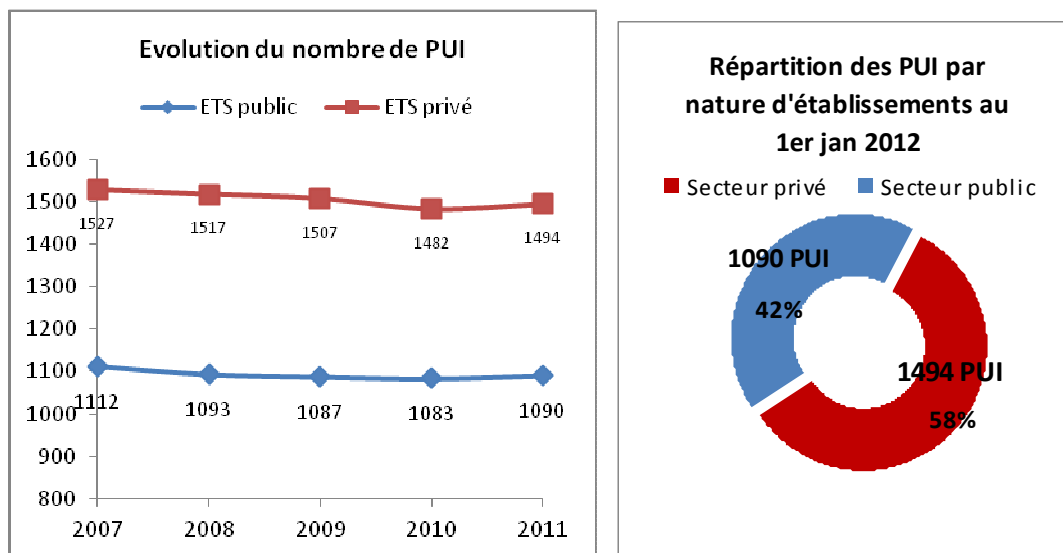


La profession de Pharmacien : Les 73 127 pharmaciens se répartissent dans cinq principaux secteurs d'activités : l'officine (74,3 %), les laboratoires publics et privés de biologie médicale (10,5 %), les PUI des établissements de santé (7,8 %), l'industrie (4,6 %)¹ et la distribution de gros (1,7 %).

¹ Les pharmaciens exerçant dans le secteur de l'industrie ne sont généralement pas inscrits à l'Ordre et une grande partie de ces effectifs ne sont pas recensés dans le RPPS.

II. Pharmacie à usage intérieur

Au 1^{er} janvier 2012, on dénombre **2 584 PUI** dont la répartition public/privé est relativement stable mais dont **la majeure partie (58 %) se situe en établissements de santé privés.**

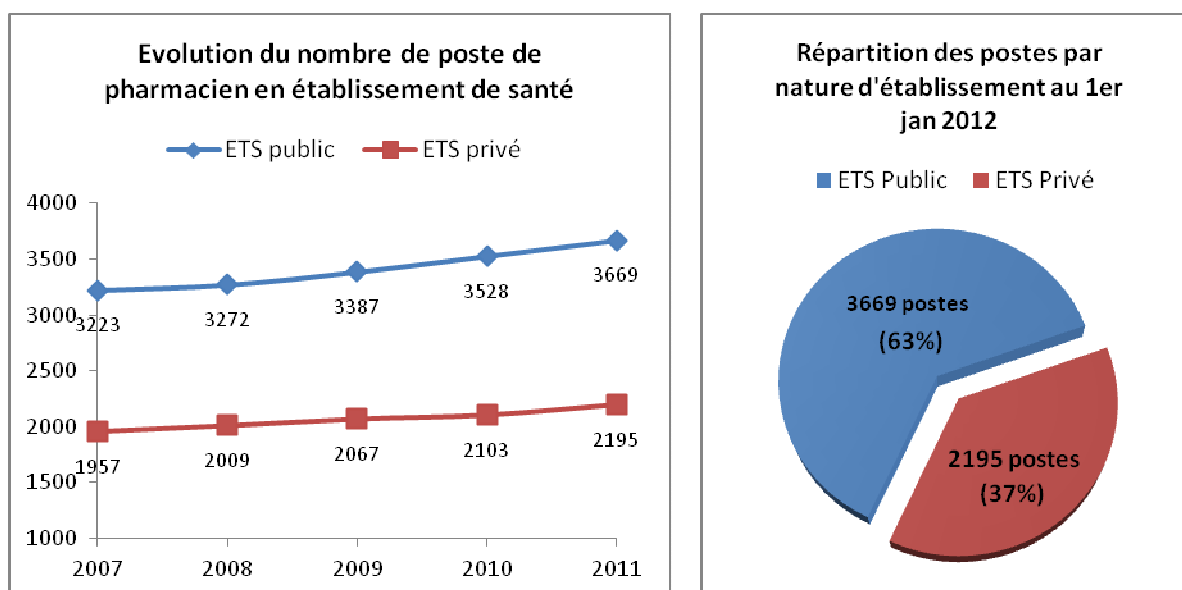


III. Pharmaciens en établissement de santé

3.1 Evolution démographique en établissement de santé

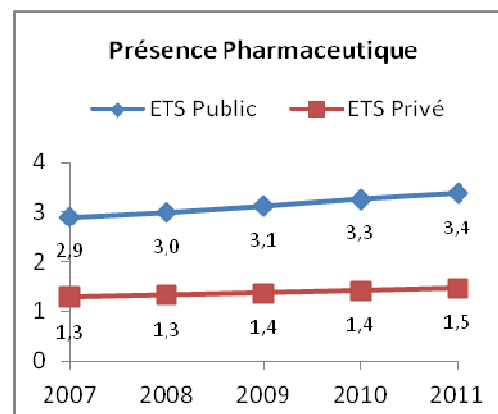
Les pharmaciens des établissements de santé (selon les inscriptions RPPS au 1^{er} janvier 2012) :

- représentent 7,8 % de l'ensemble de la profession (5 994 des 73 127 pharmaciens) ;
- ont une moyenne d'âge globalement plus faible (44,7 ans) et une féminisation plus importante (75 %) que les autres sections ;
- exercent dans plus de la moitié des cas en établissements publics (63 %) :



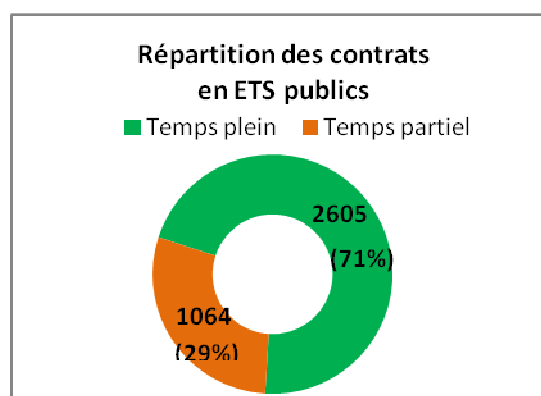
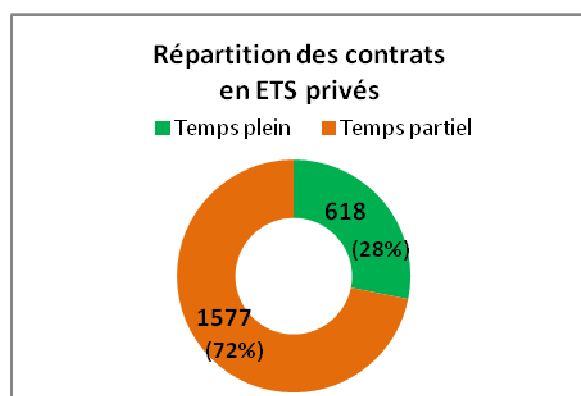
3.2 Répartition par PUI (présence pharmaceutique)

La présence pharmaceutique (nb de pharmaciens/PUI) globale tend à légèrement augmenter. Il reste difficile de cibler le « bon » niveau d'effectif, car celui-ci varie en fonction du nombre de lits et du niveau de technicité de l'établissement. Il doit, en outre être pondéré par les équivalent temps plein (ETP). Le nombre de lits par ETP paraît ainsi un indicateur plus robuste, d'autant plus que **l'emploi à temps partiel concerne 46 % des effectifs.**



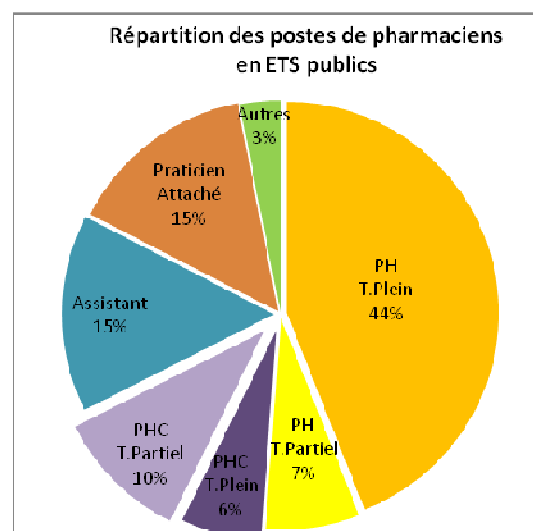
3.3 Répartition par secteur selon le type de contrat

L'emploi à temps plein représente un peu plus de la moitié des effectifs (54 %) en établissements de santé et concerne une majorité d'emplois publics (72 % versus 29 %).

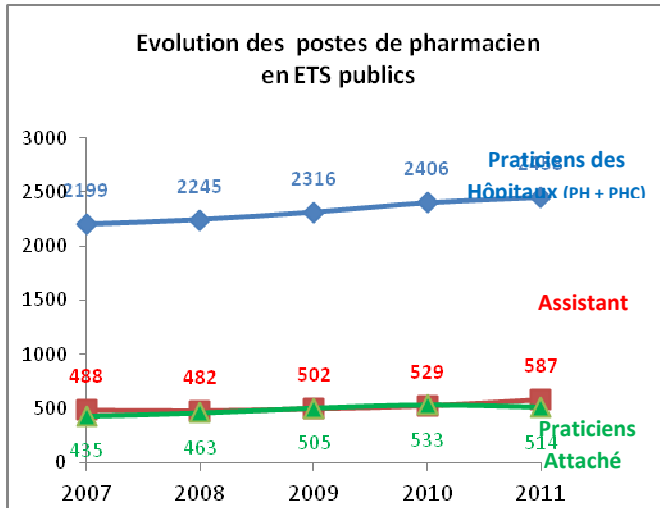


3.4 Répartition par statuts

En établissement de santé public

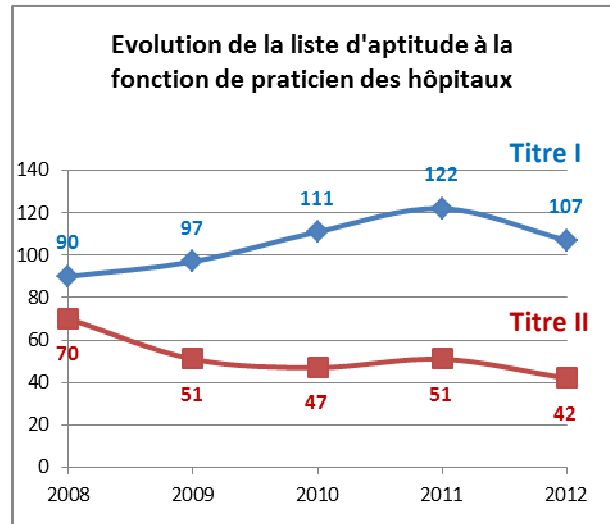


L'essentiel des pharmaciens exerçant à l'hôpital public sont des **praticiens des hôpitaux** (67 %) ; viennent ensuite les **praticiens attachés** et les **assistants** (spécialistes ou généralistes) qui représentent respectivement 15 % des emplois des PUI publics. Il n'existe pas de recensement national des enseignants en pharmacie au niveau du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, d'autant qu'ils ne sont pas tous pharmaciens et que cette activité n'entraîne pas d'inscription au tableau de l'Ordre, sauf cas de bi-appartenance.

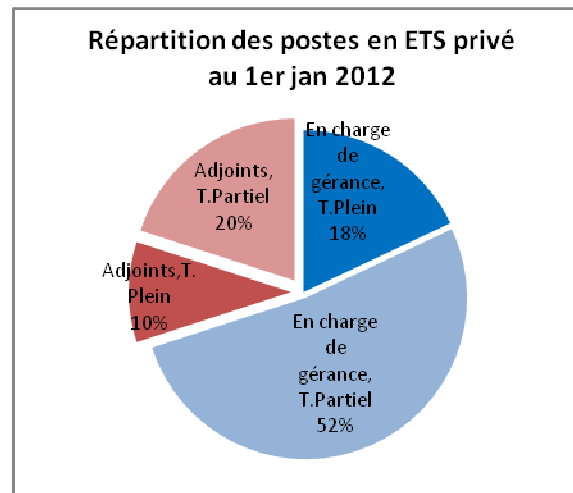
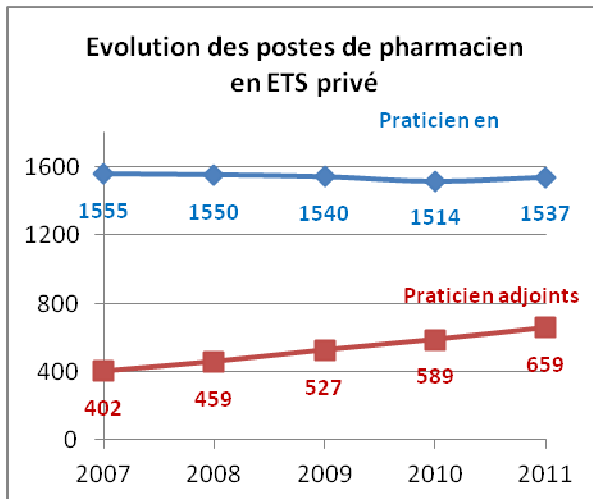


Les postes de praticiens hospitaliers (hors contractuel) ont un renouvellement très soutenu (+6 à 8% annuel pour les PH temps plein) dont la majeure partie (80%) dépend de création de poste. Seuls 10 à 20% des embauches sont consécutives à une sortie de la profession (retraite, démission, radiation, décès...).

Concernant la liste d'aptitude à la fonction de praticien hospitalier, seule la spécialité de pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière enregistre un nombre de lauréats suffisant (**1,9 lauréat pour 1 poste offert**) pour pouvoir théoriquement l'ensemble des postes déclarés vacants aux deux tours de recrutement.



En établissement de santé privé



Références

- Eléments démographiques : panorama au 1^{er} janvier 2012. Ordre national des pharmaciens (en ligne). Accessible à l'URL : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/14425/212938/version/6/file/Les-pharmaciens-panorama-01-janvier-2012.pdf> (consulté le 10 mai 2013).
- Des professions de santé en évolution pharmaciens, orthophonistes, médecins en formation. Rapport 2010-2011 (Tome 3). Observatoire National de démographie des professions de santé (en ligne). Accessible à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_Tome_3_sur_Des_professions_de_sante_en_evolution_pharmaciens_orthophonistes_medecins_en_formation.pdf (consulté le 10 mai 2013)
- Rapport d'activité 2012. Centre national de Gestion. (en ligne). Accessible à l'URL : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012.pdf (consulté le 10 mai 2013)
- Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012. Document de travail, série Statistiques, n° 168 - mars 2012. Mise à jour le 9 mai 2012 (en ligne) Accessible à l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat168.pdf> (consulté le 10 mai 2013)

Bibliographie

I. Encadrement juridique de la pharmacie hospitalière

Textes européens

- Directive 2010/84/UE du Parlement européen et du Conseil du 15 décembre 2010 modifiant, en ce qui concerne la pharmacovigilance, la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ; transposée par le décret n° 2012-1244 8 novembre 2012 (cf. infra)
- Règlement (UE) n° 1235/2010 du Parlement européen et du Conseil du 15 décembre 2010 modifiant, en ce qui concerne la pharmacovigilance des médicaments à usage humain, le règlement (CE) n° 726/2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une Agence européenne des médicaments :
http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2010_1235/reg_2010_1235_fr.pdf
- Règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 :
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32007R1394:FR:NOT>
- Directive 2007/47/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 septembre 2007 modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8/CE concernant la mise sur le marché des produits biocides
- Règlement (CE) n° 1901/2006 du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage pédiatrique, modifiant le règlement (CEE) n° 1768/92, les directives 2001/20/CE et 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 :
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32006R1901:FR:NOT>
- Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain : version consolidée au 01/02/2013 :
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2001L0083:20110120:FR:PDF>
- Règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins :
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000R0141:FR:NOT>.
- Directive 93/42/CEE du Conseil, du 14 juin 1993, relative aux dispositifs médicaux
- Directive 90/385/CEE du Conseil, du 20 juin 1990, concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs
- Guidelines européennes de pharmacovigilance (EMA-25/06/2012)

Textes législatifs

- Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (entrera en application après publication des décrets d'application) : non encore paru
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025441587#LEGIARTI000025442828>

- Loi n° 2012-2011 du 29 décembre 2011 sur le renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025053440&dateTexte=&categorieLien=id>
- Ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021961300&dateTexte=&categorieLien=id>
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST):
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244
- Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale (art. 22 à 34 : création de la T2A) :
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=&categorieLien=id>
- Corpus législatif codifié (CSP) : art. L. 5126-1 et s. (PUI) ; art. L. 4211-1 et s. (professions de la pharmacie : monopole ; pharmaciens, préparateurs) ; L. 6111-1 et s. (organisation des établissements de santé) ; L. 6152 -1 et s. (dispositions statutaires)

Textes réglementaires

Corpus réglementaire codifié relatif aux PUI : art. R. 5126-1 et s. du CSP

Les bonnes pratiques :

- Décision du 13 janvier 2011, DG AFSSaPS relative aux Bonnes pratiques de fabrication :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20110008_0001_p000.pdf
- Décision du 21 novembre 2007, DG AFSSaPS relative aux Bonnes pratiques de préparation :
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a5d6ae4b3d5fdee013ca463462b7b296.pdf
- Décision du 24 novembre 2006, DG AFSSaPS relative aux bonnes pratiques cliniques pour les recherches biomédicales portant sur les médicaments à usage humain :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819256&dateTexte=>
- Arrêté du 28 avril 2005 relatif aux bonnes pratiques de pharmacovigilance :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000812853&dateTexte=&categorieLien=id>
- Arrêté du 22 juin 2001, relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000393840>
Ligne directrice particulière n° 1 : préparation des dispositifs médicaux stériles
- Bonnes pratiques de dispensation : mentionnées au L. 5121-5 du CSP, jamais parues

Missions obligatoires

- Décret n° 2012-1201 du 29 octobre 2012 relatif à l'étiquetage des préparations et d'autres produits pharmaceutiques :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026557838>

- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé dit « Retex » : champ d'application établissements de santé :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023865866&dateTexte=&categorieLien=id>
- Décret n° 2009-1283 du 22 octobre 2009 relatif à l'exécution des préparations magistrales et officinales :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021190563&dateTexte=&categorieLien=id>
- Arrêté du 18 juin 2009 modifiant l'arrêté du 31 mars 1999 fixant les spécifications techniques des ordonnances mentionnées à l'article R. 5194-1 du code de la santé publique :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020793441&dateTexte=&categorieLien=id>
- Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000631121&dateTexte=&categorieLien=id>
- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique (ancien code). Partiellement abrogé par « Retex » ; champ d'application actuel : les établissements médico-sociaux :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005627734>

Missions optionnelles

- Arrêté du 29 mars 2011 définissant les conditions de déclaration des préparations hospitalières prévues à l'article L. 5121-1 (2°) du code de la santé publique :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023823216&dateTexte=&categorieLien=id>
- Décret n° 2010-1030 du 30 août 2010 relatif à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022778926&dateTexte=&categorieLien=id>
- Décret n° 2004-546 du 15 juin 2004 relatif aux catégories de médicaments à prescription restreinte et à la vente de médicaments au public par certains établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000251171&dateTexte=&categorieLien=id>
- Arrêté du 29 décembre 2003 fixant le contenu du dossier de déclaration des préparations hospitalières prévues à l'article L. 5121-1 (2) du CSP :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249484&dateTexte=&categorieLien=id>

- Décret n° 2002-587 du 23 avril 2002 relatif au système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé et les syndicats interhospitaliers :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000594847&dateTexte=&categorieLien=id>

Vigilances

- Décret n° 2012-1244 8 novembre 2012 relatif au renforcement des dispositions en matière de sécurité des médicaments à usage humain soumis à autorisation de mise sur le marché et à la pharmacovigilance :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000026592596&dateTexte>
- Décret n° 96-32 du 15 janvier 1996 relatif à la matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2006-1497 du 29 novembre 2006 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000463293&dateTexte=&categorieLien=id>

Formation initiale et continue

- Décret n° 2012-29 du 9 janvier 2012, relatif à la commission scientifique indépendante des pharmaciens :
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120111&numTexte=15&pageDebut=00519&pageFin=00521
- Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011, portant création de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062356&dateTexte=&categorieLien=id>
- Décret n° 2011-2118 du 30/12/2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062477&dateTexte=&categorieLien=id>
- Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062401&dateTexte=&categorieLien=id>
- Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé (PACES) :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755>

Dispositions statutaires

- Décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers et modifiant le code de la santé publique : dernière mouture du statut de PH :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000615818&dateTexte=&categorieLien=id> ; statut codifié à l'art. R. 6152-1 et s. du CSP

- Statut des praticiens des hôpitaux à temps partiel : codifié à l'art. R. 6152-201 et s. du CSP
- Statut des praticiens contractuels (version consolidée par décret n° 2010-1137 du 29 sept. 2010) : codifié à l'art. R. 6152-401 et s. du CSP.
- Statut des assistants des hôpitaux (version consolidée par décret n° 2010-1137 du 29 sept. 2010) : codifié à l'art. R. 6152-501 et s. du CSP.
- Statut des praticiens attachés (version consolidée par décret n° 2010-1137 du 29 sept. 2010) : codifié à l'art. R. 6152-601 et s. du CSP.
- Statut des praticiens attachés associés (version consolidée par décret n° 2010-1137 du 29 sept. 2010) : codifié à l'art. R. 6152-632 et s. du CSP.
- Décret 84-135 du 24 février 1984 consolidé le 1^{er} sept. 2009 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000689714>

Politique médicament et DM stériles

- Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022765438&dateTexte=&categorieLien=id>

II. Circulaires et instructions

- Instruction n° DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé :
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/10/cir_35887.pdf
- Circulaire n° DGOS/RH4/2012/337 du 10 septembre 2012 relative au rappel des dispositions réglementaires sur le temps de travail des internes dans les établissements de santé :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/10_09_12_Circulaire_DGOSRH42012337_du_10092012_internes.pdf
- Instruction n° DGOS/PF2/2012/286 du 16 juillet 2012 complétant la circulaire n° DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections Nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 et modifiant son annexe 4 :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_286t0.pdf
- Instruction n° DGS/PP2/DGOS/PF2/2012/266 du 13 juillet 2012 relative au recensement par les centres de référence maladies rares des spécialités pharmaceutiques susceptibles de faire l'objet de recommandations temporaires d'utilisation telles que mentionnées à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique :
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/07/cir_35564.pdf
- Circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/dgfip/CL1B/2012/269 du 6 juillet 2012 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable à compter de l'exercice 2012 pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale :
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-08/ste_20120008_0100_0044.pdf
- Instruction n° DGOS/RH1/2012/116 du 14 mars 2012 relative à la désignation des agences régionales de santé « pilotes » des internats d'odontologie et de pharmacie :
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0084.pdf

- Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé :
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/02/cir_34700.pdf
- Instruction n° DGOS/PF4/2012/66 du 27 janvier 2012 relative à l'inscription dans FICHCOMP et mise en place du codage UCD pour l'ensemble des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) non rétrocedés et des médicaments ayant bénéficié d'une ATU et en attente d'un financement définitif :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_66to.pdf

III. Documents non-opposables - guides

- Ministère de la santé, DGOS, 27 février 2012 : dossier qualité de la prise en charge médicamenteuse, outils pour les établissements de santé (détails infra [ANAP & OMÉDIT]) :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf
- ANAP, janvier 2012 : mise à disposition de l'outil Inter Diag Médicaments© pour l'auto-évaluation et la gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse, au niveau de l'unité de soins :
<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/evaluer-et-gerer-les-risques-lies-a-la-prise-en-charge-medicamenteuse/>
- ANAP, décembre 2012 : guide relatif à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, focus sur la délivrance nominative des médicaments en établissement de santé :
<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-du-patient-la-delivrance-nominative-des-medicament/>
- Société française de pharmacie oncologique (SFPO) : Recommandations relatives à l'adaptation des ressources liée à la pharmacie oncologique, oct. 2012 :
http://sfpo.com/wp-content/uploads/2012/10/Recommandations_vf_hmPDFCreator.pdf
- ANAP, mars 2012 : Outil - Diagnostiquer les risques liés à l'informatisation du circuit du médicament :
<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/diagnostiquer-les-risques-lies-a-linformatisation-du-circuit-du-medicament/>
- ANAP, janvier 2013 Sécuriser le circuit des dispositifs médicaux stériles :
<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/securiser-le-circuit-des-dispositifs-medicaux-steriles/>
- OMÉDIT Aquitaine, Questionnaire de préparation du CBUS, 2011 :
<http://www.omedit-aquitaine.fr/sections/public/contrats-bon-usage/questionnaire-diagnostic>
- OMÉDIT Aquitaine, Fiche action Comité de retour d'expérience, oct. 2011 :
http://www.omedit-aquitaine.fr/sections/public/evenement-semaine/outils/fiche-action-crex/downloadFile/attachedFile/Fiche_action_CREX.pdf?nocache=1324256853.91
- HAS, Juillet 2011 : outils relatifs à l'évaluation de la sécurisation de l'administration des médicaments :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1170134/securisation-et-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments

- ANAP, mars 2008 : ce guide, élaboré par le GMSIH en 2008, propose une démarche en trois étapes pour préparer un projet d'informatisation du circuit du médicament et du dispositif médical stérile (DMS) :
<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/informatisation-du-circuit-du-medicament-et-dms-guide-methodologique-et-scenario-de-migration/>
- HAS, ensemble documentaire relatif à l'éducation thérapeutique du patient :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1234324/
- HAS, Programme d'amélioration des pratiques (PAP), juin 2008 :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/pap_ upp_23-06-08.pdf
- Société française de pharmacie clinique (<http://sfpc.eu/fr/publications-fr.html>), ensemble documentaire relatif à : Standardisation Valorisation des activités pharmaceutiques - interventions pharmaceutiques
- Référentiel SFPC Pharmacie Hospitalière
- Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse
- La Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés – REMED
- Référentiel de radiopharmacie (2000)

IV. Rapports publics

Hôpital, approche transversale

- Ministère de la Santé, Rapport Pacte de confiance pour l'hôpital, E. COUTY, mars 2013 :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf
- IGAS, rapport annuel 2012, L'Hôpital, fév. 2013 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000107/0000.pdf>

Médicament

- IGAS, Evaluation de la politique française des médicaments génériques, Imbaud D., Morin A., Picard S., Toujas F., déc. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000668-evaluation-de-la-politique-francaise-des-medicaments-generiques>
- Ministère de la Santé, Les Assises du médicament-rapport de synthèse, E. Couty, T. Lesueur, juin 2011 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000339-les-assises-du-medicament-rapport-de-synthese>
- Assemblée Nationale, Rapport d'information déposé par la Commission des affaires européennes sur le "paquet" médicaments (E 4184, E 4185, E 4186, E 4187 et E 4188), Rosso Debord V., oct. 2009 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000542-rapport-d-information-depose-par-la-commission-des-affaires-europeennes-sur-le>
- Ministère de la Santé, Le Médicament à l'hôpital, Woronoff Lemsi M.-C., Grall J.-Y., Monier B., Bastianelli J.-P., 2003 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000374-le-medicament-a-l-hopital>

Statuts

- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire, Gaillard Raphaël, mai 2011 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000239-mission-sur-l-evolution-du-statut-hospitalo-universitaire>
- IGAS/IGAES, Rapport de la mission sur la retraite des hospitalo-universitaire, Duraffourg M., Blemont P., de Reboul J.-B., Dontenwille F., fév. 2011 :
<http://www.lors.fr/uploads/DOCS/IGAES %20IGAENER.pdf>

Education thérapeutique

- Ministère de la santé, Education thérapeutique du patient - Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne - Rapport au premier ministre, Jacquat D., Morin A., juillet 2010 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000364-education-therapeutique-du-patient-propositions-pour-une-mise-en-oeuvre-rapide-et>

Gouvernance hospitalière

- Conseil d'analyse économique (CAE), Réflexions sur l'organisation du système de santé, Saint-Paulles G., déc. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000014-reflexions-sur-l-organisation-du-systeme-de-sante>
- IGAS, Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants, Acker D., Dr Bensadon A.-C., Legrand P., Mounier C. sept. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000345-management-et-efficience-hospitaliere-une-evaluation-des-determinants>
- IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Bocquet P.-Y., Bonnet J.-L., Dr. Lalande F., Scotton C., juil. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000346-fusions-et-regroupements-hospitaliers-quel-bilan-pour-les-15-dernieres-annees>
- Ministère de la santé, Mission Hôpital public, Fellingier F., Boiron F., avril 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000194-mission-hopital-public>
- Ministère de la santé, La Modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, Toupilier D. (Directrice du CNG), Yahiel M., janv. 2011 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000134-la-modernisation-de-la-politique-des-ressources-humaines-dans-les-etablissements-publics>
- Sénat, Rapport du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé présidé par J.-P. Fourcade, 2011 :
http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenement/loi_hpst/rapport_evaluation.pdf
- IGAS, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, Zeggar Hayet, Vallet G., Terceirie O., mai 2010 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000246-bilan-de-l-organisation-en-poles-d-activite-et-des-delegations-de-gestion-mises-en>

EHPAD

- IGAS, Rapport sur l'évaluation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, Thierry M., déc. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000680-evaluation-de-l-experimentation-de-l-integration-des-medicaments-dans-le-forfait-soins>
- IGAS, Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur, Dahan M., Navec P., janv. 2011 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000023-rapport-d-evaluation-de-l-experimentation-de-reintegration-des-medicaments-dans-les>
- Académie Nationale de pharmacie, Rapport public sur le rôle du pharmacien dans les EPAHD, déc. 2009 :
http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_ROle_pharmaciens_EHPAD_Vd_JPC_30.1_2.2009.pdf
- IGAS, Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, Delomenie P., Fontanel Lassalle M., mai 2005 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000331-conclusions-du-groupe-de-travail-sur-la-prise-en-charge-des-medicaments-dans-les-maisons>

Sécurisation du circuit du médicament

- IGAS, Le Circuit du médicament à l'Hôpital, Cubaynes M.-H., Noury D., Dahan M., Falip E., nov. 2011 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000684-le-circuit-du-medicament-a-l-hopital>
- IGAS, Sécurisation du circuit du médicament à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Dahan M., Sauret J., sept. 2010 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000498-securisation-du-circuit-du-medicament-a-l-assistance-publique-hopitaux-de>
- Académie Nationale de pharmacie, Rapport public sur la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de soins, 2009 :
http://www.acadpharm.org/dos_public/1_rapport_securisation_medicaments.pdf

Financement-tarifification

- IGAS, Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, Bruant-Bisson A., Castel P., Panel M.-P., oct. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000548-evaluation-des-effets-de-la-tarifification-a-l-activite-sur-le-management-des>
- IGAS, Evaluation du dispositif de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé, Duhamel G., Morelle A., avril 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000430-evaluation-du-dispositif-de-financement-des-medicaments-en-sus-des-prestations>
- IGAS, Evolution et maîtrise de la dépense des Dispositifs médicaux (DM), Morel A., Kiour A., Garcia A., mars 2011 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000137-evolution-et-maitrise-de-la-depense-des-dispositifs-medicaux>

- IGAS, Hospitalisation à domicile (HAD), Durand N., Lannelongue C., Legrand P., Marsala V., déc. 2010 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000664-hospitalisation-a-domicile-had>
- IGAS, Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, Aballea P., Delahaye-Guillocheau V., Gatier J. juil. 2009 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000354/index.shtml>

Missions et rôle du pharmacien

- IGAS, Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament, Bensadon A.-C., Marie E., Morelle A., juin 2011 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000331-rapport-sur-la-pharmacovigilance-et-gouvernance-de-la-chaîne-du-médicament>
- Académie Nationale de pharmacie, Rapport public sur les activités et les responsabilités du pharmacien dans ses secteurs professionnels habituels, 2009 :
http://www.acadpharm.org/dos_public/academie2.pdf
- Sénat, Rapport sur les systèmes d'information de santé, Jegou J.-J., oct. 2007 :
<http://www.senat.fr/notice-rapport/2007/r07-035-notice.html>

Contexte médico-économique

- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), rapport annuel 2012, déc. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000670-haut-conseil-pour-l-avenir-de-l-assurance-maladie-rapport-annuel-2012>
- DREES, Le Panorama des établissements de santé : édition 2012, nov. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000656-le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2012>
- Commission des comptes de la sécurité sociale, Les Comptes de la sécurité sociale : résultats 2011, prévisions 2012 et 2013, oct. 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000534-les-comptes-de-la-securite-sociale-resultats-2011-previsions-2012-et-2013>
- DREES, Les Comptes nationaux de la santé – 2011, sept. 2012 :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2011,11013.html>
- IGAS, Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013 - 2017, Lidsky V., Thiard P.-E., Giorgi D., Le Brignon M., Garrigue-Guyonnaud H., Thomas J., Jeantet M., Olivier M., Cayre V., juillet 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000347-propositions-pour-la-maitrise-de-l-ondam-2013-2017>
- ANSM, Rapport annuel 2011 de l'AFSSaPS, juin 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000330-rapport-annuel-2011-de-l-agence-francaise-de-securite-sanitaire-des-produits-de-sante>
- Observatoire national de la démographie des professions de santé, rapport 2010-2011, juin 2012 :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000299-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-2010-2011>

Divers

- Synprefh, Livre Blanc, Horizon 2012, mai 2008 :
http://www.synprefh.org/Data/upload/Images/Design/pdf/livre-blanc_pharmacie-hospitaliere_2008.pdf
- Synprefh, Livre Blanc, 1994
- Revue des affaires sociales, Le Médicament, avril 2008.
- Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP), Recommandations de la conférence mondiale sur le futur de la pharmacie hospitalière (68^{ème} congrès annuel de la 30 et 31 août 2008, Bâle)
- Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP), Elargir la pratique pharmaceutique, 2006 :
<http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeFR.pdf>
- Association pharmacie hospitalière et médicament (APHM), Fonctions pharmaceutiques hospitalières et accréditation - XIV^{ème} journée APHM - Sénat 23 octobre 1997
- Association pharmacie hospitalière et médicament (APHM), Maitrise de la qualité et stratégie pharmaceutique à l'hôpital : 9^{ème} journée APHM - Sénat, 15 octobre 1992
- Europharmat : Guide pour la réalisation d'un manuel qualité d'un service pharmaceutique des dispositifs médicaux, 1999 :
<http://www.euro-pharmat.com/manuelqualitedesdm.asp?r=2>
- Europharmat : Analyse globale des risques : Circuit des Dispositifs Médicaux, 2013 :
<http://www.euro-pharmat.com/documents/dmapr.pdf>

V. Articles publiés

- Juste M. Pour un modèle pharmaceutique hospitalier Le pharmacien hospitalier et clinicien Vol 48 - n° 1 p 1-2 - mars 2013
- Smith J.E. Leadership in a clinical profession Am J Hosp Pharm 1988 ; 45 : 1675-1681
- American Society of Hospital Pharmacy Directions for clinical practice in pharmacy Am J Hosp Pharm 1985 ; 42 : 1285-1340
- Hertig J.B., Jenkins M., Mark S.M., Weber R.J. Developing patient-centered services. Part 1: a primer on pharmacy practice models Hosp Pharm 2011 ; 46 : 61-65
- Jenkins M., Mark S.M., Saenz R., Maslonek K., Zagacki A. Developing patient-centered services. Part 2: building a hybrid pharmacy practice model Hosp Pharm 2011 ; 46 : 139-145
- American Society of Health-System Pharmacists The consensus of the pharmacy practice model summit Am J Health-Syst Pharm 2011 ; 68 : 1148-1152
- Zellmer W.A. Reflections on the key messages of the pharmacy practice model summit Am J Health Syst Pharm 2011 ; 68 : 1153-1154
- Metge C.J. Patient-centered services: what could we be doing right? Clin Therap 2010 ; 32 : 962-963
- Hepler C.D. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement Am J Pharm Edu 1987 ; 51 : 369-385
- Strand L.M., Guerrero R.M., Nickman N.A., Morley P.C. Integrated patient-specific model of pharmacy practice Am J Hosp Pharm 1990 ; 47 : 550-554
- Tisdale J.E. Vers un modèle unifié d'exercice contemporain de la pharmacie en établissement J CPH 2011 ; 64 : 101-103
- Zellmer W.A. Pharmacy's future: transformation, diffusion, and imagination Am J Health Syst Pharm 2010 ; 67 : 1199-1204

- Franklin B.D., Rosa M.B., Miller G., Jacklin A. The evaluation of a novel model of providing ward pharmacy services *Int J Clin Pharm* 2012 ; 34 : 518-523
- Pickette S.G., Muncey L., Wham D. Implementation of a standard pharmacy clinical practice model in a multihospital system *Am J Health Syst Pharm* 2010 ; 67 : 751-756
- Haas C.E., Eckel S., Arif S., Beringer P.M., Blake E.W., Iardieri A.B., et al. Acute care clinical pharmacy practice: unit-versus service-based models *Pharmacotherapy* 2012 ; 32 : e35-e44
- Schlaifer M., Rouse M.J. Scope of contemporary pharmacy practice: roles, responsibilities, and functions of pharmacists and pharmacy technicians *J Manag Care* 2010 ; 16 : 507-508
- Abramowitz P.W. The evolution and metamorphosis of the pharmacy practice model *Am J Health Syst Pharm* 2009 ; 66 : 1437-1446
- Zellmer W.A. The future of Health-System pharmacy: opportunities and challenges in practice model change *Ann Pharmacother* 2012 ; 46 : S41-S45
- Zellmer W.A. Searching the soul of pharmacy *Am J Health Syst Pharm* 1996 ; 53 : 1911-1916
- Doucette W.R., Nevins J.C., Gaither C., Kreling D.H., Mott D.A., Pedersen C.A., et al. Organizational factors influencing pharmacy practice change *Res Social Adm Pharm* 2012 ; 8 : 274-284