



Outil d'aide à la mise en place de l'exercice coordonné en officine

STERLE Marylise
ARS Bourgogne – Franche Comté

Juin 2022

STERLÉ Marylise, interne en pharmacie hospitalière
DEYDIER Odile, pharmacien inspecteur de santé publique

Les nouvelles missions du pharmacien pour l'« Exercice coordonné »

- | | |
|------------------------------------|---------|
| 1- Le pharmacien correspondant | page 6 |
| 2- La dispensation protocolisée | page 8 |
| 3- La téléconsultation en officine | page 11 |
| 4- Le télésoin en officine | page 14 |

Qu'appelle t-on l'« exercice coordonné » ?

Depuis quelques années, l'offre de soins de premier recours connaît des mutations profondes sous l'effet conjugué des besoins de la population, des attentes des professionnels de santé et de la démographie médicale. Ce type d'exercice permet d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, et notamment dans les territoires caractérisés par une faible densité de professionnels. Il permet de garantir l'accessibilité aux soins. Il permet aussi de favoriser les échanges et la coordination entre les professionnels de santé, pour une meilleure prise en charge médicale des patients.

Les structures dédiées à l'exercice coordonné (structures pluri-professionnelles) :

Equipes de soins primaires (ESP) – définies à l'article L.1411-11-1 du CSP

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique (CSP) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'une équipe de soins primaires « autres formes » (avec au moins un médecin généraliste et au moins un autre professionnel de santé), d'un centre de santé ou d'une maison de santé pluri professionnelle.

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) – définies à l'article L.1434-12 du CSP

Les CPTS sont composées de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 du CSP et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

La CPTS élabore un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé.

Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) – définies à l'article L.6323-3 du CSP

Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles constituées pour la majorité d'entre elles en SISA (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires) et organisées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Elles assurent essentiellement des activités de soins sans hébergement de premier recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé.

Centres de santé pluridisciplinaires (CDS) – définis à l'article L.6323-1 du CSP

Il s'agit de structures sanitaires de proximité, sans hébergement. Les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés. Ils dispensent des soins de premier recours et/ou de second recours, et pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. Ces activités sont délivrées au sein du centre ou au domicile des patients. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluri professionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.

Pour en savoir plus :

[Guide d'accompagnement des projets de sante des équipes de soins primaires \(ARS BFC\)](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/guide-daccompagnement-des-projets-de-sante-des-equipes-de-soins-primaires)

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/guide-daccompagnement-des-projets-de-sante-des-equipes-de-soins-primaires>

	Le pharmacien correspondant (détails en page 6)	La dispensation protocolisée (détails en page 8 à 10)	La téléconsultation en officine (détails en page 11 à 13)
Conditions requises	Faire partie d'une structure dédiée à l'exercice coordonné (MSP, CPTS, ESP, CDS)*	Faire partie d'une MSP ou d'un CDS*	Dans certains cas particuliers ⁵ , faire partie d'une structure dédiée à l'exercice coordonné (MSP, CPTS, ESP, CDS) *
Missions	En lien avec le médecin traitant, renouveler périodiquement les traitements chroniques et ajuster, si besoin, leur posologie.	Dans le cadre de protocole (4 protocoles nationaux autorisés), effectuer la démarche clinique (confirmation ou non du diagnostic) et la prise en charge thérapeutique prévue par chaque protocole.	Mettre à disposition le plateau technique nécessaire à la réalisation de la téléconsultation et assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique.
Déclaration	Obligatoire Déclaration par le patient de son pharmacien correspondant à l'assurance maladie grâce au formulaire CERFA prévu à cet effet	Obligatoire A l'ARS Bourgogne- Franche Comté Via une application en ligne dédiée : https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps	Aucune
Formation	Aucune	Formation d'environ 5 à 10 h en fonction des protocoles Organisée au sein de la MSP par le médecin délégué selon les critères définis par l'arrêté ministériel du 6 mars 2020 relatif à chaque protocole ^{1, 2, 3, 4}	Savoir utiliser le matériel et équipements : outils de communication à distance, outils informatiques de transmission et stockage des données, dispositifs médicaux connectés, etc.
Rémunération	1 à 2 € TTC par patients désignés (en fonction du nombre de patient total) et pour lequel le pharmacien a réalisé une mission du dispositif au cours de l'année Maximum 500 € TTC / an (seuls les pharmaciens exerçant en ZIP* ou en ZAC* peuvent être rémunérés) versée dans le cadre de la rémunération sur objectif pour la modernisation des échanges numériques et l'accès aux soins.	Pour les MSP, la rémunération des protocoles n'est autorisée que pour les MSP adhérentes à l'accord ACI (accord conventionnel interprofessionnel). Pour les CDS, la rémunération n'est autorisée que pour les CDS signataires de l'accord national des CDS. Forfait de 25 € par patient inclus dans le protocole	Participation forfaitaire pour l'équipement (1225€ première année et 350€ les années suivantes) Participation forfaitaire relative au temps passé De 25 à 750 € par an en fonction du nombre de téléconsultations/an
Références utiles	Article L.5125-1-1 A Article R.5125-33-5 Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale	Article D5125-33-6-1 Arrêté du 5 mai 2021 fixant la liste des pathologies et des médicaments pouvant faire l'objet d'une délivrance par les pharmaciens d'officine (non applicable à ce jour – attente des protocoles nationaux spécifiques) INSTRUCTION du 18 janvier 2021 relative à la mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés	Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n°15 La télémédecine – Améli.fr Chapitre VI : Télésanté (Articles R6316-1 à R6316-6) Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale

¹Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

²Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

³Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

⁴Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

⁵La téléconsultation est ouverte à tous les patients dans le cadre du parcours de santé du patient coordonné par le médecin traitant mais dans certaines circonstances, les patients pourront avoir besoin de recourir à la téléconsultation en dehors du parcours de santé coordonné par le médecin traitant, par exemple :

- Patients âgés de moins de 16 ans
- Accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie)
- Accès direct à une sage-femme.

Pour ces cas particuliers, **le recours à la téléconsultation s'effectue dans le cadre d'une réponse coordonnée portée par une organisation territoriale (MSP, CPTS...).**

Pour les patients n'ayant **pas de médecins traitants**, la téléconsultation devra être assurée dans officines faisant partie de **structure d'exercice coordonné de type CPTS ou CDS***. A terme, cela devra permettre la désignation d'un médecin traitant pour réintégration de celui-ci dans le parcours de soins coordonnés.

* MSP : Maison de santé pluridisciplinaire,

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé,

ESP : Equipes de soins primaires,

CDS : Centres de santé pluridisciplinaires,

ZIP : Zone d'intervention prioritaire définie par un arrêté de l'ARS,

ZAC : Zone d'action complémentaire définie par un arrêté de l'ARS.

La carte des ZIP et ZAC de la région Bourgogne-Franche-Comté est consultable sur le site internet de l'ARS en suivant le lien suivant :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/actualisation-zones-eligibles-aides-installation-medecins-bfc>

1- Le pharmacien correspondant

Quelle est la mission du pharmacien ?

Le pharmacien correspondant peut renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, si besoin, leur posologie.

Quelles sont les conditions requises pour mettre en place ce dispositif au sein de mon officine ?

1. Le pharmacien doit appartenir à la même structure d'exercice coordonné que le médecin traitant du patient, à savoir une équipe de soins primaires, une maison de santé, une communauté professionnelle territoriale de santé ou encore un centre de santé.
2. L'officine doit disposer d'une pièce de confidentialité permettant un accueil individualisé des patients.
3. Il n'y a aucune formation requise pour les pharmaciens souhaitant devenir pharmacien correspondant.

Comment mettre en place ce dispositif ?

Définir entre médecin généraliste et pharmacien d'officine travaillant au sein de la même structure d'exercice coordonné :

- a) Les modalités de transmission d'information entre pharmacien et médecin : messagerie sécurisée, accès logiciel partagé ...
- b) Comment cibler et informer les patients de ce dispositif
 - i. Médecin généraliste qui propose et explique au patient la démarche à suivre pour déclarer son pharmacien correspondant ou inversement
 - ii. Médecin généraliste indique sur l'ordonnance du patient qu'il aimerait après accord du patient mettre en place ce dispositif pour ce patient et c'est le pharmacien qui explique au patient la démarche à suivre pour être déclaré pharmacien correspondant

Et en pratique comment cela se passe ?

1. Le patient déclare à l'assurance maladie son pharmacien correspondant grâce au Cerfa prévu à cet effet : <https://www.ameli.fr/content/formulaire-de-declaration-du-pharmacien-correspondant>
Cela peut être un pharmacien titulaire d'officine. Après accord du patient, le pharmacien titulaire peut être suppléé dans cette fonction par un autre pharmacien de la même officine, notamment un pharmacien adjoint. Le médecin traitant du patient doit être informé de cette désignation et, selon des modalités définies dans le projet de santé de la structure, des interventions du pharmacien.
2. Le pharmacien et le médecin s'informent selon les modalités définies préalablement de cette désignation.
3. Le pharmacien peut alors renouveler et adapter les posologies des traitements chroniques si la prescription médicale comporte une mention autorisant le renouvellement de tout ou partie des traitements prescrits ainsi que, le cas échéant, une mention autorisant l'ajustement de posologie de tout ou partie des traitements. Le pharmacien transcrit alors sur l'ordonnance les actions entreprises au moment de la délivrance. Le Dossier Pharmaceutique et le Dossier Médical Partagé doivent intégrer ces données. Le renouvellement de l'ordonnance par le pharmacien correspondant est possible pour la période de traitement suivant celle mentionnée sur l'ordonnance (délivrance initiale). La durée totale de la prescription incluant l'ensemble des renouvellements réalisés par le pharmacien correspondant ne peut excéder douze mois.
4. Tous les médicaments peuvent être concernés sans restriction, dans le respect des durées de traitement autorisées.

Et la rémunération ?

La rémunération du pharmacien correspondant est réservée aux pharmaciens dont l'officine est située dans une zone médicale sous-dense (zones d'intervention prioritaire (ZIP) et zones d'actions complémentaires (ZAC)), prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, définies par un arrêté de l'ARS :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/actualisation-zones-eligibles-aides-installation-medecins-bfc>

Le pharmacien correspondant perçoit une rémunération annuelle pour chaque patient l'ayant désigné comme pharmacien correspondant et pour lequel il a effectué au moins une mission du pharmacien correspondant au cours de l'année civile.

Ce montant est dégressif, selon les paliers suivants :

- de 1 à 100 patients pour lequel le pharmacien a effectué au moins une mission du pharmacien correspondant au cours de l'année civile : 2 € TTC par patient ;
- au-delà de 100 patients pour lequel le pharmacien a effectué au moins une mission du pharmacien correspondant au cours de l'année civile : 1 € TTC par patient.

Cette rémunération est limitée à 500 € TTC par an, tous patients confondus. Elle est versée dans le cadre de la rémunération sur objectif pour la modernisation des échanges numériques et l'accès aux soins.

En savoir plus sur le pharmacien correspondant :

- [Articles L.5125-1-1 A et R.5125-33-5](#) du code de la santé publique
- [Convention nationale des pharmaciens d'officine signée le 9 mars 2022](#)
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045538155>
- Modalités de facturation à l'assurance maladie :
<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacien-correspondant>

2- La dispensation protocolisée

Quelle est la mission du pharmacien ?

Le pharmacien (délégué), sous la responsabilité du médecin (délégant) et dans le cadre de protocoles, effectue la démarche clinique (confirmation ou non du diagnostic) et la prise en charge thérapeutique prévue par chaque protocole.

Quelles sont les conditions requises pour mettre en place ce dispositif au sein de mon officine ?

1. Le pharmacien (délégué) et le médecin (délégant) doivent travailler ensemble au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un centre de santé, CPTS exclue.
2. L'officine doit disposer d'une pièce de confidentialité permettant un accueil individualisé des patients.
3. Formation d'environ 5 à 10 h en fonction des protocoles. Elle est organisée au sein de la MSP ou du CDS par le médecin délégant selon les critères détaillés et définis par l'arrêté ministériel du 6 mars 2020 propre à chaque protocole.
4. Déclaration obligatoire à l'ARS Bourgogne- Franche Comté via une application en ligne dédiée : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>
notice explicative : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2021-10/Cooperation_Notice_Demarche_simplifiee_04_10_2021.pdf

Les structures déposent, pour chaque membre de l'équipe volontaire, les pièces justificatives suivantes :

- a. Accord d'engagement daté et signé, cf. modèle type sur le site du ministère : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocoles_de_cooperation_modeles_formulaires_declaration_2021_.pdf
- b. Copie d'une pièce d'identité ;
- c. Numéro d'enregistrement au tableau ordinal ou fichier professionnel spécifique et son justificatif
- d. Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre du protocole national, cf. modèle type sur le site du ministère : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocoles_de_cooperation_modeles_formulaires_declaration_2021_.pdf

Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et centres de santé (CDS) s'engagent à signaler à l'ARS toute modification relative aux membres de l'équipe engagée. La CNAM et les CPAM ont accès à la plateforme qui leur permet d'identifier les structures et les professionnels adhérents au protocole.

Comment mettre en place ce dispositif ?

1. Définir entre professionnels de santé délégant et délégué travaillant au sein de la MSP ou du CDS les modalités suivantes :
 - a. Les modalités de partage d'information entre pharmacien délégué et médecin délégant : système d'information partagé de la structure au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, traitements, allergies...).
 - b. Les modalités d'orientation des patients vers le délégué par le secrétariat de la MSP ou du CDS. Hors des heures d'ouverture de la structure cette orientation peut être assurée par un message téléphonique précisant les motifs et conditions de recours. Ces modalités doivent être explicitement notifiées dans le projet de santé de la structure.
 - c. Les modalités d'inclusion des patients par le pharmacien délégué : vérification de la présence de critères d'exclusion au moyen d'un formulaire intégré au système d'information partagé de la structure.
 - d. Dans le cadre de ces protocoles, le professionnel délégué peut être amené à appliquer les prescriptions (médicaments, actes, arrêts de travail) prévues par chacun des protocoles. Les pharmaciens n'étant pas autorisés par le code de santé publique à effectuer ce type de prescriptions hors de leurs champs de compétences, les structures devront au préalable mettre en place les prescriptions types prévues dans les protocoles qui seront signées par le médecin délégant et mises à la disposition des délégués. Au moment de la délivrance de la prescription type, en plus des mentions réglementaires, il est recommandé que le pharmacien appose sa signature.

Toutes ces modalités doivent être définies à l'avance et intégrées dans le projet de santé de la maison de santé ou du centre de santé.

Et en pratique comment cela se passe ?

La prise en charge s'effectue de la manière suivante :

- Orientation par le secrétariat de la structure selon les modalités notifiées dans le projet de santé de la structure ;
- Information et inclusion du patient par le pharmacien délégué, qui recueille l'accord du patient. En cas de refus du patient il est réorienté vers son médecin traitant, un autre médecin de la structure ou, à défaut, le service médical de garde ;
- Prise en charge du patient par le pharmacien en application du protocole ;
- Si au cours de la prise en charge le pharmacien identifie un critère d'exclusion du protocole, ou s'il a un doute, il réoriente le patient vers le médecin traitant ou un médecin de la structure ; hors des heures d'ouverture de la MSP ou du CDS, les modalités de cette réorientation doivent être organisées avec le service d'accès aux soins, le médecin de garde ou le SAU territorialement compétent ;
- Prescription d'une des ordonnances types prévues par le protocole, co-signée par le délégant et le délégué.

Et la rémunération ?

Pour les MSP, la rémunération n'est autorisée que pour les MSP adhérentes à l'accord ACI.

Pour les CDS, la rémunération n'est autorisée que pour les CDS signataires de l'accord national des CDS.

Pour être rémunérées, les structures doivent remplir trimestriellement un tableau et le transmettre à l'ARS et à la CPAM. Ce tableau ([cf. annexe de l'instruction du 18 janvier 2021](#)) précise notamment le nombre de protocoles par catégorie, le type de professionnel réalisant le protocole et la date de réalisation.

Les paiements correspondants seront réalisés semestriellement par les CPAM au regard des déclarations reçues émanant des structures.

La mise en œuvre d'un des protocoles par l'équipe de soins autorise la rémunération à hauteur d'un forfait de 25 € par patient inclus dans le protocole.

La rémunération est globale et forfaitaire pour l'équipe de soins, elle inclut :

- Le temps de consultation du délégué ;
- L'éventuelle revoyure du médecin (délégant) le jour même où le lendemain ;
- Le temps de coordination entre professionnels de santé impliqués ;
- Les charges de structure (gestion, informatique...) ;
- La formation des délégués.

En cas de sortie d'un protocole à la suite de l'examen du délégué au regard d'un des motifs de sortie du protocole, la facturation du protocole n'est pas due mais le médecin pourra facturer son acte de consultation.

Dans le cas d'une revoyure du médecin le jour même où le lendemain, la facturation du protocole est due mais le médecin ne pourra pas facturer d'actes en sus.

Le forfait est versé à la structure et le partage de la rémunération forfaitaire est libre entre les professionnels de santé impliqués dans le protocole.

Le suivi ?

Les équipes engagées dans les protocoles nationaux transmettent annuellement au comité national, via le site [démarches simplifiées](#), les données relatives aux indicateurs de suivi et toute donnée pertinente mentionnée dans celui-ci.

Le Comité National des Coopérations Interprofessionnelles évalue le protocole selon les indicateurs suivants :

- Le nombre de patients ayant été pris en charge au titre du protocole ;
- Le taux de reprise par les professionnels de santé délégants ;
- La survenue et le nombre d'événements indésirables s'il y a lieu ;
- Le taux de satisfaction des professionnels de santé adhérents au protocole.

En savoir plus sur la dispensation protocolisée :

En général :

- INSTRUCTION du 18 janvier 2021 relative à la mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_commune_2021_04.pdf
- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/6/SSAH2006759A/jo/texte>
- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/6/SSAH2006770A/jo/texte>
- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/6/SSAH2006762A/jo/texte>
- Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/6/SSAH2006768A/jo/texte>
- Article L.4011-1 : par dérogation à plusieurs articles du CSP, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager dans une démarche de coopération et opérer entre eux notamment des transferts d'activités par des protocoles de coopération
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155053/#LEGISCTA000038887720
- Article D5125-33-6-1 : des protocoles de coopération nationaux déterminent les conditions dans lesquelles les pharmaciens d'officine peuvent délivrer des médicaments pour certaines pathologies
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042986264?tab_selection=all&searchField=ALL&query=D.5125-33-6-1&page=1&init=true&
- Arrêté du 5 mai 2021 fixant la liste des pathologies et des médicaments pouvant faire l'objet d'une délivrance par les pharmaciens d'officine (non applicable en juin 2022, date du présent document – attente des protocoles nationaux spécifiques)
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/5/5/SSAH2111457A/jo/texte>

Facturation :

- Arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/9/10/SSAS2024126A/jo/texte>

Déclaration :

- <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>
notice explicative : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2021-10/Cooperation_Notice_Demarche_simplifiee_04_10_2021.pdf
- Accord d'engagement des membres de l'équipe daté et signé
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocoles_de_cooperation_modeles_formulaires_declaration_2021_-2.pdf
- Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre du protocole national
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocoles_de_cooperation_modeles_formulaires_declaration_2021_-2.pdf

3- La téléconsultation en officine

Qu'appelle-t-on « téléconsultation » ?

La téléconsultation se définit comme une consultation à distance réalisée par un médecin exerçant une activité conventionnée, dit « téléconsultant », quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient pouvant le cas échéant être assisté par un autre professionnel de santé.

Quelles sont les missions du pharmacien ?

Le pharmacien va organiser la téléconsultation en prenant contact avec le médecin téléconsultant et en mettant à disposition le plateau technique nécessaire. Il prendra ensuite le rôle du professionnel de santé accompagnant en assistant le médecin dans la réalisation de certains actes lors de l'examen clinique et accompagnera le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Pour quels patients ?

La téléconsultation s'inscrit, en priorité, dans le parcours de santé du patient coordonné par le médecin traitant. Cette modalité de consultation médicale doit être préalablement convenue entre le patient et son médecin.

Les patients doivent être connus du service du téléconsultant afin de pouvoir disposer des informations nécessaires à un suivi de qualité ; ce suivi implique également une alternance nécessaire de consultations en présentiel et de téléconsultations (consultation en présentiel nécessaire au cours des 12 derniers mois précédant chaque téléconsultation).

Dans certaines circonstances, les patients pourront avoir besoin de recourir à la téléconsultation en dehors du parcours de santé coordonné par le médecin traitant, par exemple :

- Patients âgés de moins de 16 ans
- Accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie)
- Accès direct à une sage-femme.

Pour ces cas particuliers, le recours à la téléconsultation s'effectue dans le cadre d'une réponse coordonnée portée par une organisation territoriale (MSP, CPTS...).

Pour les patients n'ayant pas de médecins traitants, la téléconsultation en officine devra être assurée dans des officines faisant partie de structure d'exercice coordonné de type CPTS ou CDS*. A terme, cela devra permettre la désignation d'un médecin traitant pour réintégration de celui-ci dans le parcours de soins coordonnés.

Pour les cas d'urgence, l'exigence du respect du parcours de soins coordonné (connaissance préalable et orientation par le médecin traitant) et l'exigence de prise en charge par une organisation territoriale coordonnée ne s'appliquent pas aux patients dès lors qu'ils relèvent d'une situation d'urgence. Les officines peuvent donc facturer des téléconsultations dans ce cadre.

Pour les patients résidants en établissements médico-sociaux (ESMS) : pour répondre aux besoins de soins des patients résidant en EHPAD et en établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignés de leur domicile initial, il est possible de déroger aux deux principes que sont l'orientation par le médecin traitant et la connaissance préalable du patient et ce, quel que soit le mode d'exercice du médecin.

	Condition d'orientation par le médecin traitant	Condition de connaissance préalable : Patient vu par le médecin téléconsultant dans les 12 derniers mois
Principe pour tout patient en ville	oui	oui
Sauf spécialités accès direct : gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie	non	oui
Sauf patients de moins de 16 ans	non	oui
Sauf situation d'urgence	non	non
Sauf patient sans médecin traitant ou médecin traitant non disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient		
Et si le patient est pris en charge en CDS géré par un ES ou un ES adhérent d'une CPTS (sous réserve de permettre au patient d'être en mesure, dans un second temps, de désigner un médecin traitant pour son suivi au long cours et de réintégrer ainsi le parcours de soins)	non	non
Sauf patients détenus, retenus et résidents en ESMS (EHPAD, établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées)	non	non

Tableau récapitulatif des conditions générales de l'avenant à l'éligibilité à la facturation (Guide DGOS-facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement - déc.2019 version 1.0)

Quelles sont les conditions requises pour mettre en place la téléconsultation au sein de mon officine ?

Disposer des équipements nécessaires dans un local fermé dédié afin de garantir la réalisation d'une téléconsultation de qualité :

- Équipement nécessaire à la vidéotransmission permettant de garantir la qualité de la consultation, la confidentialité et la sécurité des échanges conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et une connexion à une solution sécurisée.
- Équipement nécessaire à la bonne installation des patients
- Équipements connectés : a minima un stéthoscope connecté, un otoscope connecté, un oxymètre et un tensiomètre.

La pièce de consultation doit permettre d'accueillir le patient, les professionnels et/ou les personnes accompagnantes le cas échéant dans de bonnes conditions.

Et en pratique ?

Avant la téléconsultation :

- Information du patient
Elle peut comprendre une information écrite (notice d'information délivrée au patient) et/ou une information orale, préalable au recueil du consentement. L'information porte sur :
 - o l'intérêt que présente la téléconsultation (prise en charge individualisée adaptée à son besoin),
 - o l'intégration de l'acte dans son parcours de santé,
 - o les modalités pratiques de réalisation de la téléconsultation,
 - o la possibilité de refuser la téléconsultation et les alternatives possibles,
 - o la présence possible d'un professionnel de santé pendant la téléconsultation,
 - o la possibilité d'être accompagné par une personne de son entourage pendant la téléconsultation,
 - o le rôle de chaque intervenant,
 - o le traitement des données à caractère personnel,
 - o les mesures pour assurer la confidentialité et sécurité des données de santé,
 - o le coût et le reste à charge,
 - o la possibilité de donner son avis après la téléconsultation (questionnaire de satisfaction, déclaration de dysfonctionnement éventuel).
- Consentement libre et éclairé du patient ou, le cas échéant, de son représentant légal
Le recueil du consentement (écrit ou oral) libre et éclairé du patient ou, le cas échéant, de son représentant légal est réalisé, et tracé dans le dossier du patient.
Le patient doit donner son consentement pour :
 - o l'acte médical,
 - o l'acte à distance via les technologies de l'information et de la communication,
 - o l'accompagnement par le pharmacien d'officine.

En cas d'impossibilité d'informer le patient et de recueillir son consentement en amont de l'acte (ex. : situation d'urgence), l'information doit être réalisée a posteriori. Le patient peut refuser la prise en charge en téléconsultation.

Pendant la téléconsultation

- Au démarrage de la téléconsultation :
 - o Authentification du professionnel médical téléconsultant et du professionnel accompagnant (pharmacien d'officine).
Une authentification forte du professionnel médical est requise, conformément à la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S). Le dispositif d'authentification est qualifié de fort s'il combine au moins deux dispositifs d'authentification (mot de passe, carte à puce, etc.).
 - o Identification du patient.
Les données permettant d'identifier le patient sont notamment : nom de naissance, prénom(s), date et lieu de naissance, sexe.
 - o Identification des accompagnants.
- Tout au long de la téléconsultation :
 - o Assurance de la compréhension du patient par le téléconsultant et le pharmacien accompagnant.
 - o Assister le médecin dans ces actes.

- Après la téléconsultation :
 - o Les éventuelles prescriptions médicales et autres courriers (demande d'examen ou de consultation) sont accessibles ou transmis au patient, de manière sécurisée et dans un délai préalablement défini. Le patient a été préalablement informé de leur contenu par le professionnel médical.

Et la rémunération ?

Une participation forfaitaire pour l'équipement, couvrant l'abonnement à une solution technique dédiée pour mettre en œuvre la vidéotransmission, ainsi que les équipements minimaux.

- 1225 € la première année,
- 350 € les années suivantes.

Conditionnée selon la déclaration en ligne sur amelipro la première année de l'équipement de l'officine et, les années suivantes, à la réalisation d'au moins une téléconsultation par an.

Une participation forfaitaire relative au temps passé par le pharmacien à l'organisation de la téléconsultation et à l'assistance apportée au patient et au médecin lors de la téléconsultation en fonction du nombre de téléconsultation (de 25€ à 750€ par an).

Le calcul de la participation forfaitaire est effectué à partir du décompte des téléconsultations réalisées au sein de l'officine, sur la base d'un code traceur « TLM » valorisé à 1 €, et l'identification du médecin téléconsultant dans la facture transmise à l'Assurance Maladie.

Le versement de cette participation forfaitaire étant conditionné à la cotation de la téléconsultation par le médecin et à sa prise en charge par l'Assurance Maladie, le pharmacien doit renseigner dans la facture :

- le numéro d'identification du médecin téléconsultant dans la zone prescripteur,
- la date de la téléconsultation comme date de prescription et date d'exécution.

Cette dernière condition ne s'applique pas lorsque le médecin téléconsultant est salarié d'un établissement de santé qui ne facture pas à titre individuel.

En savoir plus :

- [La télémédecine : assistance à la téléconsultation en officine \(ameli.fr\)](https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/telemedecine-assistance-teleconsultation-officine)
<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/telemedecine-assistance-teleconsultation-officine>
- [Charte de bonnes pratiques de la téléconsultation \(ameli.fr\)](https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/teleconsultation-decouvrir-la-nouvelle-charte-de-bonnes-pratiques) :
<https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/teleconsultation-decouvrir-la-nouvelle-charte-de-bonnes-pratiques>
<https://www.ameli.fr/content/charte-de-bonnes-pratiques-de-la-teleconsultation>
- [Articles R6316-1 à R6316-6 du code de la santé publique relatifs à la télésanté](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022933195/#LEGISCTA000043600563)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022933195/#LEGISCTA000043600563
- [Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/3/31/SSAS2208506A/jo/texte)
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/3/31/SSAS2208506A/jo/texte>

4- Le télésoin en officine

Qu'appelle-t-on « télésoin » ?

Le télésoin permet à un pharmacien de prendre en charge un patient et de le suivre à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication.

L'activité de télésoin doit être réalisée par vidéotransmission sécurisée.

Quelles sont les missions du pharmacien ?

Le pharmacien inscrit dans le dossier du patient et, le cas échéant, dans le dossier médical partagé défini à l'article L. 1111-14 :

- 1° Le compte rendu de la réalisation de l'activité de télésoin ;
- 2° Les actes et les prescriptions effectués dans le cadre de l'activité de télésoin ;
- 3° Son identité et éventuellement celles des autres professionnels participant à l'activité de télésoin ;
- 4° La date et l'heure de l'activité de télésoin ;
- 5° Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'activité de télésoin.

Pour quels patients ?

Les activités à distance réalisées par le pharmacien ne peuvent ni se substituer à des soins nécessitant un contact en présentiel, ni intervenir en cas de matériel insuffisant auprès du patient.

C'est le professionnel qui évalue si le télésoin est adapté au patient.

Le recours au télésoin relève d'une décision partagée du patient et du professionnel.

L'accompagnement des patients chroniques (patients sous anticoagulants oraux, patients asthmatiques avec un traitement de fond par corticoïde inhalé, patients sous anticancéreux oraux, personnes âgées polymédiquées) pour garantir de meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement peuvent se dérouler par télésoin.

Quelles sont les conditions requises pour mettre en place le télésoin au sein de mon officine ?

Disposer des équipements nécessaires dans un local fermé dédié afin de garantir la réalisation d'une activité de télésoin de qualité :

- Équipement nécessaire à la vidéotransmission permettant de garantir la qualité de l'activité de télésoin, la confidentialité et la sécurité des échanges conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et une connexion à une solution sécurisée.

Et la rémunération ?

La tarification d'une activité de télésoin ne peut être supérieure à la même activité mettant physiquement en présence le professionnel de santé et le patient. Elle est subordonnée à la réalisation préalable par un pharmacien, en présence du patient, d'un premier soin, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin. La rémunération des accompagnements de patients chroniques réalisés en télésoin dans les conditions fixées au 15° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est identique à celle des accompagnements réalisés à l'officine en présence du patient.

En savoir plus :

- [Articles R6316-1 à R6316-6 du code de la santé publique relatifs à la télésanté](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022933195/#LEGISCTA000043600563)
- [Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/3/31/SSAS2208506A/jo/texte)
- [Qualité et sécurité du télésoin, bonnes pratiques pour la mise en œuvre \(HAS, 18/02/2021\)](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/qualite_et_securite_du_telesoin_-_criteres_deligibilite_et_bonnes_pratiques_pour_la_mise_en_oeuvre_-_rapport_delaboration.pdf)