



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Auvergne-Rhône-Alpes



L'ESSENTIEL DE LA REGLLEMENTATION

A L'OFFICINE

2025



A NOTER

Les références contenues dans ce document tiennent compte des textes officiels parus jusqu'au **10 juin 2025**.

SOMMAIRE INTERACTIF

01

L'Assurance Maladie et les pharmaciens d'officine [p. 5](#)

02

La prescription [p. 7](#)

03

La dispensation [p. 14](#)

04

La prise en charge [p. 22](#)

05

Les médicaments inscrits sur les listes I et II des substances vénéneuses [p. 23](#)

06

Les stupéfiants et spécialités liste I soumises à la réglementation des stupéfiants [p. 25](#)

07

Les traitements susceptibles de mésusage, usage détourné ou abusif [p. 30](#)

08

Les médicaments soumis à prescription restreinte [p. 36](#)

09

Les médicaments d'exception [p. 38](#)

10

Pertinence des prescriptions : cas particuliers des anti-PCSK-9 et des AGLP-1 [p. 39](#)

11

Les prescriptions en dehors des indications thérapeutiques remboursables ou hors AMM .. [p. 47](#)

12

Les médicaments génériques [p. 49](#)

13

Les médicaments hybrides [p. 53](#)

14

Les médicaments biosimilaires [p. 55](#)

15

Les préparations magistrales et officinales [p. 58](#)

SOMMAIRE INTERACTIF (SUITE)

16

La contraception et l'IVG médicamenteuse [p. 62](#)

17

La liste des produits et prestations [p. 64](#)

18

Les missions de prévention du pharmacien..... [p. 73](#)

19

Les missions d'accompagnement du pharmacien..... [p. 89](#)

20

L'accès aux soins et les parcours de soins [p. 96](#)

21

la rémunération prévue par la convention du pharmacien [p. 101](#)

22

ameli.fr [p. 105](#)

23

Glossaire [p. 106](#)

01

L'ASSURANCE MALADIE ET LES PHARMACIENS D'OFFICINE

Les rapports entre L'Assurance Maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis dans la convention pharmaceutique.

Les praticiens-conseils au sein de l'Assurance Maladie (médecins-conseils, chirurgiens-dentistes-conseils, pharmaciens-conseils) et leurs équipes exercent une mission de service public. En lien avec les caisses primaires, ils veillent à la juste attribution des prestations et contribuent à garantir l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût. Dans ce cadre, des échanges ont lieu régulièrement avec les pharmaciens d'officine.

LA CONVENTION PHARMACEUTIQUE

La convention des pharmaciens d'officine est entrée en vigueur le 7 mai 2022. Un avenant est venu la compléter le 7 juillet 2024.

Cette convention renforce le rôle majeur du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé publique. Elle accroît ainsi ses missions en matière de prévention, d'accompagnement des patients et de premier recours ainsi que son implication pour améliorer le bon usage des produits de santé et leur juste dispensation.

Elle intègre les pharmaciens dans le parcours de soins en coordination avec d'autres professionnels de santé.

Elle comporte des évolutions majeures en matière de numérique en santé et incite les actions ayant un impact positif et durable sur l'environnement.

La convention est conclue pour cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

LES PHARMACIENS-CONSEILS

Vous pouvez contacter un pharmacien-conseil pour :

- être informé des évolutions et actualités réglementaires ;
- obtenir des précisions sur la prise en charge d'un médicament ou d'un dispositif médical ;
- échanger sur votre pratique officinale ;
- évoquer le cas particulier de l'un de vos patients ;
- signaler le comportement frauduleux de l'un de vos patients.

Un pharmacien-conseil peut vous contacter :

- dans le cadre de programmes d'échanges et d'accompagnement : il s'agit d'échanges confraternels personnalisés avec un pharmacien-conseil du service médical sur divers thèmes ;
- dans le cadre d'un contrôle de votre activité (vous pouvez consulter la « charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie », cf lien ci-contre) ;
- dans le cadre de « cas particuliers », comme une analyse de consommation de l'un de vos patients.

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

- ▶ [convention pharmaceutique](#)
- ▶ [avenant](#)
- ▶ [charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie](#)

EN PRATIQUE :



Comment nous contacter ?



Par téléphone

3608

Service gratuit
+ prix appel

numéro dédié aux professionnels de santé



En ligne, via **amelipro**

Contacts > Assurance Maladie par mail > Contacter le service médical



« Le rendez-vous du pharmacien »

Ces webinaires destinés aux pharmaciens d'officine traitent de l'actualité, de cas de comptoirs et de la réglementation.

Le RDV du pharmacien
de Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes
Playlist - 12 vidéos - 653 vues
L'Assurance Maladie propose des rendez-vous en ligne pour accompagner les équipes officinales de PH... [plus](#)

[Tout lire](#)

1 Séminaire - PHARMACIES - ANTICANCEREUX ORAUX
Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes • 1,2 k vues • Diffusé il y a 4 ans

2 Le RDV du pharmacien N°1 - L'essentiel de la réglementation à l'officine
Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes • 611 vues • Diffusé il y a 3 ans

3 Le RDV du pharmacien N°2 - Délivrance séjour à l'étranger
Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes • 454 vues • Diffusé il y a 3 ans

4 Le RDV du pharmacien N°3 - Convention 2022
Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes • 616 vues • Diffusé il y a 3 ans

5 Le RDV du pharmacien N°4 - Actualités réglementaires 2023
Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes • 609 vues • Diffusé il y a 2 ans

6 Le RDV du pharmacien N°5 - Les infections urinaires
Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes • 494 vues • Diffusé il y a 2 ans

A retrouver en [replay](#) sur la chaîne YouTube de l'Assurance Maladie AuRA ainsi que d'[autres webinaires thématiques](#) à destination des professionnels de santé (IPP, infections urinaires, Perfadom, infections respiratoires, etc.)

02

LA PRESCRIPTION

Pour être compréhensible par le patient, bien exécutée par le pharmacien et remboursée par l'Assurance Maladie, toute prescription doit répondre à certaines règles.

LES DIFFÉRENTS SUPPORTS DE PRESCRIPTION

L'ordonnance est l'un des documents permettant la constatation des soins et l'ouverture du droit au remboursement. Le prescripteur y fait mention, quel que soit le support (papier ou électronique) :

- des nom et prénoms du bénéficiaire ;
- de son propre identifiant et, le cas échéant, de l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance ;
- de la date à laquelle elle est établie ;
- le cas échéant, de l'indication prévue à l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale (CSS) : mention du caractère non remboursable ;
- le cas échéant, de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

L'ordonnance est signée par le prescripteur.

Article L. 161-33 - articles R. 161-40 et R. 161-45 du CSS



Pour toute ordonnance, vous devez renseigner et transmettre à l'Assurance Maladie :

- le numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé du prescripteur) ;
 - le numéro FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) géographique de l'établissement si l'ordonnance émane d'une structure de soins (article L. 162-5-18 du CSS) ;
- L'[annuaire santé](#) permet de retrouver ces identifiants s'ils ne figurent pas sur l'ordonnance**
- le numéro AM (Assurance Maladie) si l'ordonnance émane d'un prescripteur libéral.



L'ordonnance numérique (ou e-prescription)

L'accès à l'ordonnance numérique est sécurisé par l'intermédiaire de la carte professionnelle de santé (CPS).

L'ordonnance numérique permet de dématérialiser le circuit de la prescription entre les prescripteurs et les pharmaciens. A partir de son logiciel métier, le médecin adresse l'ordonnance au format numérique sur la messagerie sécurisée de son patient dans [Mon espace santé](#) et peut alimenter son dossier médical partagé (DMP).

L'ordonnance sur support papier continue d'être remise au patient et présentée au pharmacien dans l'attente du déploiement d'un dispositif tout numérique.

L'ordonnance papier générée via le dispositif d'ordonnance numérique contient toutes les données habituelles, auxquelles s'ajoutent :

- un QR code véhiculant un numéro unique de prescription mentionné sous le QR code ;
- l'indication (OUI ou NON) de l'accord du patient pour la consultation par le prescripteur des données d'exécution de l'ordonnance ;
- les mentions légales liées à la transmission de données à l'Assurance Maladie.



Mon patient ou le ou les titulaires(s) de l'autorité parentale a (ont) accepté que je puisse consulter ce qui a été délivré ou exécuté sur la présente prescription : OUI.

Les données de la prescription sont transmises électroniquement à l'assurance maladie qui traite vos données dans le cadre de ses missions. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à <https://www.ameli.fr>.

e-prescription
N°20211216TESTP0001

QR code : reconnaissable aux trois carrés situés aux trois extrémités. L'intérieur du QR code est constitué de petits carrés noirs ou blancs qui forment le motif général du QR code et qui véhicule l'information au logiciel.

L'ordonnance numérique prend en compte tous les modèles d'ordonnances (bizone, sécurisée, médicaments d'exception).

Les avantages de l'ordonnance numérique sont :

- des échanges facilités entre professionnels de santé : le médecin peut accéder aux données de délivrance de l'ordonnance dont il est à l'origine, directement à partir de son logiciel métier, si le patient ne s'y est pas opposé ;
- une authenticité de la prescription garantie (réduction significative du risque de fraude) ;
- un accès simplifié aux ordonnances pour le patient via Mon espace santé ;
- des prescriptions fiabilisées par l'utilisation systématique de logiciels d'aide à la prescription (LAP) permettant de renforcer la lutte contre la iatrogénie ;
- la traçabilité de l'intervention pharmaceutique ;
- un transfert automatique des pièces justificatives dans la base e-prescription hébergée par l'Assurance Maladie et un gain de temps associé : plus besoin de transmettre la copie des ordonnances via SCOR lors de la facturation.

Les textes prévoyaient une généralisation de l'ordonnance numérique au plus tard le 31 décembre 2024 pour l'intégralité des prescriptions exécutées en ville. Cependant le niveau de déploiement des logiciels métiers référencés Ségur attendu fin 2024 n'a pas été atteint.

L'année 2025 devrait être celle de l'équipement total de tous les médecins de ville et des officines marquant ainsi le passage incontournable à l'ordonnance numérique pour la prescription des médicaments et des dispositifs médicaux.

Les exceptions à l'obligation de dématérialisation sont mentionnées à l'article R. 4073-2 du CSP : téléservice indisponible ; connexion internet insuffisante ; identification du patient impossible avec les services numériques de santé ; prescription occasionnelle du professionnel de santé à lui-même ou son entourage.

Ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique (JO du 19/11/2020)

Décret n°2023-1222 du 20 décembre 2023 relatif à la prescription électronique (JO 21/12/2023)

CIR-15/2024 du 17/05/2024 relative à la mise en œuvre de la prescription électronique de médicaments et de dispositifs médicaux

L'ordonnance sécurisée

Elle est le support obligatoire de prescription des stupéfiants et des médicaments de la liste I soumis en totalité ou en partie aux mêmes règles.

Seule une ordonnance sécurisée peut conduire à la dispensation de ces médicaments.

Celle-ci se présente :

- soit sous **format papier filigrané** répondant à la norme de l'Association Française de Normalisation (AFNOR) NF 280 : filigrane représentant un caducée, informations pré-imprimées en bleu qui identifient le prescripteur, numéro de lot, carré en micro lettres en bas à droite, etc. Dans ce cas, conformément à l'article R.5132-5 du CSP, le prescripteur mentionne sur l'ordonnance celui des motifs indiqués à l'article R.4073-2 du CSP justifiant que la prescription soit établie sur support papier sécurisé ;
- soit sous la forme d'une **ordonnance numérique établie via le téléservice** de l'Assurance Maladie. Cette ordonnance est imprimée et remise au patient. Elle comporte un QR code sous lequel figurent la mention « e-prescription » ainsi que le numéro unique de prescription.

Pour sécuriser la dispensation, le pharmacien doit impérativement utiliser un logiciel de gestion à l'officine (LGO) qui permet de lire le QR code et d'accéder au contenu de la prescription.

La commande à usage professionnel de stupéfiants nécessite toujours le support papier sécurisé.

L'ordonnancier bizon

L'ordonnance correspondant au formulaire dit « ordonnancier bizon », défini par arrêté, permet au médecin de prescrire séparément les médicaments en rapport avec l'affection de longue durée et les autres sur le même support. L'ordonnancier bizon sécurisé mis en place en application de l'article R. 5132-5 du Code de santé publique, pour les médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, est mis à la disposition des prescripteurs par les caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

Arrêté du 23 décembre 1993 (JO du 11/01/1994)

Arrêté du 17 juillet 2012 (JO du 28/07/2012)

L'ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception

La prescription de médicaments ou de produits et prestations d'exception dans des indications prévues par la fiche d'information thérapeutique est effectuée sur un imprimé spécifique en quatre volets, appelé « ordonnance de médicaments et produits et prestations d'exception ». Celui-ci est mis à la disposition des prescripteurs par les CPAM.

Dès lors que le prescripteur utilise le processus de dématérialisation de l'ordonnance et que l'ordonnance numérique est enregistrée avec succès dans la base e-prescription hébergée par l'Assurance Maladie, il n'est pas tenu d'utiliser le support papier spécifique.

Article R. 163-2 3^{ème} alinéa du CSS

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

- ▶ [Ordonnance numérique](#), un service qui facilite les échanges et le suivi des patients
- ▶ [Circulaire 15/2024 : mise en œuvre de la prescription électronique](#)

• ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS

(vos questions / nos réponses)

- ▶ [Quand et comment s'impose l'ordonnance numérique](#)

L'ordonnance issue de la télémedecine

L'ordonnance dans le cadre de la téléprescription est une ordonnance rédigée et transmise à distance. Elle peut être scannée et envoyée par messagerie.

L'ordonnance transmise doit comporter l'ensemble des renseignements concernant le prescripteur, le patient et les produits de santé prescrits, requis par la réglementation pour ouvrir droit au remboursement.

Pour les stupéfiants et assimilés : nécessité d'avoir une ordonnance numérique sécurisée générée par la base sécurisée de l'Assurance Maladie avec QR code et numéro unique de prescription. Le format dématérialisé d'une ordonnance sécurisée n'est pas reconnu en officine (exemple : ordonnance sécurisée de tramadol scannée puis envoyée par e-mail sur la messagerie personnelle du patient).

Téléprescription de dérivés des opioïdes par le SAMU-SAS (services d'accès aux soins)

Pour les médicaments contenant du tramadol, de la codéine, de la dihydrocodéine, il est prévu une dérogation à l'obligation de prescrire sur ordonnance sécurisée, applicable aux prescripteurs du Samu-SAS à savoir :

médecins régulateurs du Samu, médecins régulateurs de médecine ambulatoire, médecins régulateurs de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), chirurgiens-dentistes régulant aux horaires du SAS et de la permanence des soins dentaires (PDSD).

Par dérogation, ils envoient la prescription :

- directement au pharmacien d'officine sur la messagerie sécurisée (MSSanté) de l'officine ;
- ou directement au patient via la messagerie sécurisée de « Mon espace santé » (MES). Celui-ci transmet son ordonnance à la pharmacie via MES.

Cette dérogation est applicable jusqu'à la mise en œuvre de la possibilité technique de prescription sécurisée dans les logiciels de régulation médicale (LRM) des Samu.

Note d'information DGOS/AS3 aux SAMU-SAS du 24/02/2025

LES PRESCRIPTEURS DE MÉDICAMENTS ET DE DISPOSITIFS MÉDICAUX

Les médecins

Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article L 162-2-1 du CSS

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées à la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients

et des conséquences des différentes investigations thérapeutiques possibles.

Article R. 4127-8 du CSP

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Article R. 4127-34 du CSP

Tout médecin est en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

Article R. 4127-70 du CSP

Les chirurgiens-dentistes

Ils peuvent prescrire tous les actes et produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire.

Ils peuvent également prescrire les substituts nicotiniques.

Articles L. 4141-2 et L. 3511-3 du CSP

Les sages-femmes

Elles peuvent prescrire

- des médicaments et des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par un décret ;
Pour les médicaments : prescription auprès des femmes, auprès des nouveau-nés et dans certains domaines, auprès des hommes partenaires, ou auprès de l'entourage de l'enfant ou de la femme enceinte.
- le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements de ces infections (figurant sur une liste fixée par décret) pour leurs patientes et leurs partenaires.

Concernant les vaccinations, les sages-femmes sont autorisées à :

- prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés au calendrier des vaccinations en vigueur à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées ;
- prescrire les vaccins contre la grippe saisonnière et contre le covid-19 à toutes les personnes ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales.

Arrêté du 08/08/2023 (JO 09/08/2023)

modifié par arrêté du 04/12/2024 (JO 05/12/2024)

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI (sages-femmes)
 - ▶ [médicaments autorisés à la prescription](#)
 - ▶ [dispositifs médicaux autorisés à la prescription](#)
 - ▶ [dépistage et traitement des IST](#)
 - ▶ [vaccination](#)



Les infirmiers en pratique avancée (IPA)

L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à l'infirmier diplômé d'Etat (IDE). C'est un infirmier expérimenté d'au moins trois années d'exercice, ayant obtenu son diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée reconnu au grade de master à l'issue d'une formation de deux ans.

Article D.4031-8 du CSP

L'IPA participe à la prise en charge globale des patients (avec leur accord) dont le suivi lui est confié par un médecin ou s'adressant directement à lui.

Article R.4301-1 du CSP

L'accès direct aux IPA sans orientation préalable par le médecin est désormais autorisée.

Décret n°2025-55 du 20 janvier 2025 (JO 21/01/2025)

Les domaines d'intervention ouverts à l'exercice d'IPA sont :

- pathologies chroniques stabilisées : accident vasculaire cérébral ; artériopathies chroniques ; cardiopathie, maladie coronaire ; diabète de type 1 et de type 2 ; insuffisance respiratoire chronique ; maladie d'Alzheimer et autres démences ; maladie de Parkinson ; épilepsie ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires ;
- oncologie et hémato-oncologie ;
- maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- psychiatrie et santé mentale ;
- urgences.

Article R. 4301-2

Dans le ou les domaine(s) d'intervention cité(s) ci-dessus inscrit(s) dans son diplôme, l'IPA peut :

- prescrire des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste mentionnée à l'article R.5121-202 du CSP publiée sur le site de l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) : il s'agit des médicaments de médication officielle autorisés en accès direct au public ;

Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 (JO 19/07/2018)

- prescrire des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté ;

Arrêté du 18 juillet 2018, modifié par arrêtés du 11 mars 2022 et du 25 avril 2025 (JO 30/04/2025)

➔ Exemples : béquilles, déambulateur, lit médicalisé, attelles et orthèses de série, débitmètre de pointe, fauteuil roulant manuel à la location pour une durée de moins de trois mois, prothèse capillaire, prothèse mammaire externe.

- renouveler ou adapter les prescriptions médicales des produits de santé.

Article R.4301-3 du CSP

Arrêtés du 18 juillet 2018, du 11 mars 2022, du 25 avril 2025 (JO 30/04/2025)

- primo-prescrire des produits de santé soumis à prescription médicale obligatoire. Un arrêté détermine les produits de santé que :
 - l'ensemble des IPA est autorisé à prescrire ;
 - seuls les IPA en fonction de leur domaine d'intervention sont autorisés à prescrire.

Arrêté du 25 avril 2025 (JO 30/04/2025)

L'ordonnance d'un IPA mentionne en en-tête sa qualité « d'infirmier en pratique avancée » ainsi que son ou ses domaines d'intervention. Le code spécialité d'un IPA est 86.

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - [exercice des IPA](#)
- OMEDIT ÎLE DE FRANCE
 - [les IPA : qui prescrit quoi ?](#)

Les infirmiers

Ils peuvent :

- prescrire, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale d'une série d'actes et sauf indication contraire du médecin, des dispositifs médicaux figurant sur une liste fixée par un arrêté ministériel ;

Arrêté du 20 mars 2012 (JO du 30/03/2012).

- prescrire des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique (chlorure de sodium à 0,9 %) à prescription médicale facultative ;
- prescrire des substituts nicotiniques ;
- renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par un arrêté ministériel, pour une durée maximale de six mois non renouvelable ;

Article L. 4311-1 du CSP

Concernant les vaccinations, les infirmiers sont autorisés à :

- prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus selon les recommandations figurant dans ce même calendrier, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées ;
- prescrire les vaccins contre la grippe saisonnière aux personnes âgées de onze ans et plus, ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales ;
- prescrire les vaccins contre le covid-19 aux personnes âgées de cinq ans et plus, ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales.

Arrêté du 08 août 2023 (JO 09/08/2023)

modifié par arrêté du 04 décembre 2024 (JO 05/12/2024)

Les infirmiers peuvent aussi :

- prescrire les forfaits de consommables et d'accessoires de perfusion à domicile suivants :
 - l'entretien intercur de perfusion à domicile par voie veineuse centrale, hors Picc Line (= **PERFADOM 21**) ;
 - l'entretien intercur d'un cathéter central inséré par voie périphérique, Picc Line (= **PERFADOM 22**) ;
 - le débranchement au domicile du patient d'un diffuseur préalablement fourni rempli, posé par l'établissement de santé et fourni par ce même établissement (= **PERFADOM 24**) ;
 - le débranchement au domicile du patient d'un système actif préalablement fourni rempli, posé par l'établissement de santé et fourni par ce même établissement (= **PERFADOM 45**) ;

La possibilité de prescription de ces forfaits PERFADOM n'est pas applicable à l'infirmier du prestataire ou ayant des liens directs ou indirects avec le prestataire.

*Arrêtés du 14 mars 2018 (JO 20/03/2018)
et du 25 novembre 2021 (JO 30/11/2021)*

Les infirmiers peuvent commander pour leur usage professionnel de l'adrénaline injectable.

Arrêté du 23 décembre 2013 (JO 27/12/2013)

Dans le cadre d'un exercice coordonné (maison de santé pluriprofessionnelle [MSP], communauté professionnelle territoriale de santé [CPTS], centre de santé [CDS], équipe de soins primaires [ESP]), des protocoles (fixés par arrêté ministériel après avis de la Haute autorité de santé) peuvent autoriser l'infirmier à **adapter la posologie de certains traitements** pour une pathologie donnée. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant.

☛ Ex : protocole national de coopération « prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino-traités par pompe à insuline externe selon un plan d'éducation personnalisé électronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin ». Ce protocole permet à l'infirmier d'adapter en cas de besoin la prescription médicale d'insuline.

Article L.4311-1 du CSP

Décret n°2021-115 du 3 février 2021 (JO 04/02/2021)

Arrêté du 24 septembre 2021 (JO 29/09/2021)

Des protocoles nationaux de coopération autorisés en MSP, CDS, CPTS permettent aux IDE travaillant en équipe dans le cadre de ces structures d'appliquer les prescriptions des médicaments prévues par chacun des protocoles :

- prise en charge des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie ;
- prise en charge de la pollakiurie et des brûlures mic-tionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans.

Arrêtés du 17 juin 2024 (JO 18/06/2024)

Les protocoles nationaux de coopération suivants sont accessibles uniquement aux MSP et CDS :

- prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans ;
- renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans.

Arrêtés du 06 mars 2020 (JO 08/03/2020 et 10/03/2020)

La parution d'un décret est attendue concernant les conditions de l'accès direct aux infirmiers pour la prise en charge des plaies, ainsi qu'un arrêté définissant la liste des prescriptions des produits de santé autorisés après avis de la HAS.

Article L.4311-1 du CSP

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

► [droit de prescription des infirmiers](#)

Les pharmaciens en officine

Ils peuvent :

- prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés dans le [calendrier des vaccinations](#) en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus selon les recommandations figurant dans ce même calendrier, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées ;
- prescrire les vaccins contre la grippe saisonnière aux personnes âgées de onze ans et plus, ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales ;
- prescrire les vaccins contre le covid-19 aux personnes âgées de cinq ans et plus, ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales ;

*Arrêté du 08 août 2023 (JO 09/08/2023)
modifié par arrêté du 04 décembre 2024 (JO 05/12/2024)*

- renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par un arrêté ministériel, pour une durée supplémentaire maximale de six mois non renouvelable ;

Décret n°2012-883 du 17 juillet 2012 (JO 19/07/2012)

- délivrer sans ordonnance (ils complètent le bon de prise en charge mis à disposition sur ameli.pro et le remettent au patient) :

- pour les personnes âgées de plus de 10 ans avec des symptômes évocateurs d'angine sans signe de gravité, les antibiotiques préconisés pour le traitement d'une angine bactérienne à streptocoque du groupe A après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) dont le résultat est positif : amoxicilline, céfuroxime pour l'adulte, cefpodoxime, clarithromycine.

- pour les femmes âgées de 16 à 65 ans avec des symptômes évocateurs de cystite aigüe simple, les antibiotiques préconisés pour le traitement d'une cystite aiguë non compliquée après réalisation d'un test urinaire d'orientation diagnostique dont le résultat est positif (nitriturie positive ou leucocyturie positive) : fosfomycine trométamol, pivmécilline.

Arrêté du 17 juin 2024 (JO 18/06/2024) modifié par l'arrêté du 11 décembre 2024 (JO 17/12/2024)

Les masseurs-kinésithérapeutes

Ils peuvent prescrire des dispositifs médicaux figurant sur une liste fixée par arrêté ministériel, dans le cadre de l'exercice de leur compétence.

Ils peuvent également prescrire les substituts nicotiques.

Article L. 4321-1 du CSP, arrêté du 9 janvier 2006 (JO du 13/01/2006) et arrêté du 29 juin 2006 (JO du 14/07/2006)

Les pédicures-podologues

Ils peuvent prescrire :

- des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté ministériel à l'exclusion des spécialités renfermant des substances vénéneuses ;
- des pansements figurant sur une liste fixée par un arrêté ministériel ;
- des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties, orthèses plantaires et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied,
- des chaussures thérapeutiques de série.

*Article R. 4322-1 du CSP,
arrêté du 30 juillet 2008 (JO du 02/08/2008)*

Les ergothérapeutes

Ils peuvent prescrire, dans le cadre de la réalisation d'actes professionnels d'ergothérapie prescrits par un médecin et sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux et aides techniques dont la liste est fixée par un arrêté ministériel.

Cette possibilité de prescription n'est pas applicable aux ergothérapeutes salariés d'un prestataire de services et distributeurs de matériels ou d'un fabricant de dispositif médical.

*Article L.4331-1 du CSP
Décret n° 2022-737 du 28 avril 2022 (JO 29/04/2022)
Arrêté du 12 juin 2023 (JO 16/06/2023)*

Les orthophonistes

Sauf indication contraire du médecin, ils peuvent prescrire ou renouveler la prescription médicale de certains dispositifs médicaux dont la liste est limitée et fixée par un arrêté ministériel.

*Article L.4341-1 du CSP
Arrêté du 30 mars 2017 (JO 04/04/2017)*

Les orthoptistes

Ils peuvent prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie dont la liste est fixée par un arrêté ministériel.

Ils peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.

*Article L.4342-1 du CSP
Arrêté du 31 mars 2017 (JO 04/04/2017)*

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

- ▶ [droit de prescription des masseurs-kinés](#)
- ▶ [droit de prescription des pédicures-podologues](#)
- ▶ [droit de prescription des ergothérapeutes](#)
- ▶ [droit de prescription des orthophonistes](#)
- ▶ [droit de prescription des orthoptistes](#)

LA RÉDACTION DE L'ORDONNANCE

Les médicaments

La prescription d'une spécialité pharmaceutique mentionne ses principes actifs, désignés par leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée. En l'absence de telles dénominations, elle mentionne leur dénomination commune usuelle. Elle peut également mentionner le nom de fantaisie de la spécialité.

Par dérogation, la prescription d'un médicament de thérapie innovante (médicament immunologique, biologique ou dérivé du sang) comporte, aux côtés de la dénomination commune le nom de marque ou de fantaisie.

Article L.5121-1-2 du CSP

Une prescription libellée en dénomination commune (DC) doit comporter au moins :

- le principe actif du médicament désigné par la DC ;
- le dosage en principe actif ;
- la voie d'administration et la forme pharmaceutique.

Article R. 5125-55 du CSP

L'ordonnance comportant une prescription de médicaments indique, pour permettre la prise en charge de ces médicaments par un organisme d'Assurance Maladie, pour chacun des médicaments prescrits :

- la posologie ;
- soit la durée du traitement, soit, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament en nom de fantaisie ou en dénomination commune assortie d'une marque ou d'un nom de fabricant, le nombre d'unités de conditionnement.

Articles R. 5123-1 du CSP et R.162-20-4 du CSS

L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à

un mois indique, pour en permettre la prise en charge par un organisme d'Assurance Maladie, le nombre de renouvellements ou la durée totale de traitement dans la limite de 12 mois.

Article R. 5123-2 du CSP et R.162-20-5 du CSS

Les produits et prestations de la LPP (liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie)

La durée de prescription est limitée à 12 mois. Au-delà, une nouvelle prescription est nécessaire.

Article R.165-36 du CSS

L'ordonnance n'est pas renouvelable sauf si le prescripteur le mentionne en indiquant :

- soit le nombre de renouvellement par période d'un mois ;
- soit la durée totale du traitement dans la limite de 12 mois.

Article R.165-37 du CSS

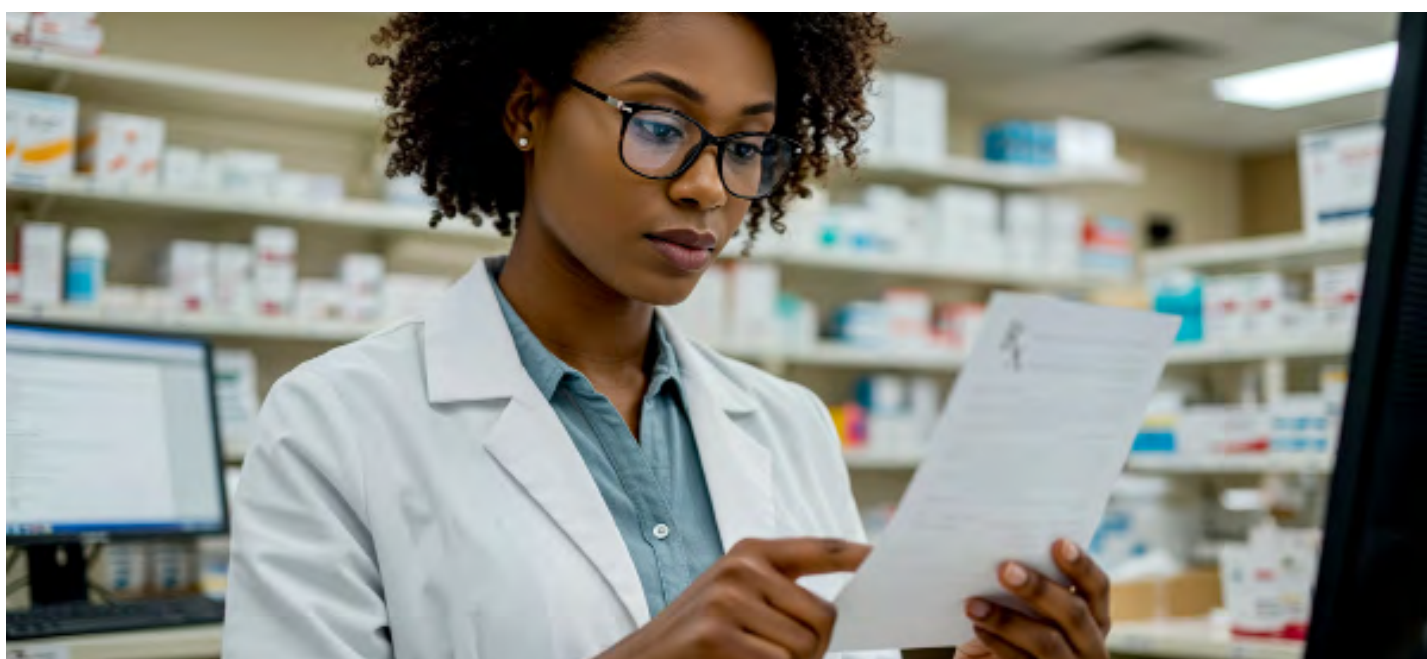
Pour permettre sa prise en charge, faciliter sa bonne exécution, éviter le gaspillage, l'ordonnance doit comporter :

- la désignation du produit ou de la prestation permettant son rattachement précis à la LPP ;
- la quantité de produits ou le nombre de conditionnements nécessaires compte tenu de la durée de prescription ;
- les conditions particulières d'utilisation lorsqu'elles existent ;
- le cas échéant, l'âge et le poids du patient.

L'ordonnance doit être conforme aux conditions particulières de prescription que peut fixer la LPP et qui subordonnent la prise en charge du dispositif.

Article R.165-38 du CSS

CIR-21/2012 du 5 octobre 2012 relative aux modalités de prescription et de délivrance des produits et prestations de la LPP



03

LA DISPENSATION

L'acte de dispensation est réglementé par le code de la santé publique et l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation.

La dispensation est l'acte pharmaceutique qui associe à la délivrance des médicaments l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale, la formulation de conseils pour un bon usage des médicaments et la préparation éventuelle des doses à administrer.

Une dispensation de qualité constitue un enjeu de santé publique important, car elle contribue à favoriser l'observance et l'efficacité optimale des traitements, à prévenir le risque iatrogénique et à mettre à disposition du patient les informations nécessaires à une bonne compréhension de son traitement.

RESPECT DE LA PRESCRIPTION PAR LE PHARMACIEN

Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord express et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient ou dans le cadre de la substitution (médicaments génériques ou hybrides) ou dans le cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur.

Article L. 5125-23 du code de la santé publique (CSP)

QUELQUES ARTICLES DU CODE DE DÉONTOLOGIE

Dans l'intérêt du public, le pharmacien doit veiller à ne pas compromettre le bon fonctionnement des institutions et régimes de protection sociale. Il se conforme, dans l'exercice de son activité professionnelle, aux règles qui régissent ces institutions et régimes.

Article R. 4235-9 du CSP

Le pharmacien doit veiller à ne jamais favoriser, ni par ses conseils ni par ses actes, des pratiques contraires à la préservation de la santé publique.

Il doit contribuer à la lutte contre le charlatanisme, notamment en s'abstenant de fabriquer, distribuer ou vendre tous objets ou produits ayant ce caractère.

Article R. 4235-10 du CSP

Tout acte professionnel doit être accompli avec soin et attention selon les règles de bonnes pratiques correspondant à l'activité considérée.

Article R. 4235-12 du CSP

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

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

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

Article R. 4235-48 du CSP

Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance.

Article R. 4235-61 du CSP

Le pharmacien ne doit pas, par quelque procédé ou moyen que ce soit, inciter ses patients à une consommation abusive de médicaments.

Article R. 4235-64 du CSP

RÈGLES DE DÉLIVRANCE

Pour permettre la prise en charge de ces médicaments par un organisme d'Assurance Maladie, l'ordonnance doit comporter pour chacun des médicaments prescrits :

- 1/ la posologie ;
- 2/ soit la durée du traitement, soit, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament en nom de fantaisie ou en dénomination commune assortie d'une marque ou d'un nom de fabricant, le nombre d'unités de conditionnement.

Toutefois, si l'une ou l'autre des mentions prévues aux 1/ et 2/ ou les deux font défaut, le médicament peut être pris en charge si le pharmacien dispense le nombre d'unités de conditionnement correspondant aux besoins du patient après avoir recueilli l'accord du prescripteur qu'il mentionne expressément sur l'ordonnance.

Lorsque le médicament n'est pas inscrit sur une liste de substances vénéneuses (listes I et II), il peut être pris en charge sans l'accord du prescripteur si le pharmacien délivre :

- soit le nombre d'unités de conditionnement qui figure sur l'ordonnance sous réserve de délivrer le conditionnement commercialisé comportant le plus petit nombre d'unités de prise ;
- soit, si le nombre d'unités de conditionnement ne figure pas sur l'ordonnance, le conditionnement comportant le plus petit nombre d'unités de prise, parmi les conditionnements commercialisés.

Article R. 5123- 1 du CSP

L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois indique, pour permettre la prise en charge de ce médicament, soit le nombre de renouvellements de l'exécution de la prescription par périodes maximales d'un mois ou

MES BONNES PRATIQUES :



Le pharmacien doit veiller à la justesse des quantités délivrées :

- il vérifie l'historique et le dossier pharmaceutique ;
- il redouble de vigilance si le patient ne présente pas sa carte Vitale ;
- il n'oublie pas d'apposer son tampon et les quantités dispensées sur l'ordonnance ;
- dans le doute, il interroge le prescripteur et trace son appel ;
- en cas de refus de délivrance il le mentionne sur l'ordonnance et informe le prescripteur.

de trois mois pour les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois, soit la durée totale de traitement, dans la limite de douze mois. Pour les médicaments contraceptifs, le renouvellement de l'exécution de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois, quel que soit leur conditionnement.

Pour en permettre la prise en charge, le pharmacien ne peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à trente jours selon le conditionnement. Toutefois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée dans la limite de trois mois. En outre, quel que soit leur conditionnement, les médicaments contraceptifs peuvent être délivrés pour une durée de douze semaines.

Article R.5123-2 du CSP



Délivrance exceptionnelle

Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement si les conditions sont remplies :

- 1° l'ordonnance comporte la prescription du médicament permettant, en application des dispositions de l'article R. 5123-2, une durée totale de traitement d'au moins trois mois ;
- 2° ce médicament ne relève pas d'une des catégories mentionnées dans l'arrêté ministériel prévu à l'article L. 5125-23-1 ;
- 3° la première délivrance intervient dans le mois suivant l'expiration de l'ordonnance.

Le pharmacien délivre le conditionnement le plus économique compatible avec la dispensation exceptionnelle pour une durée d'un mois compte tenu de la prescription initiale figurant sur l'ordonnance.

Conformément à l'article R.5123-2-1, cette dispensation supplémentaire exceptionnelle peut être exécutée pour une durée de trois mois maximum, par délivrances successives d'un mois.

Le pharmacien précise, au moyen des téléservices mentionnés à l'article L. 4071-3, le ou les médicaments dispensés ainsi que, pour chacun d'eux, le nombre de boîtes délivrées suivi de la mention " dispensation supplémentaire exceptionnelle ".

En l'absence de prescription électronique, ces informations, ainsi que la date de dispensation et le timbre de l'officine, sont apposés sur l'ordonnance.

Il informe de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1470-5 ou, à défaut, par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations.

Article R5123-2-1 modifié par Décret n° 2024-1070 du 26 novembre 2024

Loi n°2023-379 du 19 mai 2023, article 15 (JO 20/05/2023)

Article L. 5125-23-1 et article R. 5123-2-1 du CSP

A noter :

Sont exclues de ce dispositif les catégories de médicaments figurant dans l'arrêté ministériel du 5 février 2008 :

- les médicaments stupéfiants ou auxquels la réglementation des stupéfiants est appliquée en tout ou en partie ;
- les médicaments, substances psychotropes ou susceptibles d'être utilisées pour leur effet psychoactif, dont la durée de prescription est limitée en application des dispositions du second alinéa de l'article R. 5132-21 du CSP (hypnotiques, anxiolytiques).

Conditionnement le plus économique

Sous réserve de l'application des dispositions précédentes (article R. 5123-2-1), le pharmacien délivre le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

Article R. 5123-3 du CSP

Grands conditionnements

Lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris au moyen du renouvellement multiple d'un traitement mensuel, et qu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament concerné ou pour sa forme générique, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement.

Article L. 5125-23 du CSP

Contraception

Afin de permettre la poursuite d'un traitement contraceptif lorsque la totalité des contraceptifs prescrits a été délivrée, le pharmacien peut dispenser, pour une durée qui ne peut excéder six mois, les contraceptifs oraux mentionnés sur l'ordonnance, si :

- le contraceptif visé ne figure pas sur la liste mentionnée au 2^{ème} aliéna de l'article L. 5125-23-1 ;
- l'ordonnance date de moins d'un an.

La durée de dispensation supplémentaire réalisée par le pharmacien, soit sur renouvellement de la prescription par l'infirmier en vertu de l'article L. 4311-1, soit sur son initiative dans le cadre du présent article, soit cumulativement par l'un et l'autre, ne peut excéder au total six mois.

Article R. 5134-4-1 du CSP, créé par décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012, article 1

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

► [Règles de délivrance exceptionnelle des traitements chroniques et de la contraception orale](#)

RÈGLES DE BONNES PRATIQUES DE DISPENSATION DES MÉDICAMENTS

Initialement entrées en vigueur en février 2017, les bonnes pratiques de dispensation des médicaments ont fait l'objet d'un arrêté actualisé datant du 26 février 2021 (JO du 27/02/2021) qui intègre l'authentification des médicaments à usage humain (sérialisation).

L'article L. 162-16-3-2 du CSS prévoit un dispositif de pénalité financière mis en œuvre par les caisses d'Assurance Maladie en cas de non-respect par les pharmaciens de leur obligation de sérialisation des médicaments.

Ces bonnes pratiques rappellent les modalités réglementaires encadrant la dispensation des médicaments à prescription médicale obligatoire ou facultative, de l'analyse pharmaceutique à la délivrance. Elles s'inscrivent dans le cadre de la mise en place de procédures assurant la qualité et la sécurité de dispensation du médicament.

Quelques extraits de l'arrêt

« En présence d'une ordonnance, le pharmacien doit vérifier :
[...]

Le recueil de l'accord de soins et la réalisation des examens préalables et/ou périodiques auxquels la délivrance de certains médicaments est, le cas échéant, subordonnée.

[...]

La rédaction d'une intervention pharmaceutique est conseillée lorsque le pharmacien identifie un problème mettant en jeu l'efficacité ou la sécurité du traitement. Elle permet la formalisation écrite de l'analyse pharmaceutique et sa transmission éventuelle au prescripteur.

[...]

Le pharmacien peut recueillir dans le dossier médical personnel (DMP) mais également auprès du patient et/ou du prescripteur les résultats des analyses biologiques, les états physiopathologiques, les antécédents pathologiques, le diagnostic établi par le médecin chaque fois qu'il le juge nécessaire et notamment dans l'objectif de détecter d'éventuelles contre-indications aux médicaments prescrits.

[...]

Un paragraphe formalise également les obligations du pharmacien en matière de lutte contre la falsification des médicaments. Ce dispositif, entré en vigueur le 9 février 2019, comprend :

- un dispositif anti-effraction pour tous les médicaments ;
- un identifiant unique (sérialisation) pour l'ensemble des médicaments à prescription obligatoire, ainsi que quelques médicaments à prescription facultative présentant des risques de falsification.

Les pharmaciens vérifient les dispositifs de sécurité et désactivent l'identifiant unique. »

Article R5121-138-2 CSS modifié par Décret n°2019-592 du 14 juin 2019 - art. 1

AUTRES DISPENSATIONS

Renouvellement ou ajustement du traitement dans le cadre du pharmacien correspondant

(conditionné à un exercice coordonné et formulaire de déclaration de pharmacien correspondant)

Pour les seules ordonnances du médecin traitant du patient, le pharmacien correspondant peut, lorsque la prescription médicale comporte une mention l'y autorisant :

- renouveler des traitements chroniques pour tout ou partie des médicaments prescrits au-delà de la durée indiquée sur l'ordonnance, dans la limite de validité d'une ordonnance (12 mois) ou de celle prévue par la réglementation pour certains médicaments ;
- si besoin, ajuster des posologies.

Il est tenu de mentionner sur l'ordonnance le détail des actions réalisées dans le cadre de sa mission de pharmacien correspondant et d'informer le médecin de ses interventions selon des modalités définies dans le projet de santé de la structure coordonnée à laquelle ils participent.

Articles L. 5125-1-1 A alinéa 7 et R. 5125-33-5 du CSP

Dispensation protocolisée

(conditionnée à un exercice coordonné en MSP et CDS)

Le pharmacien peut, dans le cadre de protocoles, délivrer pour certaines pathologies et dans le respect des recommandations de la HAS, des médicaments de prescription médicale obligatoire dont la liste est fixée par arrêté et après avis de la HAS :

- rhino-conjonctivite allergique saisonnière des patients de 15 à 50 ans ;
- l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans.

Décret n°2021-23 du 12 janvier 2021 (JO 14/01/2021).

Dispensation à l'unité

Il est désormais possible de dispenser à l'unité les spécialités de la classe pharmaco-thérapeutique des antibactériens à usage systémique. Seules celles conditionnées sous blister ou en sachet-dose peuvent faire l'objet d'une telle disposition.

La rémunération de la dispensation à l'unité est étendue à celle des médicaments stupéfiants.

*Articles R. 5132-42-1 à 7 du CSP
Arrêté du 1^{er} mars 2022 (JO du 09/03/2022)*

Mesure de lutte contre les tensions d'approvisionnement (Loi de financement de la Sécurité sociale 2024) : en cas de rupture, la dispensation à l'unité peut être rendue obligatoire pour certains médicaments.

Dispensation conditionnelle

La dispensation conditionnelle est désormais possible : un prescripteur qui jugerait nécessaire de recourir à une telle ordonnance indique sur celle-ci les examens de



Si vous constatez un effet indésirable que vous suspectez être lié à la prise d'un médicament, vous devez le déclarer auprès de votre centre régional de pharmacovigilance ([liste consultable sur le site de l'ANSM](#)).

départements 03, 15, 43 et 63 :

pharmacovigilance@chu-clermontferrand.fr

départements 01, 07, 26, 69, 73 et 74 :

centre.pharmacovigilance@chu-lyon.fr

département 38 : pharmacovigilance@chu-grenoble.fr

département 42 : pharmacovigilance@chu-st-etienne.fr



biologie médicale ou les test rapides d'orientation du diagnostic (Trod) à réaliser. Il mentionne les résultats à obtenir pour permettre la délivrance du médicament par le pharmacien. Le cas échéant, un délai de validité de l'ordonnance est indiqué. Les médicaments sont alors pris en charge dans les conditions habituelles.

*Articles R. 5132-5-1 et R. 5132-6-3 du CSP
Article R. 161-48-2 du CSS*

Dispensation de médicaments onéreux

Les médicaments onéreux sont l'objet de trafics de plus en plus nombreux. C'est pourquoi, dans le cadre de la dispensation de médicaments onéreux, une mesure renforçant les missions de vérification du pharmacien est mise en place.

Lorsqu'un patient présente une ordonnance pour la délivrance d'un médicament d'un prix unitaire public TTC de plus de 300 €, le pharmacien s'assure de l'authenticité de l'ordonnance.

Les conclusions de la vérification doivent systématiquement être inscrites sur l'ordonnance avant de la scanner et de la transmettre à l'Assurance Maladie :

- « **délivrance sécurisée** » si la prescription est authentifiée,
- « **délivrance temporaire** » en l'absence d'information permettant de confirmer l'authenticité de l'ordonnance. Le pharmacien délivre le conditionnement minimal associé au traitement et poursuit ses vérifications : il peut notamment prendre contact avec le professionnel de santé libéral prescripteur, s'il n'a pas encore eu lieu, dans le laps de temps entre cette délivrance et son renouvellement éventuel ;
- « **refus de délivrance** » si la prescription est frauduleuse. Le pharmacien transmet une copie dématérialisée aux services de lutte contre la fraude de sa caisse de rattachement.

L'authentification d'une prescription peut être réalisée à l'aide du dispositif ASAFO via ameli (cf chapitre 7. Les traitements susceptibles de mésusage, usage détourné ou abusif).

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

- ▶ [Fraude aux médicaments onéreux : contrôle renforcé](#)
- ▶ [Vérifier une ordonnance de médicaments onéreux](#)

Dispensation de prescriptions issues de la télémedecine

Dès lors que l'ordonnance mentionne les exigences légales et réglementaires requises, le pharmacien peut procéder à la facturation des produits qu'il a délivrés.

Les prescriptions issues de téléconsultation sont remboursables indépendamment du caractère remboursable de la téléconsultation elle-même (circonstances, respect du parcours de soins et légalité de la consultation).

Concernant les prescriptions établies par une plateforme légalement installée dans un état membre de l'Union européenne et après vérification des critères d'authenticité, la prise en charge est possible.

*Avenant 6 convention du 25 août 2016
Article R. 4127-8 du CSP*



DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP) ET DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP)

Depuis 2022, l'espace numérique en santé est ouvert automatiquement pour chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie, sauf opposition de ce dernier ou de son représentant légal. Tout DMP déjà ouvert à la date d'ouverture de l'espace numérique de santé est automatiquement intégré à cet espace.

Le décret n°2023-251 du 03 avril 2023 permet l'ouverture du DP sans opposition explicite de l'assuré.

La durée d'affichage de l'historique a été étendue de 4 mois à 12 mois.

La pharmacie dispensatrice sera renseignée dans l'historique médicamenteux, permettant ainsi de renforcer la coordination des professionnels de santé et le lien entre la ville et l'hôpital.

Articles L.1111-14 et L.1111-23 du CSP

Une fois inscrites dans le DP, les informations concernant les médicaments dispensés sont accessibles par les pharmaciens d'officine, les pharmaciens de pharmacie à usage intérieur et les médecins des établissements de santé, des hôpitaux des armées ou de l'Institution nationale des invalides. Elles incluent le nom, la quantité et la date de dispensation des médicaments, qu'ils aient été prescrits ou non, ainsi que les informations sur la pharmacie qui a dispensé les médicaments.

Articles L.1111-14 et L.1111-23 du CSP

L'APPLI CARTE VITALE

La carte Vitale devient accessible depuis le smartphone des assurés grâce à l'appli carte Vitale.

L'appli carte Vitale présente des avantages concrets pour les professionnels de santé. Elle a pour objectif de faciliter et sécuriser les relations entre professionnels de santé et assurés.

L'appli carte Vitale est un véritable outil numérique, qui permet d'accéder aux services et fonctionnalités de l'Assurance Maladie, tels que la facturation Sesam Vitale, l'accès aux téléservices intégrés de l'Assurance Maladie obligatoire et, pour les pharmaciens, au dossier pharmaceutique.

En plus des données d'identification de l'assuré et de ses bénéficiaires déjà présentes dans la carte Vitale, l'appli carte Vitale permet d'intégrer de nouvelles données : l'identité nationale de santé (INS) et, en 2025, les données des organismes complémentaires. Les professionnels de santé pourront donc, via l'application, réaliser le tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire.

À terme, il sera également possible d'utiliser l'appli carte Vitale comme moyen d'identification pour se connecter à d'autres services santé comme Mon espace santé (MES).

DISPENSATION D'UNE ORDONNANCE NUMERIQUE (OU E-PRESCRIPTION)

L'ordonnance numérique s'intègre au quotidien sans modification des règles de délivrance en vigueur :

- intégration dans le logiciel de gestion d'officine ;
- prise en compte de tous les types d'ordonnance (classique, bizonne, sécurisée, etc.) ;
- possibilité d'ajustement de l'ordonnance numérique (en adaptant par exemple la posologie avec l'accord du prescripteur, ou lors du remplacement d'un produit par un autre) ;
- prise en compte des ajouts manuscrits du prescripteur ;
- maintien de l'impression du ticket Vitale sur l'exemplaire papier ;
- possibilité de reconstituer la pièce justificative au besoin.

Pour exécuter l'ordonnance numérique, le pharmacien scanne le QR code ou saisit l'identifiant de la prescription (numéro de e-prescription), dans son logiciel.

Les données de délivrance sont également enregistrées dans la base de données et peuvent, avec l'accord du patient, être consultées par le médecin prescripteur.

Si le prescripteur a ajouté des éléments de manière manuscrite sur l'ordonnance, le pharmacien doit vérifier par tout moyen que le prescripteur est bien à l'origine de cette mention, puis l'ajouter sur son logiciel avec le motif « ajout manuscrit ».

Le pharmacien a la possibilité de modifier une e-prescription dans le cadre de l'intervention pharmaceutique. Trois situations sont identifiées :

- modification d'une ligne de prescription (exemple : modification de la posologie) ;
- ajout d'une ligne de prescription (exemple : en cas d'ajout manuscrit du prescripteur) ;
- suppression d'une ligne de prescription.

Lorsque le pharmacien modifie la e-prescription il doit indiquer un motif. La modification de la e-prescription par le pharmacien est soumise par principe à l'accord du prescripteur, sauf dans certaines situations prévues par la réglementation qui renvoient à la notion d'adaptation de la prescription (« dispensation adaptée » sans accord du prescripteur).

A noter : la substitution d'un princeps par un générique ne constitue pas une modification. Aucun motif, aucun accord du prescripteur n'est requis.

L'ordonnance numérique ne remet pas en cause la possibilité d'exécuter partiellement la prescription. Dans ce cas, l'ordonnance numérique sera présentée ultérieurement pour obtenir le complément de prescription.

En cas de renouvellement, l'exécutant exécute l'ordonnance numérique initiale selon les mêmes modalités que celles mises en œuvre lors de la première exécution, dans la limite du renouvellement prévue par le prescripteur.

DISPENSATION EN FRANCE ET PRISE EN CHARGE DE MÉDICAMENTS SUR LA BASE D'UNE ORDONNANCE ÉMANANT DE L'ÉTRANGER

La dispensation d'une ordonnance établie dans un pays étranger suit les modalités fixées par les bonnes pratiques de dispensation des médicaments à l'officine.

Prescription émanant de l'Union européenne (UE) / Espace économique européen (EEE)

Le pharmacien peut dispenser un médicament s'il est prescrit sur une ordonnance émanant d'un professionnel de santé, légalement autorisé ou habilité à prescrire dans l'état membre de l'UE dans lequel la prescription a été établie.

Il peut en revanche refuser de la délivrer s'il a des doutes légitimes et justifiés quant à l'authenticité, au contenu ou à l'intelligibilité de la prescription, ou quant à la qualité du prescripteur. Il peut également refuser la délivrance lorsque la santé du patient lui paraît l'exiger.

Lorsque la santé du patient lui paraît l'exiger, et si la prescription n'est pas valide, il est possible de dispenser la quantité minimale pour assurer la continuité du traitement, dans l'attente d'une prescription valide.

Les prescriptions établies dans un état membre de l'UE/EEE sont reconnues en France pour la prise en charge par l'Assurance Maladie si le patient a des droits ouverts.

Union Européenne UE – Espace Economique Européen EEE

**UE-EEE = Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.*

Prescription hors UE/EEE

Le pharmacien peut dispenser un médicament prescrit par un professionnel de santé, légalement autorisé ou habilité à prescrire des médicaments dans un pays tiers à l'UE, si l'ordonnance lui paraît authentique et intelligible.

Sauf accords bilatéraux, les prescriptions établies dans un état hors UE/EEE ne sont pas reconnues en France pour la prise en charge par l'Assurance Maladie.

*Décret n°2013-1216 du 23 décembre 2013 relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre état membre de l'Union européenne (JO du 27/12/2013)
Articles R. 5132-3 et R. 5132-3-1 du CSP
Articles R. 5132-6 et R. 5132-6-2 du CSP*

PROCEDURE REGIONALE AUVERGNE-RHONE-ALPES de délivrance des médicaments en cas de séjour à l'étranger pour une durée supérieure à un mois

La nouvelle procédure régionale est entrée en vigueur à partir du 5 mai 2025. Elle concerne la délivrance de médicaments en cas de séjour à l'étranger supérieur à un mois, mais d'une durée de six mois maximum pour les séjours UE et hors UE (fin de la distinction).

Cette nouvelle modalité concerne les bénéficiaires du régime général.

Délivrance

Le pharmacien délivre, et facture avec obligatoirement la carte Vitale ou l'application carte Vitale, en une seule fois, conformément à la prescription, à la réglementation. Il transmet à la caisse dont dépend l'assuré via Scor sa facture et les pièces justificatives (ordonnance, attestation sur l'honneur complétée par l'assuré, ticket vitale, accord du service médical dans les cas prévus), comme pour toute autre délivrance.

Les demandes sont à réaliser en amont, au moins 15 jours avant la date de départ de l'assuré :

- soit par téléphone au 3608 ;
- soit par mail via amelipro.



EN PRATIQUE :

1. Dans amelipro, mettre le motif « à l'attention du service médical, demande de médicament pour départ à l'étranger »
2. Fournir numéro de sécurité sociale, date de naissance et CPAM dont dépend l'assuré et une adresse mail valide de la pharmacie.
3. A réception du mail depuis une messagerie « ne-pas-répondre@assurance-maladie.fr », le pharmacien clique sur le lien BlueFiles (échange sécurisé de messages et documents pour professionnels) pour y déposer l'ordonnance et l'attestation.
4. L'accord ou le refus parviendra au pharmacien par la même messagerie. La caisse n'adressera une notification à l'assuré qu'en cas de refus de prise en charge.
5. Au moment de la facturation, scanner l'ordonnance, l'attestation sur l'honneur remplie par l'assuré et le mail mentionnant l'avis favorable du service médical.



Prescription de Prégabaline dans le cadre d'un départ à l'étranger :

Délivrance maximale de trois mois de traitement.

Facturation à l'Assurance Maladie dans le respect des dispositions réglementaires (patient connu et régulier / validité de l'ordonnance / posologie respectant l'autorisation de mise sur le marché (AMM), soit 600 mg maximum par jour / obligation de la carte Vitale ou appli carte Vitale)

DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS EN CAS DE SÉJOUR À L'ÉTRANGER SUPÉRIEUR À UN MOIS POUR UNE DURÉE MAXIMUM DE 6 MOIS



PROCÉDURE RÉGIONALE

 MÉDECIN :	 ASSURÉ :	 PHARMACIEN (officine ou PUI) :
Indique sur la prescription médicale la mention : « Accord pour délivrance du traitement en une seule fois pour départ à l'étranger pour une durée de ... ». (sans excéder 6 mois)	Complète dans sa totalité et signe une attestation sur l'honneur (modèle joint en annexe et disponible sur votre ameli local). Présente son attestation sur l'honneur, sa prescription médicale et sa carte vitale au pharmacien de son choix, au plus tard dans les 15 jours qui précèdent son départ .	Délivre et facture, en une seule fois , conformément à la prescription, à la réglementation et aux consignes ci-dessous. Transmet à la caisse via SCOR sa facture et les pièces justificatives (ordonnance, attestation sur l'honneur complétée par l'assuré, ticket vitale, l'accord du service médical dans les cas prévus), comme pour toute autre délivrance.

RAPPEL : le bénéfice des droits aux prestations en nature de l'Assurance Maladie est conditionné au séjour sur le sol français de plus de 6 mois, sauf cas particulier (exemples : personnels diplomatiques et consulaires, travailleurs détachés...).

MÉDICAMENTS À DURÉE LIMITÉE

- Les médicaments dont la **durée maximale** de prescription est **fixée par le CSP** tels que les anxiolytiques (12 semaines), les hypnotiques (4 semaines), les stupéfiants (14 ou 28 jours) ou autres seront délivrés dans le respect de cette limite.
- Les médicaments nécessitant une surveillance particulière (hors médicaments d'exception) pendant le traitement et dont la **prescription est subordonnée à la réalisation d'exams périodiques** seront délivrés pour la période courant jusqu'à cet examen.
- L'isotrétinoïne, l'acitrétine et l'alitrétinoïne (**limitation à 4 semaines pour les femmes en âge de procréer**).

RAPPEL :

Privilégier la prescription/délivrance de **grands conditionnements, de médicaments génériques et biosimilaires**.

Cas nécessitant une demande d'accord préalable au service médical

- Les médicaments d'exception.
- Les boîtes de médicaments supérieures à 300 € avec mention délivrance sécurisée sur l'ordonnance.

Demande à réaliser en amont, en appelant le 3608 ou via ameli.pro.

Cas particulier de la prégabaline

- Délivrance maximale en une fois limitée à 3 mois.

Sont exclus du dispositif et ne pourront pas faire l'objet d'une délivrance dérogatoire

- Les médicaments à visée préventive ou destinés à la constitution de trousse d'urgence.
- Les bénéficiaires de l'AME.

24/04/2025

 **Le médecin/pharmacien est responsable de la conformité de la prescription/délivrance au regard de cette procédure.**

Cette dérogation donnera lieu à un suivi et des contrôles réguliers par l'Assurance Maladie

RAPPEL :



Le bénéfice des droits aux prestations en nature de l'Assurance Maladie est conditionné au séjour sur le sol français de plus de six mois (au minimum six mois + un jour) sauf cas particulier (exemples : personnels diplomatiques et consulaires, travailleurs détachés...).

Consulter et alimenter le dossier médical partagé (DMP).

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

- [Dispensation d'un traitement > un mois](#)
- Attestation sur l'honneur, rubrique locale assurés «près de chez vous»

04

LA PRISE EN CHARGE

Pour permettre le remboursement par l'Assurance Maladie, certaines conditions doivent être respectées. L'Assurance Maladie ne prend en charge que les soins prescrits et conformément aux référentiels disponibles pour une meilleure efficience.

OBLIGATION D'UNE PRESCRIPTION

La constatation des soins et l'ouverture du droit au remboursement des prestations en nature par l'Assurance Maladie sont notamment subordonnées à la production de l'ordonnance du prescripteur.

Articles L.161-33 et R.161-40 du CSS

RESPECT DES INDICATIONS REMBOURSABLES

Les médicaments sont remboursés ou pris en charge par les organismes de sécurité sociale, sur prescription médicale, s'ils sont inscrits sur la liste des médicaments remboursables établie par arrêté conjoint du ministère chargé de la Santé et du ministère chargé de la Sécurité sociale.

L'arrêté mentionne, le cas échéant, les seules indications thérapeutiques remboursables (ITR) ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Article R.165-1 du CSS

EN PRATIQUE :

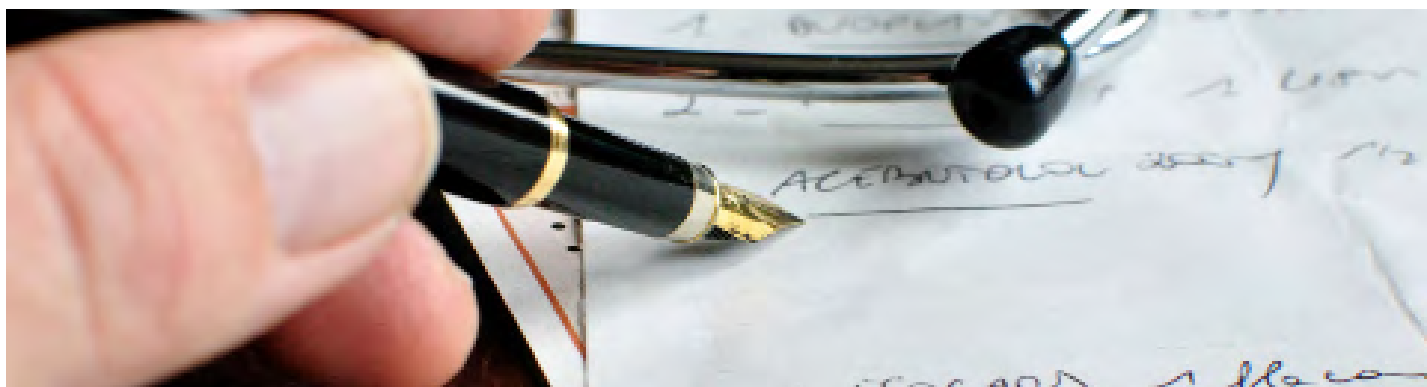


A chaque délivrance, je vérifie trois points essentiels :

1. Je saisis les bonnes informations de l'ordonnance :
 - la bonne date de prescription ;
 - le bon patient ;
 - le bon prescripteur avec le bon numéro AM ou RPPS, ainsi que le numéro FINESS géographique de l'établissement le cas échéant.
2. Je vérifie la présence du scan de l'ordonnance ainsi que sa qualité (lisibilité). Dans le cas d'une e-prescription, je vérifie que l'ordonnance est bien présente en format numérique.
3. Je vérifie le caractère remboursable des médicaments prescrits :
 - je vérifie si le prescripteur n'a pas apposé la mention « non remboursable (NR) » ou « hors AMM » ;
 - je vérifie que les conditions de prise en charge sont respectées (âge, sexe, mode d'administration...).

Dispenser le médicament ne veut pas dire qu'il est remboursé par l'Assurance Maladie.

Au même titre que le tiers payant, générer une feuille de soin papier vous engage dans la prise en charge.



05

LES MÉDICAMENTS INSCRITS SUR LES LISTES I ET II DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

Les médicaments inscrits sur les listes I et II sont soumis à prescription médicale obligatoire. Ils obéissent à des règles de prescription et de délivrance spécifiques qui s'ajoutent à celles des dispositions générales.

LA PRESCRIPTION

Mentions réglementaires

La prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine et relevant des listes I ou II et des stupéfiants est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance et indique lisiblement :

- les nom et prénoms, la qualité et, le cas échéant, le titre ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse professionnelle précisant la mention « France », ses coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif international « +33 » et son adresse électronique, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;
- la dénomination du médicament ou du produit prescrit ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;
- la durée de traitement ou le nombre d'unités de conditionnement si prescription en nom de fantaisie et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;
- pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit ;
- les mentions prévues à l'article R. 5121-95 et au 8^{ème} alinéa de l'article R. 5121-77 lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation les prévoit* ;

- le cas échéant, la mention prévue à l'article R. 5125-54 du CSP**, modifié par le décret n°2020-1090 du 25 août 2020 ;
- les nom et prénoms, le sexe et la date de naissance du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids.

Le prescripteur appose sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rend inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié.

Articles R. 5132-3 et -4 du CSP

Prescriptions en vue d'une utilisation dans un autre Etat membre de l'Union européenne

Les prescriptions établies à la demande d'un patient en vue de les utiliser dans un autre Etat membre de l'Union européenne comportent les mentions prévues aux 1°, 3° et 7° de l'article R. 5132-3 et indiquent en outre :

- 1) la dénomination commune du médicament prescrit, conformément aux dispositions de l'article R. 5125-55, ainsi que la posologie du médicament prescrit ;
- 2) le nom de marque et, le cas échéant, le nom de fantaisie de la spécialité prescrite dans l'un des cas suivants :
 - cette spécialité est l'un des médicaments mentionnés aux 6°, 14° et 15° de l'article L. 5121-1, à l'article L. 5121-3, ainsi qu'au point a) et au 1° de l'article 2 du 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 ;
 - le prescripteur s'oppose, pour des raisons médicales, à la substitution de cette spécialité par une spécialité du même groupe générique en application des articles L. 5125-23 et L. 162-16 du CSS.

Dans ce dernier cas, il l'indique sur l'ordonnance conformément aux dispositions de l'article R. 5125-54 et de l'arrêté ministériel du 12 novembre 2019 (JO du 19/11/2019).

Article R 5132-3-1 du CSP

Durée réglementaire de traitement

Une prescription de médicaments relevant des listes I et II ne peut être faite pour une durée de traitement supérieure à 12 mois. Toutefois, pour des motifs de santé publique, pour certains médicaments, cette durée peut être réduite par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Par exemple, cette durée est réduite à :

- 4 semaines pour les hypnotiques ;
- 4 semaines pour le clorazépate dipotassique 20 mg*** ;
- 1 mois pour les médicaments à base d'isotrétinoïne (CONTRACNÉ® et génériques), d'alitrétinoïne (TOCTINO®, ALIZEM®), d'acitrétine (SORIATANE®) administrés par voie orale chez la femme en âge de procréer ;
- 1 mois pour le vismodegiv (ERIVEDGE®) chez la femme en âge de procréer ;
- 12 semaines pour les anxiolytiques (hors TRANXÈNE® 20 mg gélules) ;
- 12 semaines pour le clonazépam*** ;
- 12 semaines pour le tramadol ;
- 12 semaines pour la codéine et la dihydrocodéine (à partir du 01/03/2025) ;
- 24 semaines pour la prégabaline.

Article R. 5132-21 du CSP

* Mentions obligatoires pour les médicaments à surveillance particulière pendant le traitement.

** Mention « non substituable » justifiée (CIF, EFG, MTE)

*** Médicaments liste I soumis à la réglementation des stupéfiants.

LA DISPENSATION

Première délivrance

La première délivrance ne peut intervenir qu'au vu d'une ordonnance datant de moins de trois mois.

Dès lors que la première dispensation survient dans les trois mois, le ou les renouvellements éventuels peuvent être exécutés ensuite dans leur intégralité.

Dans tous les cas, le ou les renouvellements ne peuvent être exécutés que dans la limite du délai de traitement mentionnée à l'article R. 5132-21 (durée de prescription réglementairement limitée : hypnotiques, anxiolytiques, codéine / dihydrocodéine, prégabaline, tramadol, ...).

Article R. 5132-22 du CSP

Mentions par le pharmacien

Après exécution, sont précisés, au moyen des téléservices mis à leur disposition par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), et utilisables, le cas échéant, avec un logiciel d'aide à la dispensation (LAP) :

- le ou les numéros de transcription ou d'enregistrement prévus à l'article R. 5132-10 (ordonnancier) ;
- la date d'exécution et les quantités délivrées ;
- le cas échéant, les mentions prévues au premier alinéa de l'article R. 5125-53 (si substitution : nom du médicament délivré ; forme, si différente de celle du médicament prescrit, nombre d'unités de prise correspondant à la posologie du traitement prescrit si ce nombre diffère de celui du médicament prescrit).

En l'absence de prescription électronique, ces informations sont mentionnées sur l'ordonnance en y apposant le timbre de l'officine.

Article R. 5132-13 du CSP

Renouvellement

Le renouvellement de la délivrance ne peut avoir lieu qu'après un délai déterminé résultant de la posologie et des quantités précédemment délivrées.

Article R. 5132-14 du CSP

Délivrance en une fois

La délivrance en une fois ne peut excéder une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou 30 jours, selon le conditionnement. Toutefois, si la prescription le permet, les médicaments présentés en conditionnement trimestriel peuvent être délivrés pour trois mois et les médicaments contraceptifs pour 12 semaines.

Article R. 5132-12 du CSP



06

LES STUPÉFIANTS ET SPÉCIALITÉS LISTE I SOUMISES À LA RÉGLEMENTATION DES STUPÉFIANTS

Renfermant des substances pouvant faire l'objet de pharmacodépendance ou d'abus, ces médicaments sont soumis à un régime réglementaire plus strict, notamment en termes de détention, de comptabilité, de prescription et de dispensation.

LA PRESCRIPTION

Il est interdit de prescrire et de délivrer des substances classées comme stupéfiants lorsqu'elles ne sont pas contenues dans une spécialité pharmaceutique ou une préparation.

Ordonnance sécurisée

Toute prescription de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants doit être rédigée sur ordonnance sécurisée.

Depuis le 22 décembre 2023, deux types de supports sont possibles :

- Une ordonnance dématérialisée établie au moyen des téléservices de l'Assurance Maladie via les logiciels d'aide à la prescription (LAP) référencés "Séguir". Cette ordonnance numérique, imprimée et remise au patient, comporte un QR code véhiculant un numéro unique de prescription et les mentions légales relatives au traitement des données à caractère personnel. Si le pharmacien est équipé d'un logiciel d'aide à la dispensation (LAD) référencé «Séguir», il peut lire l'ordonnance directement à partir du QR code (ou en saisissant les coordonnées détaillées du patient et du prescripteur). Les informations de prescription, alimentées par le prescripteur dans la base de données, sont directement consultables dans le LAD de l'officine (si le QR code ne peut pas être lu par le LAD, la délivrance n'est pas possible).
- Lorsque la prescription ne peut s'effectuer de manière dématérialisée, le praticien rédige une ordonnance sécurisée papier (modèle fixé par arrêté du 31 mars 1999) en mentionnant l'un des motifs mentionnés à l'article R. 4073-2 justifiant que la prescription soit établie sur ce support (exemples : indisponibilité des téléservices, connexion internet insuffisante liée à la situation du lieu habituel

d'exercice ou à l'accomplissement d'actes en dehors de ce dernier ; prescription occasionnelle pour soi-même ou pour son entourage...).

Mentions obligatoires

Outre les mentions prévues pour les médicaments inscrits sur les listes I et II, l'auteur de l'ordonnance doit indiquer en toutes lettres :

- le nombre d'unités thérapeutiques par prise ;
- le nombre de prises ;
- le dosage s'il s'agit de spécialités, les doses ou les concentrations de substances et le nombre d'unités ou le volume s'il s'agit de préparations.

Articles R. 5132-5 et R. 5132-29 du CSP

Durée maximale de prescription

La durée maximale de prescription est limitée à 28 jours. Cette durée peut être réduite pour certains médicaments désignés, après avis du directeur de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), par arrêté du ministre chargé de la Santé. La délivrance fractionnée de certains médicaments peut également être décidée, après avis du directeur de l'ANSM, par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Cet arrêté mentionne la durée de traitement maximum correspondant à chaque fraction. Le prescripteur mentionne sur l'ordonnance la durée de traitement correspondant à chaque fraction. Toutefois, le prescripteur peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, exclure la délivrance fractionnée en portant sur l'ordonnance la mention «délivrance en une seule fois».

Article R. 5132-30 du CSP

LA DISPENSATION

Délai de carence

Cas général

L'ordonnance comportant une prescription de médicaments classés comme stupéfiants ou assimilés stupéfiants ne peut être exécutée dans sa totalité ou pour la totalité de la fraction de traitement que si elle est présentée au pharmacien dans les **trois jours** suivant sa date d'établissement ou suivant la fin de la fraction précédente. Si elle est présentée au-delà de ce délai, elle ne peut être exécutée que pour la durée de la prescription ou de la fraction de traitement restant à courir. La spécialité sera dans ce cas déconditionnée.

Une nouvelle ordonnance ne peut être ni établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement par une mention expresse portée sur l'ordonnance.

Ce délai de présentation de l'ordonnance dans les trois jours ne s'applique pas aux médicaments de la liste I soumis à la réglementation des stupéfiants à base de buprénorphine (SUBUTEX® et génériques, SUBOXONE® et génériques, TEMGESIC®, OROBUPRE®), de clonazépam (RIVOTRIL®), de clorazépate dipotassique (TRANXENE® 20 mg), de codéine/dihydrocodéine, de midazolam (BUCCOLAM®), de prégabaline (LYRICA® et génériques), de tianeptine (STABLON®), de tramadol et de zolpidem (STILNOX® et génériques) administrés par voie orale et à base de midazolam (MIDAZOLAM® accord) administrés par voie injectable. Ces spécialités ne doivent donc pas être déconditionnées.

Depuis le 1^{er} mars 2025, les médicaments à base de tramadol, codéine et dihydrocodéine sont soumis, en partie, à la réglementation des stupéfiants :

- prescription sur une ordonnance sécurisée, en toutes lettres ;
- durée de prescription limitée à 12 semaines (déjà en vigueur pour le tramadol depuis 2020).

Article R. 5132-33 du CSP

Délai de carence en cas d'intervention programmée

Depuis le 3 juillet 2022, lorsque la prescription est effectuée en vue d'une intervention programmée nécessitant la prise de substances classées comme stupéfiants, le médecin indique la date de l'intervention ainsi que la date prévisionnelle de sortie de l'établissement de santé.

Aux fins d'informer le patient, il indique la période durant laquelle le pharmacien est autorisé à délivrer ces médicaments.

Article R.5132-29 du CSP

Le pharmacien ne peut exécuter l'ordonnance dans sa totalité ou pour la totalité de la première fraction de traitement que si elle lui est présentée entre le troisième jour précédant l'intervention et les trois jours suivant la date prévisionnelle de sortie de l'établissement de santé.

Les autres dispositions s'appliquant à la dispensation des stupéfiants demeurent inchangées, notamment :

- en cas de délivrance fractionnée, l'ordonnance ne peut être exécutée pour la totalité de la fraction que si elle est présentée dans les trois jours suivant la fin de la fraction précédente ;
- si l'ordonnance est présentée au-delà des délais mentionnés, elle ne peut être exécutée que pour la durée de la prescription ou de la fraction de traitement restant à courir.

Article R.5132-33 du CSP

Mentions par le pharmacien

Après exécution, sont apposées sur l'ordonnance les mentions suivantes :

- le timbre d'officine ;
- le ou les numéros d'enregistrement (sur un système approprié ne permettant aucune modification des données après validation) ;
- la date d'exécution et les quantités délivrées ;
- le cas échéant, les mentions obligatoires en cas de substitution par le pharmacien.

Article R. 5132-13 du CSP

Durée de conservation des pièces

Une copie de toute ordonnance comportant la prescription d'un ou plusieurs médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, revêtue des mentions prévues à l'article R. 5132-13 du CSP, est conservée pendant trois ans par le pharmacien sans exigence de classement. Pour les spécialités pharmaceutiques, les quantités délivrées sont formulées en unités de prise.

Ces copies sont présentées à toute réquisition des autorités de contrôle. Le pharmacien enregistre le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade. De plus, si le porteur de l'ordonnance est inconnu du pharmacien, celui-ci demande une justification d'identité dont il reporte les références sur le registre prévu à l'article R. 5132-9.

La conservation pendant trois ans de la copie de l'ordonnance après exécution et apposition des mentions obligatoires ne s'applique pas pour la codéine, la dihydrocodéine, la prégabaline (LYRICA® et génériques), le tramadol et le zolpidem (STILNOX® et génériques).

Article R. 5132-35 du CSP

EN SAVOIR PLUS :



- MEDDISPAR (site du CNOP)
 - ▶ [réglementation des médicaments stupéfiants et assimilés](#)
 - ▶ [tableaux récapitulatifs des conditions de délivrance des stupéfiants et des assimilés stupéfiants au 14/11/2025](#)

CANNABIS THÉRAPEUTIQUE (FIN DE L'EXPÉRIMENTATION ET PERIODE DE TRANSITION)

Débutée fin mars 2021 et initialement prévue pour une durée de deux ans, l'expérimentation sur la délivrance de cannabis thérapeutique à usage médical par les pharmaciens a finalement pris fin le 31 décembre 2024.

Pour assurer la continuité de la prise en charge des patients traités au cours de l'expérimentation et toujours sous traitement, une période de transition a été initiée du 1^{er} janvier 2025 au 31 mars 2026.

Cependant, depuis le 27 mars 2024, aucun nouveau patient ne peut entrer dans l'expérimentation.

Seuls les patients inclus dans l'expérimentation avant cette date peuvent continuer à bénéficier de prescriptions et délivrances de médicaments à base de cannabis.

Cette expérimentation est réalisée dans un cadre contrôlé et limité auprès de patients suivis dans cinq indications thérapeutiques :

- douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies accessibles (médicamenteuses ou non) ;
- certaines formes d'épilepsie sévères et pharmacorésistantes ;
- certains symptômes rebelles en oncologie liés au cancer ou à ses traitements ;
- situations palliatives ;
- spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou des autres pathologies du système nerveux central.

En cas d'accord, une ordonnance est établie pour 28 jours maximum par les professionnels de santé des structures sélectionnées pour cette expérimentation.

Par la suite, l'ordonnance peut être réalisée par le médecin choisi, sous réserve de son accord et de sa formation au préalable.

Cette ordonnance peut être délivrée :

- Soit dans la pharmacie de la structure de référence où l'inclusion a eu lieu,
- Soit dans la pharmacie de ville choisie par le patient, sous réserve de son accord et de la formation au préalable de plusieurs de ses pharmaciens.

La première délivrance peut tout à fait être réalisée par la pharmacie de ville désignée par le patient.

Le renouvellement de l'ordonnance doit se faire au maximum tous les 28 jours.

Décret n°2020-1230 du 07/10/2020 (JO du 09/10/2020) relatif à l'expérimentation de l'usage médical du cannabis

Arrêté du 16/10/2020 (JO du 18/10/2020)

Arrêté du 29/12/2020 (JO du 30/12/2020)

Arrêté du 25/03/2023 (JO du 26/03/2023) modifiant l'arrêté du 16/10/2020 (JO du 18/10/2020)

Arrêté du 25/03/2024 (JO du 27/03/2024) modifiant l'arrêté du 16/10/2020 (JO du 18/10/2020)

Arrêté du 27 mars 2024 (JO du 28 mars 2024) / arrêté du 4 avril 2024 (JO du 5 avril 2024) modifiant l'arrêté du 27 mars 2024

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

▶ [Expérimentation cannabis médical](#)

• SERVICE PUBLIC

▶ [Fin expérimentation et période transition](#)



Substances Voie d'administration	Spécialités	Durée maximale de prescription	Posologie et dosage en toutes lettres	Fraction- nement obligatoire sauf mention « délivrance en 1 seule fois »	Interdiction de chevau- chement sauf mention contraire du prescripteur	Autres conditions
LISTE 1 ASSIMILÉS STUPÉFIANTS						
Buprénorphine (Voie orale)	TEMGESIC® 0.2mg comprimé (cp) sublingual	12 mois	x	Non	Non	
Buprénorphine (Voie orale)	SUBUTEX® et générique (Gé) cp sublingual OROBUPRE® lyophilisat	28 jours	x	7 jours	x	Mention sur l'ordonnance du nom du pharmacien choisi par le patient.
Buprénorphine, Naloxone (Voie orale)	SUBOXONE® et Gé cp sublingual	28 jours	x	7 jours	x	Mention sur l'ordonnance du nom du pharmacien choisi par le patient.
Clonazepam (Voie orale)	RIVOTRIL® cp et sol. buv.	12 semaines	x	Non	x	Prescription initiale annuelle réser- vée aux spécialistes en neurologie ou aux pédiatres. Renouvellement chaque année par le spécialiste. Renouvellement intermédiaire possible par tout médecin.
Clorazépate dipotas- sique (Voie orale)	TRANXENE® 20 mg et Gé gélule	28 jours	x	Non	x	
Codéine seule ou en association (Toutes formes galé- niques)	ANTARENE codéine® CLARADOL codéine® CODOLIPRANE® DAFALGAN codéine® et Gé EUPHON® KLIPAL® LINDILANE® NEO-CODION® PADERYL® POLERY® PULMOSENUM® TUSSIPAX® PRONTALGINE® et Gé (NR)	12 semaines	x	Non	Non	
Dihydrocodéine (Voie orale)	DICODIN® LP cp	12 semaines	x	Non	Non	
Midazolam (Voie per os)	BUCCOLAM® solution buccale	12 mois	x	Non	x	Prescription initiale annuelle réser- vée aux spécialistes en neurologie ou aux pédiatres. Renouvellement chaque année par le spécialiste. Renouvellement intermédiaire possible par tout médecin.
Midazolam (Voie injectable ou rectale)	MIDAZOLAM® Accord MIDAZOLAM® Aguettant MIDAZOLAM® Viatris	28 jours	x	7 jours	Non	
Prégabaline (Voie orale)	LYRICA® et Gé gélule	6 mois	Non	Non	Non	
Tianeptine (Voie orale)	STABLON® et Gé cp	28 jours	x	Non	x	
Tramadol seul ou en association (Toutes formes galé- niques)	BIODALGIC® CONTRAMAL® et Gé IXPRIM® et Gé MONOCRIXO® OROZAMUDOL® TAKADOL® TOPALGIC® et Gé ZALDIAR® ZAMUDOL® ZUMALGIC® SKUDEXUM® (NR)	12 semaines	x	Non	Non	
Zolpidem (Voie orale)	STILNOX® et Gé cp	28 jours	x	Non	x	

Substances Voie d'administration	Spécialités	Durée maximale de prescription	Posologie et dosage en toutes lettres	Fraction- nement obligatoire sauf mention « délivrance en 1 seule fois »	Interdiction de chevau- chement sauf mention contraire du prescripteur	Autres conditions
STUPÉFIANTS						
Fentanyl (Voie transdermique)	DUROGESIC® et Gé MATRIFEN® patch	28 jours	x	14 jours	x	
Fentanyl (Voie transmuqueuse)	ABSTRAL® et Gé cp sublingual ACTIQ® cp avec applicateur buccal BREAKIL® film orodispersible EFFENTORA® et Gé cp gingival INSTANYL® solution pulv. nasale PECFENT® solution pulv. nasale RECIVIT® cp sublingual	28 jours	x	7 jours	x	
Hydromorphone (Voie orale)	SOPHIDONE® LP gélule	28 jours	x	Non	x	
Méthadone (Voie orale)	METHADONE® et Gé sirop unidose	14 jours	x	7 jours	x	Prescription initiale réservée: - aux médecins exerçant dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ; - aux médecins hospitaliers à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consulta- tion ou en milieu pénitentiaire. Mention sur l'ordonnance du nom du pharmacien choisi par le patient.
Méthadone (Voie orale)	METHADONE® et Gé gélule	28 jours	x	7 jours	x	Prescription initiale réservée: - aux médecins exerçant dans les CSAPA ; - aux médecins exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes. Mention sur l'ordonnance du nom du pharmacien choisi par le patient.
Méthylphénidate (Voie orale)	CONCERTA® LP cp MEDIKINET® gélule LM QUASYM® LP gélule LM RITALINE® cp RITALINE® LP gélule LP	28 jours	x	Non	x	Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes et services de neuro- logie, pédiatrie ou psychiatrie. Renouvellement non restreint. Mention sur l'ordonnance du nom du pharmacien choisi par le patient.
Morphine (Voie orale)	ACTISKENAN® gélule et orodis- persible MOSCONTIN® LP cp LP ORAMORPH® sol buvable SEVREDOL® cp SKENAN® LP gélule LP	28 jours	x	Non	x	
Morphine (Voie injectable)	MORPHINE (chlorhydrate) Aguettant® MORPHINE (chlorhydrate) Cooper® MORPHINE (chlorhydrate) Lavoisier® MORPHINE (chlorhydrate) Renaudin® MORPHINE (sulfate) Lavoisier®	7 jours 28 jours en cas d'administration à l'aide d'un sys- tème actif pour perfusion	x	Non	x	
Oxycodone (Voie orale)	OXSYNIA® LP cp LP OXYCONTIN® LP cp LP OXYNORM® gélule OXYNORMORO® cp orodispersible	28 jours	x	Non	x	

LISTES NON EXHAUSTIVES

07

LES TRAITEMENTS SUSCEPTIBLES DE MÉSUSAGE, USAGE DÉTOURNÉ OU ABUSIF

La prise en charge par l'Assurance Maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, dont la liste est fixée par arrêté ministériel, est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par ce pharmacien (article L.162-4-2 du code de la sécurité sociale).

La liste des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, et dont les conditions de prise en charge sont strictement encadrées, a été publiée par arrêté du 1^{er} avril 2008 (JO du 8 avril 2008).

Il s'agit des spécialités qui contiennent les substances suivantes :

- buprénorphine haut dosage (BHD) par voie orale à des doses unitaires supérieures à 0,2 mg par prise ;
- méthadone chlorhydrate ;
- méthylphénidate.

Le remboursement de ces médicaments nécessite l'inscription sur l'ordonnance, par le prescripteur, du nom du pharmacien désigné par le patient.

Pour la méthadone gélule, la prise en charge est également subordonnée à la conclusion d'un protocole de soins entre l'Assurance Maladie, le médecin et le patient, pour toute instauration de traitement. Toutefois, aucun refus de règlement ne vous sera opposé sur ce seul dernier motif, dans la mesure où le patient n'a pas l'obligation de vous présenter son protocole de soins.

Pour les autres spécialités (méthadone sirop, BHD, méthylphénidate), le remboursement pourra être conditionné à l'établissement d'un protocole de soins, dès lors que le service médical aura constaté un mésusage, un usage détourné ou abusif.

D'autres médicaments peuvent faire l'objet d'un mésusage.



Si vous constatez un abus ou un mésusage de toute substance psychoactive, vous devez le signaler au Centre d'évaluation et d'information de la pharmacodépendance (CEIP) :

départements 03, 15, 43 et 63 : addictovigilance@chu-clermontferrand.fr

• déclaration en ligne : <https://pharmacologie-clermont.fr/declaration-de-pharmacovigilance-addictovigilance-ordonnance-falsifiee/>

départements 42 et 69 : ceip.addictovigilance@chu-lyon.fr

départements 01, 07, 26, 38, 73 et 74 : addictovigilance@chu-grenoble.fr



CAS PARTICULIERS DE LA PRÉGABALINE, DE LA CODEINE/DIHYDROCODEINE ET DU TRAMADOL

Suite à une augmentation du mésusage, des cas d'addiction et d'abus, et des risques associés, les conditions de prescription/délivrance ont évolué :

- pour la prégabaline : depuis le 24 mai 2021, durée de prescription limitée à six mois, nécessité d'une ordonnance sécurisée.
- pour la codéine/dihydrocodéine et le tramadol : depuis le 1^{er} mars 2025, nécessité d'une ordonnance sécurisée rédigée en toutes lettres, durée de prescription limitée à trois mois (déjà le cas pour le tramadol depuis 2020).

La prescription ne nécessite pas le nom du pharmacien sur l'ordonnance.

<http://www.meddispar.fr>

<https://ansm.sante.fr>



Présentation d'une fausse ordonnance

En cas de détection d'une fausse ordonnance, il convient :

- de ne pas délivrer le ou les produits prescrits ;
- de conserver une copie de l'ordonnance et des justificatifs de droits et d'en adresser un exemplaire à votre caisse primaire ;
- d'alerter votre caisse primaire ainsi que le prescripteur ;
- de mettre à jour la carte Vitale présentée pour son invalidation ;
- de consulter ASAFO-PHARMA et de signaler les fausses ordonnances à votre CPAM via cet outil national ;
- de prévenir le commissariat le plus proche.

Art R. 4235-61 du CSP

Attention :

De nouveaux trafics apparus ces dernières années portent à la fois sur des médicaments onéreux (anticancéreux, antirétroviraux, hormones de croissance...) mais aussi sur les médicaments à moindre coût qui font l'objet d'un détournement de leur usage comme par exemple des antidiabétiques utilisés à des fins amaigrissantes, des antidépresseurs, des hypnotiques, des traitements des troubles de la fertilité, des antiépileptiques (prégabaline), des produits dopants, des spécialités contenant de la codéine et du tramadol, etc.

Ces médicaments peuvent faire l'objet de mésusage, de détournement ou de trafic mais il peut en exister d'autres.

- Si vous constatez un abus ou un mésusage de toute substance psychoactive, vous devez le signaler au CEIP.
- Si vous constatez un nomadisme pharmaceutique ou un mésusage médicamenteux pour un assuré, contactez le service médical de votre département.

EN SAVOIR PLUS :



• MEDDISPAR (site du CNOP)

- ▶ [Toute la législation des médicaments à dispensation particulière](#)

• ARS AURA

- ▶ Pour déclarer le vol (ou la perte) de documents de prescriptions, de médicaments relevant de la classe des stupéfiants :

[point focal régional \(PFR\) de l'ARS AuRA](#)

Joignable 7j/7 et 24h/24

par mail : ars69-alerte@ars.sante.fr

par téléphone : 0 800 32 42 62

par fax : 04 72 34 41 27

• AMELI

- ▶ En cas de présentation d'une fausse ordonnance, [signalez-le sur ASAFO-PHARMA](#)



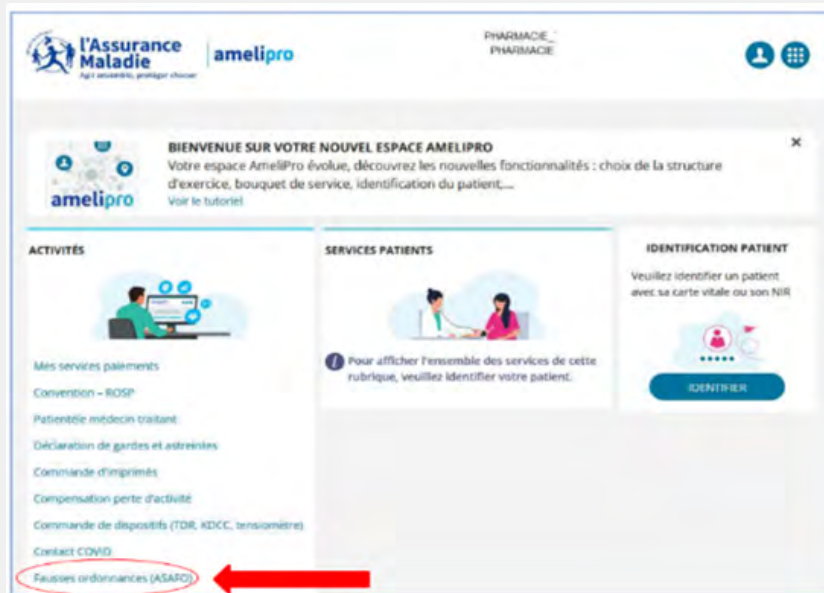
ASAFO-PHARMA

(Alerte sécurisée automatisée aux fausses ordonnances)

Depuis le mois d'août 2024, le téléservice ASAFO-PHARMA est disponible via amelipro pour lutter contre les fausses ordonnances.

En cas de suspicion d'une fausse prescription, le pharmacien peut vérifier si l'ordonnance a déjà été identifiée comme frauduleuse ou, si ce n'est pas le cas, la signaler lui-même à sa CPAM.

Pour ce faire, il se connecte à amelipro avec sa carte de professionnel de santé (CPS), e-CPS ou carte de personnel d'établissement (CPE) puis il clique dans le bloc « Activités » sur « Fausses ordonnances (ASAFO) ».



Le pharmacien peut alors réaliser plusieurs actions via le menu déroulant :

- consulter la liste des signalements avérés dans toute la France ;
- consulter le statut des signalements réalisés ;
- déclarer un signalement.

Pour chaque ordonnance, il est possible de consulter les informations relatives au prescripteur mentionné, au bénéficiaire des soins, aux médicaments concernés et la copie numérique de la fausse ordonnance.

Les recherches peuvent s'effectuer avec un ou plusieurs critères :

- soit le numéro ou le nom du professionnel de santé et la classe de médicaments ou le nom commercial du médicament par exemple ;
- soit directement avec le numéro d'inscription au répertoire (NIR) de l'assuré après avoir inséré la carte Vitale du patient ou en renseignant le NIR de l'assuré dans la rubrique « Identification du patient ».

Ce nouveau service ne remplace pas l'échange avec le prescripteur en cas de doute sur une ordonnance.

Si le prescripteur confirme que l'ordonnance est fausse, le pharmacien réalise le signalement via amelipro en ajoutant simplement la mention « Fausse ordonnance authentifiée par le prescripteur » sur l'ordonnance.

Si le pharmacien n'a pas pu joindre le prescripteur, il peut réaliser le signalement via amelipro sans mention particulière.

L'indicateur relatif à la consultation de l'outil ASAFO-PHARMA est rémunérée 100 € par an au sein de la Rosp.

Pour atteindre cet indicateur, le pharmacien doit se connecter à l'outil ASAFO-PHARMA, au minimum, une fois par semaine pendant 46 semaines au cours de l'année civile (environ 90 % de connexions hebdomadaires sur l'année civile).

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - ▶ [Des nouveautés dans le téléservice ASAFO-PHARMA](#)
- ASAFO
 - ▶ [Mode d'emploi](#) (PDF)

CONTRÔLE DES MÉDICAMENTS

Les médicaments onéreux font l'objet de trafics de plus en plus nombreux qui ont plusieurs conséquences :

- **des risques médicaux** encourus par les patients en cas de médication sans prescription ;
- **des pénuries** potentielles sur certains médicaments ;
- **un préjudice financier** sur les dépenses de l'Assurance Maladie.

Dans le cadre conventionnel, afin de sécuriser leur délivrance et améliorer la lutte contre la fraude, le pharmacien est tenu de vérifier systématiquement l'authenticité des ordonnances comportant un médicament d'un prix unitaire public TTC de plus de 300 € (hors médicaments d'exception, hors prescription par ordonnance numérique dont le pharmacien peut lire le QR code)

- S'il connaît le patient et/ou le prescripteur, l'authentification est immédiate et il n'a pas de vérification particulière à effectuer. Il mentionne alors sur l'ordonnance « délivrance sécurisée »
- S'il s'agit d'une e-prescription sécurisée par un QR code, l'authenticité est assurée et le pharmacien n'est pas tenu de procéder à ces vérifications.
- A défaut, le pharmacien vérifie l'ordonnance en consultant :
 - **la grille de vérification** (cf page 35) ;
 - la base des fausses ordonnances sur ASAFO-PHARMA.
- Si le pharmacien n'a pas pu conclure à une fausse ordonnance lors des premières vérifications, il doit vérifier :
 - **le dossier pharmaceutique (DP)** ou le dispositif « Mon espace santé » : vérification de la compatibilité de la prescription avec le parcours de soins du patient, consultation des informations à sa disposition (historique de remboursement, comptes rendus d'hospitalisation ou lettres de sortie si le patient a activé son dossier « Mon espace santé » et autorisé sa consultation par les professionnels de santé) ;
 - **les droits de l'assuré** (téléservice ADRI - Acquisition des DRoits Intégrés).

- S'il n'a toujours pas pu conclure à l'authenticité de l'ordonnance, il doit contacter le prescripteur exerçant en ville (appel ou courriel) afin de procéder à la vérification.

A noter : si l'ordonnance émane d'un prescripteur hospitalier, cette dernière étape n'est pas requise.

Sous réserve d'avoir préalablement effectué les vérifications mentionnées ci-dessus, la prescription peut être considérée comme validée. En cas de doute persistant, l'appel au prescripteur hospitalier peut être fait en dernier recours.

Les conclusions de la vérification doivent systématiquement être inscrites sur l'ordonnance avant de la scanner et de la transmettre à l'Assurance Maladie :

- « **délivrance sécurisée** » si la prescription est authentifiée ;
- « **délivrance temporaire** » en l'absence d'information permettant de confirmer l'authenticité de l'ordonnance. Le pharmacien délivre le conditionnement minimal associé au traitement et poursuit ses vérifications : il peut notamment prendre contact avec le professionnel de santé libéral prescripteur ;
- « **refus de délivrance** » si la prescription est frauduleuse.

Dans le cas d'une ordonnance frauduleuse, le pharmacien transmet une copie à la CPAM de rattachement de l'assuré (via ASAFO-PHARMA) afin que le signalement soit pris en charge par les services de lutte contre la fraude.

Le non-respect de l'obligation d'indiquer sur l'ordonnance les mentions requises peut donner lieu à des sanctions conventionnelles.

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI

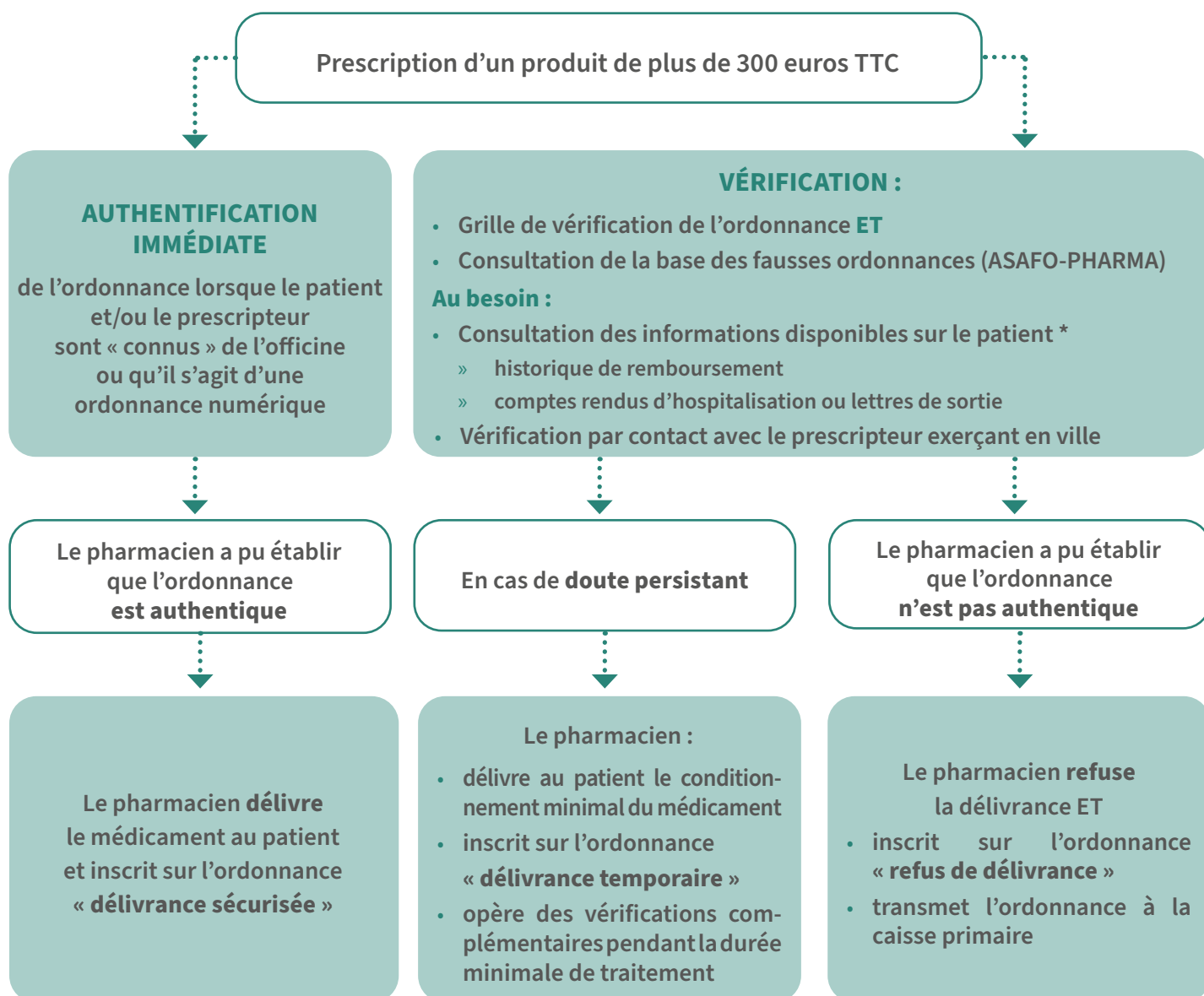
▶ [Fraude sur les médicaments onéreux](#)

- ANSM

▶ [Prévention de la soumission chimique : nouvelles mesures afin de réduire le risque de détournement d'usage des médicaments](#)



Procédure simplifiée de vérification des ordonnances prescrivant des produits de plus de 300 €



* si accord préalable donné par le patient pour accéder au DMP/EMS



Comment vérifier une ordonnance de médicaments onéreux en pratique ?

Les fausses ordonnances de médicaments onéreux se présentent généralement sous la forme d'ordonnances hospitalières. Dans les cas de trafics, ce sont souvent des patients non connus de l'officine qui se présentent : il convient donc d'être particulièrement vigilant dans ces situations.

Ces ordonnances sont généralement présentées par des assurés recrutés sur les réseaux sociaux, jeunes et sans affection de longue durée (ALD). Il peut s'agir, par exemple, d'une ordonnance pour un traitement du cancer du côlon métastatique présentée par un assuré de 20 ans sans ALD.

- Le téléservice ADRI – Acquisition des DRoits intégrée – permet de vérifier la situation médico-administrative d'un bénéficiaire, notamment le bénéfice ou non d'une ALD. Compte tenu du délai potentiel d'instruction de la demande de prise en charge en ALD, l'absence d'une ALD ne doit pas conduire, à elle seule, à considérer que l'ordonnance est frauduleuse mais elle nécessite d'être particulièrement vigilant sur les autres éléments de l'ordonnance à vérifier.

POINTS D'ATTENTION À VÉRIFIER

- identité du prescripteur, en particulier sa spécialité et son lieu d'exercice ;
- prescripteur non complètement identifié : absence de spécialité, de numéro de professionnel de santé :
Exemples :
 - le prescripteur indiqué sur l'ordonnance n'est pas de la spécialité autorisée pour le médicament prescrit ;
 - le médecin indiqué sur l'ordonnance exerce dans une autre région que celle de l'établissement hospitalier figurant sur l'ordonnance (utilisation de tampons faux ou volés).
- ➔ [L'annuaire ameli](#) ou l'[Annuaire Santé](#) du site [esante.gouv.fr](#) permettent de vérifier la spécialité et le lieu d'exercice.
- incohérence entre le numéro FINESS d'établissement sur le tampon et le département de l'établissement de santé mentionné sur l'ordonnance ;
- fautes d'orthographe, par exemple sur le libellé du service hospitalier, sur le tampon.

EN CAS DE DOUTE : consulter ASAFO-PHARMA puis, en dernier recours, contacter le prescripteur hospitalier.

Exemple de fausse ordonnance

The image shows a fake medical prescription form. Key elements include:

- Top section:** "Hôpital" stamp, "Date : 30/07/2022", "Nom et Prénom du patient : Monsieur [redacted]", "Âge : 30 ans".
- Service:** "SERVICE D'ONCOLOGIE-HÉMATOLOGIES".
- Prescription:** "LONSURF 20MG/8.19MG", "40mg/jour pendant 1 mois", "2 comprimés avant le repas du midi", "2 comprimés avant le repas du soir".
- Signature:** "Chef de Service : Dr P. [redacted]".
- Bottom section:** "HÔPITAL Service d'oncologie hématologie", "Accueil - Rendez-vous", "Tél : 08 25 74 75 76", "Fax : 02 76 89 96 04".

Numéro de téléphone ne correspondant pas à celui de l'établissement

- l'appel se termine immédiatement, sans message d'attente.

Prescripteur identifié de façon incomplète

- pas de numéro RPPS

Pas de médecin à ce nom dans cet établissement

- le médecin exerce dans une autre région

Erreur de calcul de posologie

- 2 cp x 20 mg + 2 cp x 20 mg = 80 mg et non pas 40 mg

Numéros RPPS non valides

- se reporter à Annuaire Santé

Fautes d'orthographe

- « accueil », « hématologie »

Numéro de téléphone erroné

- autre établissement lorsqu'on compose le numéro

Grille de vérification des ordonnances

- ☐ Identité du prescripteur
- ☐ Spécialité du prescripteur par rapport au médicament prescrit
- ☐ Lieu d'exercice du prescripteur (sur ameli)
- ☐ Vérification que l'ensemble des informations sur le prescripteur sont disponibles
- ☐ Vérification du numéro RPPS dans l'Annuaire Santé
- ☐ Vérification des fautes d'orthographe sur l'ordonnance, sur le libellé du service hospitalier et sur le tampon
- ☐ Vérification des calculs de posologie réalisés sur l'ordonnance
- ☐ Numéro de téléphone : appeler pour vérifier que les numéros correspondent bien au professionnel de santé
- ☐ Vérification de la cohérence entre le numéro FINESS de l'établissement sur le tampon et le département de l'établissement de santé mentionné sur l'ordonnance

08

LES MÉDICAMENTS SOUMIS À PRESCRIPTION RESTREINTE

Certains médicaments voient leur prescription réservée à certaines catégories de médecins et/ou assortie de conditions particulières. Le décret n° 2004-546 du 15 juin 2004 répartit les médicaments soumis à prescription restreinte en cinq catégories et organise les modalités de leur prescription et de leur dispensation au public.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM), l'autorisation d'accès précoce (AAP), l'autorisation d'accès compassionnel (AAC), le cadre de prescription compassionnelle (CPC) ou l'autorisation d'importation (AI) d'un médicament peut classer celui-ci dans une des catégories de médicaments soumis à prescription restreinte suivantes :

- 1/ médicaments réservés à l'usage hospitalier (RH) ;
- 2/ médicaments à prescription hospitalière (PH) ;
- 3/ médicaments à prescription initiale hospitalière (PIH) ;
- 4/ médicaments à prescription réservée à certains médecins spécialistes (PRS) ;
- 5/ médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement (SP).

Le classement d'un médicament dans la 5^{ème} catégorie ne fait pas obstacle à son classement dans une autre catégorie de médicaments soumis à prescription restreinte.

L'AMM, l'AAP, l'ACP, le CPC ou l'AI d'un médicament soumis à prescription restreinte peut, pour tout ou partie des risques liés à son utilisation, imposer au prescripteur de mentionner sur l'ordonnance qu'il a informé le patient de ces risques.

Lorsque la spécialité de référence d'une spécialité générique est classée dans une catégorie de médicaments soumis à prescription restreinte, l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique procède au même classement.

Article R. 5121-77 du CSP

Prérequis de la délivrance

Lors de la présentation d'une ordonnance prescrivant un médicament classé dans une des catégories de médicaments soumis à prescription restreinte, le pharmacien s'assure, selon les règles de la présente section de :

- l'habilitation du prescripteur à le prescrire (hospitalier ou spécialiste) ;
- le cas échéant, la présence sur l'ordonnance des mentions obligatoires et la présentation simultanée de l'ordonnance initiale valide.

Article R. 5121-78 du CSP

Médicaments à prescription hospitalière

L'AMM, l'AAP, l'ACP, le CPC ou l'AI d'un médicament peut réserver sa prescription aux médecins hospitaliers spécialistes (mentionnés à l'article R.5121-85).

L'AMM, l'AAP, l'ACP, le CPC ou l'AI d'un médicament peut, en outre, prévoir que, pendant tout ou partie du traitement, il doit être administré au cours d'actes de soins ou de diagnostic effectués, sans hospitalisation, dans un établissement de santé ou un établissement de transfusion sanguine autorisé à dispenser des médicaments aux malades qui y sont traités.

Art. R. 5121-86 du CSP

Médicaments à prescription initiale hospitalière

L'AMM, l'AAP, l'ACP, le CPC ou l'AI d'un médicament peut réserver sa prescription aux médecins mentionnés à l'article R. 5121-88 qui possèdent une qualification reconnue dans les conditions prévues à l'article R. 5121-91.

L'AMM, l'AAP, l'ACP, le CPC ou l'AI d'un médicament peut en fonction des caractéristiques de celui-ci, fixer un délai au terme duquel la prescription initiale devient caduque et ne peut plus être renouvelée sans l'intervention d'un diagnostic dans un établissement mentionné à l'article R. 5121-88 et sans l'élaboration d'une nouvelle prescription initiale.

Article R. 5121-89 du CSP

Médicaments à prescription réservée à certains médecins spécialistes

L'AMM, l'AAP, l'ACP, le CPC ou l'AI d'un médicament peut, en fonction des caractéristiques de celui-ci, fixer un délai au terme duquel la prescription initiale devient caduque et ne peut plus être renouvelée par des personnes autres que celles autorisées à effectuer la prescription initiale.

Art. R. 5121-90 du CSP

Médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement

L'AMM, l'AAP, l'ACP, le CPC ou l'AI d'un médicament classé dans la catégorie des médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement indique la nature et la périodicité des examens que le médecin doit prescrire ainsi que, le cas échéant, les conditions dans lesquelles le traitement peut, compte tenu des résultats de ces examens, être conduit.

Elle peut, en outre, prévoir que lorsqu'il prescrit le médicament, il mentionne sur l'ordonnance que ces examens ont été effectués et que ces conditions sont respectées. Elle peut aussi lui imposer d'indiquer sur l'ordonnance la date de réalisation de ces examens et le délai au terme duquel l'ordonnance, en l'absence de réalisation des examens requis, devient caduque.

Enfin, elle peut subordonner la mise sur le marché du médicament, eu égard à la surveillance dont il doit faire l'objet, à ce qu'un support d'information ou de suivi du traitement soit mis à la disposition des prescripteurs ou des patients.

Article R. 5121-95 du CSP

EN SAVOIR PLUS :



- Liste des médicaments soumis à prescription restreinte :

Consultable sur le site des médicaments à dispensation particulière du CNOP :

<http://www.meddispar.fr>

Catégories	Prescription	Dispensation
Réservés à l'usage hospitalier (RH)	Médecin hospitalier*	Pharmacie hospitalière Pas de rétrocession**
Prescription hospitalière (PH)	Médecin hospitalier*	Officine ou rétrocession par les pharmacies hospitalières si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession. Double circuit ville-hôpital possible pour certains médicaments.
Prescription initiale hospitalière (PIH)	Prescription initiale* : Médecin hospitalier (l'AMM peut fixer un délai de validité de la prescription initiale). Renouvellement* : Tout médecin, ordonnance identique à la prescription initiale sauf, si nécessité, pour les posologies et la durée de traitement.	Officine ou rétrocession par les pharmacies hospitalières si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession. Double circuit ville-hôpital possible pour certains médicaments (certains antiviraux d'action directe par ex.).
Prescription réservée à certains médecins spécialistes (PRS)	Médecins spécialistes désignés dans l'AMM : Pour toute prescription ou uniquement pour la prescription initiale (l'AMM peut fixer un délai de validité de la prescription initiale), renouvellement par tout médecin (ordonnance identique à la prescription initiale sauf, si nécessité, pour les posologies et la durée du traitement).	Officine ou rétrocession par les pharmacies hospitalières si le médicament est inscrit sur la liste rétrocession. Double circuit ville-hôpital possible pour certains médicaments (certains antiviraux d'action directe par ex.).
Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement (SP)	Si c'est la seule condition de prescription restreinte : prescription par tout médecin, dispensation de ville. S'il y a cumul avec les catégories RH, PH, PIH ou PRS : suit les conditions de prescription, de dispensation et d'administration de la catégorie correspondante.	

* Prescription pouvant être, pour certains médicaments, réservée à certains spécialistes.

** Rétrocession : vente par la pharmacie hospitalière aux malades ambulatoires de médicaments, sauf exception, non disponibles en officine de ville mais inscrits sur une liste arrêtée par le ministre de la Santé.



EN PRATIQUE :

- Je ne peux pas délivrer et tarifier une ordonnance si elle est rédigée par un médecin généraliste dans le cas de certains médicaments, par exemple : AFINITOR®, XELODA® et génériques, STUTENT®, HUMIRA®...
- Je ne peux pas dispenser un médicament sans vérifier les mentions obligatoires à partir des différents outils : [Meddispar](#), [Base de données publiques du médicament \(BDPM\)](#), [Légifrance](#).

09

LES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

Les médicaments d'exception sont des médicaments particulièrement coûteux et d'indications remboursables précises, qui nécessitent une information préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

Une **fiche d'information thérapeutique (FIT)** est annexée à l'arrêté d'inscription du médicament sur la liste des spécialités remboursables.

Cette fiche rappelle, d'une part, les indications thérapeutiques, d'autre part, les modalités d'utilisation du médicament concernant notamment la posologie et la durée de traitement dans les indications ouvrant droit à la prise en charge.

La fiche rappelle également, le cas échéant, les restrictions apportées par l'autorisation de mise sur le marché à la prescription et à la délivrance du médicament.

La prescription de médicaments d'exception dans des indications prévues par la fiche d'information thérapeutique est effectuée sur un imprimé spécifique en quatre volets appelé « ordonnance de médicaments et prestations d'exception ». Celui-ci est mis à la disposition des prescripteurs par les CPAM.

Le premier volet est conservé par l'assuré ; les volets 2 et 3 sont destinés à l'Assurance Maladie (caisse et service médical) ; le volet 4 est conservé par le pharmacien.

Le médecin formule sa prescription, en indiquant :

- la dénomination du médicament ;
- toutes les précisions nécessaires à la dispensation (dosage, forme, posologie, durée du traitement).

Si le traitement est en rapport avec une affection de longue durée au sens de l'article L.324-1 du CSS, le prescripteur le précise sur l'ordonnance de médicaments d'exception, qui tient lieu d'ordonnancier bizonne obligatoire dans le cas d'une affection exonérante.

Cette ordonnance de médicaments d'exception, remplie par le prescripteur, atteste de l'adéquation de la prescription aux indications thérapeutiques et aux conditions de prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique.

Article R. 163-2 du CSS et arrêté du 23 avril 1999

Arrêté du 26 juin 2006 (JO du 04/07/2006)

Le Conseil de l'Ordre des pharmaciens préconise une durée minimale de conservation des ordonnances de trois ans sous format papier ou numérique en l'absence de précision réglementaire.

EN SAVOIR PLUS :



• MEDDISPAR

► [Liste des médicaments à dispensation particulière](#)



FOCUS SUR LA E-PRESCRIPTION POUR LES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

Dès lors que les professionnels prescripteurs utilisent le processus de dématérialisation de l'ordonnance (et que l'ordonnance numérique est enregistrée avec succès dans la base), ils ne sont pas tenus d'utiliser les supports papier spécifiques techniques fixés par arrêté.

[Circulaire Cnam 15/2024](#)



10

PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS : CAS PARTICULIERS DES ANTI-PCSK9 ET DES AGLP-1

Dans le cadre d'actions visant à promouvoir le bon usage du médicament, la prise en charge de certains médicaments peut être soumise à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie (médicaments hypolipémiants anti-PCSK9) ou à la présentation d'un justificatif accompagnant la prescription (antidiabétiques analogues du GLP-1).

LES MÉDICAMENTS SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE : LES HYPOLIPÉMIANTS ANTI-PCSK9 (MÉDICAMENTS D'EXCEPTION À RÉGLEMENTATION PARTICULIÈRE)

Cette demande d'accord préalable (DAP) concerne deux médicaments d'exception prescrits dans l'hypercholestérolémie et les dyslipidémies mixtes : évolocumab (REPATHA®) et alirocumab (PRALUENT®). Ils ont des indications thérapeutiques remboursables plus restreintes que les indications thérapeutiques de leur AMM.

Leur prescription initiale annuelle est réservée aux spécialistes et services de médecine vasculaire, aux médecins compétents en nutrition, aux spécialistes et services de cardiologie, diabétologie, endocrinologie, médecine interne et neurologie.

Le renouvellement infra-annuel n'est pas restreint, il est donc ouvert aux médecins généralistes.

Une DAP est nécessaire pour chaque prescription (instauration/renouvellement) et l'accord du service médical vaut pour la durée de cette prescription.

Concernant le remboursement, le pharmacien est tenu d'agir conformément à la décision du service médical et en présence d'une prescription :

- version imprimée de la prescription issue du téléservice avec mention de l'avis favorable de prise en charge ;
- ou attestation de prise en charge fournie par le patient avec le volet 3 du formulaire DAP.

En cas de notification de refus, le médicament prescrit peut être délivré mais il n'est pas remboursable.

Remarque : la présentation d'une ordonnance de médicament d'exception classique n'ouvre pas droit au remboursement.

Articles L.315-2 et R.315-14 du CSS

Décret n°2020-1090 du 25/08/2020

Arrêté du 24 octobre 2022 (JO du 03/11/2022)

*modifiant la fiche d'information thérapeutique (FIT)
de la spécialité Praluent®*

Arrêté du 12 juin 2023 (JO du 17/06/2023)

modifiant la FIT de la spécialité Repatha®

*Deux arrêtés initiaux du 08 décembre 2020 (JO du
10/12/2020) relatifs à la procédure d'accord préalable
pour bénéficier de la prise en charge des spécialités*

Praluent® et Repatha® -

modifiés par les arrêtés du 3 octobre 2022

(JO du 14/10/2022)(Praluent®)

et du 31 juillet 2023 (JO du 15/08/2023) (Repatha®)

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

► [Accord préalable pour les anti-PCSK9](#)



EN PRATIQUE :

Il n'est plus possible de dispenser le Repatha® ou le Praluent® sur une prescription de médicament d'exception.

La prise en charge par l'Assurance Maladie n'est possible que sur présentation :

- d'une prescription issue du téléservice :
 - soit mentionnant l'avis favorable du service médical ;

▶ soit avec la mention « en attente de l'avis du service médical » et accompagnée d'une attestation de prise en charge par le service médical ;

- du volet 3 du formulaire papier « demande d'accord préalable Alirocumab ou Evolocumab – classe des anti-PCSK9 » accompagné d'une attestation de prise en charge par le service médical.

Exemple d'une prescription d'évolocumab, issue du téléservice

- Dans le cas d'un avis favorable de prise en charge, le prescripteur imprime directement la prescription à partir du téléservice.
- Cette prescription issue du téléservice vaut ordonnance de médicament d'exception, ce document comporte l'avis favorable rendu par le Service médical (voir encadré turquoise ci-dessous). Le pharmacien peut alors délivrer et facturer le médicament prescrit.
- Dans certains cas, la réponse n'est pas instantanée et nécessite l'avis du service médical, la prescription issue du téléservice comporte la mention « en attente de l'avis du service médical ». Pour une prise en charge du médicament, il faut attendre l'attestation de prise en charge du service médical notifiée par la caisse à l'assuré. En l'absence d'avis favorable, ou en présence d'une notification de refus, le pharmacien peut délivrer le médicament prescrit mais il ne peut pas le facturer.

Prescription de médicaments d'exception - Evolocumab

DAP N° : evo-I-991085333-01-072-0000-1601483018 Transmise et reçue le : 30/09/2020 à 18:24

PRESCRIPTEUR

Prénom et nom : **ALBERT COEUR**
Numéro AM : **991085333**

Raison sociale :

BENEFICIAIRE DE LA PRESCRIPTION ET ASSURE

Bénéficiaire : **CHRISTINE**

Date de naissance : **23/10/1953**

Assuré : **CHRISTINE**

Régime : **Régime Général**

Numéro de Sécu. : **2**

Caisse : **Caisse Primaire de**

PRESCRIPTION

Cette prescription est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.

Soins en rapport avec une ALD : **Oui**

Date et Signature :

Dosage : **Repatha 420mg**
Posologie : **1 fois toutes les quatre semaines**

Durée du traitement : **3 mois**

Avis du service médical

Décision favorable de prise en charge par l'Assurance Maladie, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

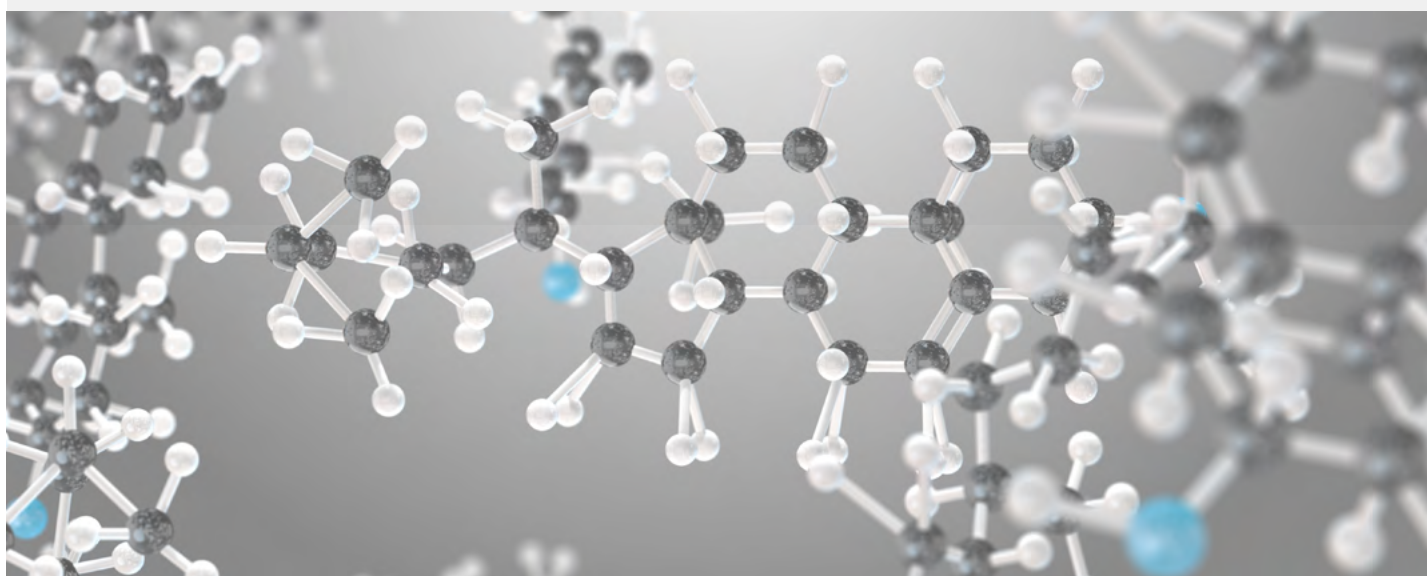
Vous êtes informé que l'avis favorable du service médical résulte d'un algorithme appliqué aux données qui ont été communiquées à l'assurance maladie par votre médecin, dans le respect des critères définis par la HAS et des conditions administratives nécessaires, et cela sans qu'une personne n'intervienne dans le processus de décision. En application de l'article R 3111-3-1-1 du CRPA, vous pouvez obtenir communication des règles définissant cet algorithme et les principales caractéristiques de sa mise en œuvre auprès du Directeur ou du DPO de votre caisse. Vous pouvez également saisir la CADA selon les modalités prévues par l'article R 343-1 du CRPA en cas de refus de l'administration de communiquer ces informations.

La demande d'accord préalable nécessite un traitement des données à caractère personnel vous concernant et/ou concernant votre enfant si vous êtes titulaire de l'autorité parentale, par l'Assurance Maladie dans le respect du principe de confidentialité. Les données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. Vous êtes informé que vos données pourront être utilisées à des fins de prise en charge par l'Assurance Maladie. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données ainsi que d'un droit à la limitation de leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du directeur de votre caisse. En cas de difficultés en lien avec la gestion de vos données, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Exemple d'une prescription d'alirocumab, issue d'une demande papier

- Le prescripteur remplit les trois volets du formulaire Cerfa papier DAP. Les volets 1 et 2 sont transmis au service médical pour avis. Le volet 3 est conservé par le patient.
- Dans le cas d'un avis favorable de prise en charge, le service médical notifie cet avis favorable au patient.
- Le volet 3 du formulaire Cerfa accompagné de la notification de l'avis favorable du service médical permettent la prise en charge du médicament d'exception (voir exemples de Cerfa volet 3 et attestation de prise en charge de la caisse).
- En cas de notification de refus, le médicament peut être délivré avec le volet 3 mais il ne sera pas pris en charge.

Demande d'accord préalable, ALIROCUMAB - CLASSE DES ANTI-PCSK9		Volet 3 à conserver par le patient (à présenter au pharmacien si accord de la caisse)
- articles L.315-2, R.315-14, R.315-15, R.315-16, R.163-2 3ème alinéa et R.165-1 dernier alinéa du code de la sécurité sociale -		
Personne bénéficiaire de la prescription et assuré(e)		
Personne bénéficiaire de la prescription (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)		
nom et prénom		nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation		
date de naissance		
Assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))		
nom et prénom		
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation		
Adresse de l'assuré(e)		
Médicament prescrit		
☐ Praluent 75 mg®	☐ Praluent 150 mg®	☐ Autre, préciser.....
Posologie		
Dose injectée : ☐ 75 mg	☐ 150 mg	☐ 2 x 150 mg
Rythme d'injection : ☐ 1 fois toutes les 2 semaines	☐ 1 fois toute les 4 semaines	☐ Autre, préciser.....
Durée du traitement :		
Conditions de prescription		
Conditions de prise en charge du médicament : soins en rapport avec une ALD : ☐ OUI ☐ NON		



Exemple de notification de l'avis favorable de prise en charge (qui doit accompagner le volet 3 du formulaire DAP) :



Service Médical Auvergne-Rhône-Alpes

Mon numéro :

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli :
<https://assure.ameli.fr>

3646 Service gratuit
+ prix appel

(Saisir l'adresse sur 3 lignes minimum)

DESTINATAIRE

ADRESSE

CP VILLE

Le

> ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE POUR VOTRE PRESCRIPTION EN DATE DU

Madame, Monsieur,

Le docteur a demandé pour votre compte, l'accord préalable du service médical pour la prise en charge de la prescription citée en objet.

Nous vous informons que cette demande fait l'objet d'un accord de prise en charge pour la durée de cette prescription.

Cette attestation de prise en charge est à présenter à votre pharmacien, avec le volet 3 du formulaire que votre médecin vous a remis et qui vaut prescription. Vous pourrez ainsi bénéficier de la prise en charge de ce médicament par l'Assurance Maladie.

En l'absence de ce document, vous devrez alors régler directement votre médicament au pharmacien.

Avec toute mon attention,

Votre correspondant de l'Assurance Maladie

Arrêtés du 8 décembre 2020
Articles L.315-2, R.315-15 du Code de sécurité sociale

Vous êtes informé que l'accord de prise en charge résulte d'un traitement de vos données par un agent du service médical de l'Assurance Maladie. La gestion de votre demande nécessite le traitement de données personnelles vous concernant par l'Assurance Maladie dans le respect du principe de confidentialité. Les données sont conservées pour les durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation. Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vont concerner auprès du Directeur de votre organisme de rattachement, de son Délégué à la Protection des Données ou sur votre compte ameli. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr. En cas de difficultés dans l'application de vos droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Les circuits de DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE pour la prise en charge des médicaments anti-PCSK9

CIRCUIT PRINCIPAL

TÉLÉSERVICE

Obligation pour le professionnel de santé de faire sa demande **de manière dématérialisée** via le téléservice de l'Assurance Maladie

Portail « amelipro »/service demande accord préalable médicaments

Avis favorable

(accord immédiat)

Le prescripteur saisit et imprime la **prescription** où figure l'accord du service médical et la remet à son patient

La prescription générée vaut **ordonnance de médicament d'exception**

L'accord du service médical est donné pour la durée de la prescription.

Pour avis médical

(avis soumis à la décision du service médical)

L'Assurance Maladie dispose de **15 jours** à compter de la réception de la demande complète par le service médical pour y répondre. L'absence de réponse vaut accord.

Le prescripteur remet au patient l'exemplaire du récapitulatif de la demande comme **preuve** de transmission de la demande à l'Assurance Maladie .
Dans l'attente de la décision, il note « **non remboursable** » sur la prescription

Avis favorable

Le service médical adresse à l'assuré une **attestation de prise en charge**

Refus

L'assuré reçoit une notification de refus de prise en charge

Pour toute nouvelle prescription et depuis le 15/12/2020, les anti-PCSK9 ne doivent plus être prescrits sur l'ordonnance de médicaments d'exception précédemment connue.

En cas d'indisponibilité du téléservice

(ou si le prescripteur n'a pas la possibilité d'y recourir)

FORMULAIRE PAPIER SPÉCIFIQUE

3 volets :

- volets 1 et 2 à adresser au service médical de l'Assurance Maladie **par le prescripteur**
- volet 3 à conserver par le patient

Si accord

Pour la dispensation en pharmacie, l'assuré devra présenter le **volet 3** (vaut prescription de médicament d'exception) ainsi que l'**attestation de prise en charge** émanant du service médical

LES MÉDICAMENTS SOUMIS AU DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT À LA PRESCRIPTION : LES AGLP1

Un dispositif d'accompagnement à la prescription des antidiabétiques analogues du GLP-1 (AGLP-1) s'applique depuis le 1^{er} février 2025. Il vise à aider le prescripteur à évaluer si le médicament prescrit est dans le champ de l'AMM et sera remboursé pour son patient.

*Article L. 162-17 du CSS
Arrêtés du 10 janvier 2025 (JORF n°0012 du 15/01/2025)*

Ce dispositif d'accompagnement, adopté dans le cadre de la LFSS 2024, est également prévu par la convention médicale 2024-2029 comme un outil pour améliorer la pertinence des usages des produits de santé et des prescriptions.

À ce jour, le dispositif est conçu pour les antidiabétiques analogues du GLP-1 (AGLP-1) :

- le sémaglutide (Ozempic®) ;
- le dulaglutide (Trulicity®) ;
- le liraglutide (Victoza®) ;

Il a été constaté de nombreuses prises en charge de cette classe de médicaments hors AMM alors même que des tensions d'approvisionnement existent. Ce dispositif a donc été créé pour s'assurer que les remboursements des AGLP 1 soient réservés aux patients qui en ont véritablement besoin.

Le pharmacien est tenu de s'assurer que le médicament est prescrit dans le cadre de son AMM pour le facturer à l'Assurance Maladie. Pour l'y aider, le justificatif intitulé « **formulaire d'accompagnement à la prescription** » doit être renseigné en amont par le prescripteur puis être présenté par le patient à chaque délivrance. Sans ce document le traitement ne pourra pas être pris en charge par l'Assurance Maladie.

Formulaire PAPIER

Volet 1 : à adresser au service médical, sous enveloppe, à l'attention de « M. le Médecin-conseil »

FORMULAIRE D'ACCOMPAGNEMENT A LA PRESCRIPTION
Dulaglutide (Trulicity®)/Liraglutide (Victoza®)
Article 61 de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 juin 2024 paru au Journal officiel du 21 juin
Articles L. 282-19-1 et R. 162-45 du code de la sécurité sociale
Arrêté du 10 janvier 2025

Personne bénéficiaire de la prescription du médicament

Nom et prénom :
Numéro d'immatriculation :
Date de naissance :

Critères à renseigner

Le patient est-il âgé de 10 ans ou plus ? ☐ OUI ☐ NON
Le patient est-il atteint d'un diabète de type 2 insuffisamment contrôlé par un régime alimentaire et l'activité physique ? ☐ OUI ☐ NON
Le dulaglutide (Trulicity®)/liraglutide (Victoza®) est-il prescrit dans l'une des situations suivantes :
- en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète, ☐ OUI ☐ NON
- en monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications. ☐ OUI ☐ NON

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom :
Identifiant :
Numéro RPPS :
Raison sociale :
Adresse :
Numéro de structure : (AN P3211 ou 1007)

Justificatif

Je soussigné(e) _____, après avoir renseigné le formulaire d'accompagnement à la prescription, atteste que
☐ Je prescris le médicament dans les indications de son autorisation de mise sur le marché.
☐ Je prescris le médicament en dehors des indications de son autorisation de mise sur le marché. Mon patient ne bénéficiera pas d'une prise en charge par l'Assurance maladie.

Date :
Signature :

Formulaire issu du TÉLÉSERVICE

JUSTIFICATIF DE L'ACCOMPAGNEMENT A LA PRESCRIPTION

Identification assuré

Nom : **SABIN**
Prénom : **MARIE**
Numéro de sécurité sociale : **2820607019057**

Identification prescripteur

Nom : **COEUR**
Prénom : **ALBERT**
N°RPPS : **99900030018**
N°AM : **991115304**

Identification de l'accompagnement à la prescription

Référence : **APR-991115304-1733319665**
Transmise et reçue le : **04/12/2024**

Médicament prescrit

Nom du médicament prescrit : **TRULICITY**
Date de prescription : **04/12/2024**

Résultat : La prescription est dans le champ de l'autorisation de mise sur le marché du médicament.

Signature du prescripteur

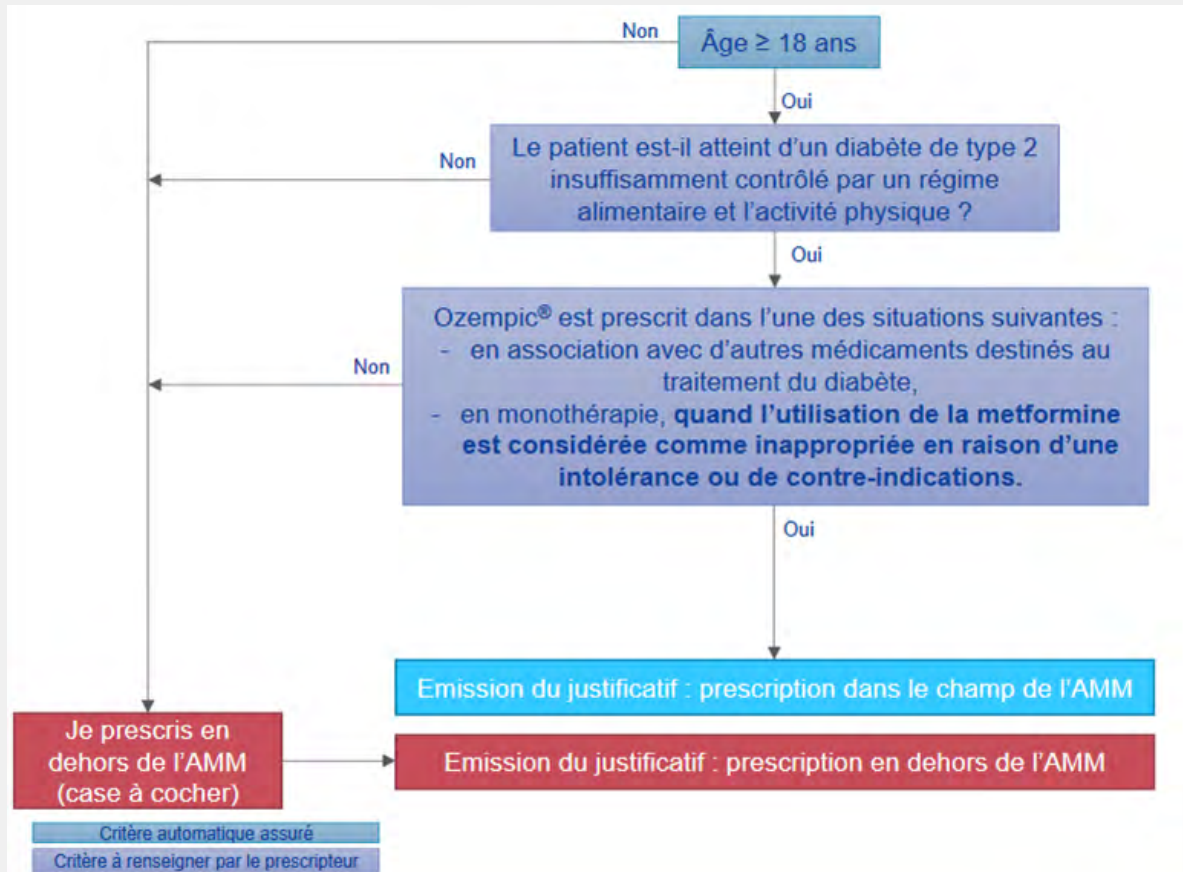
Le formulaire papier se compose de trois volets :

- Volet 1 (médical) et 2 (administratif) : à adresser par le prescripteur au médecin conseil de la CPAM ;
- Volet 3 : à conserver par le patient et à remettre au pharmacien avec l'ordonnance à chaque délivrance.

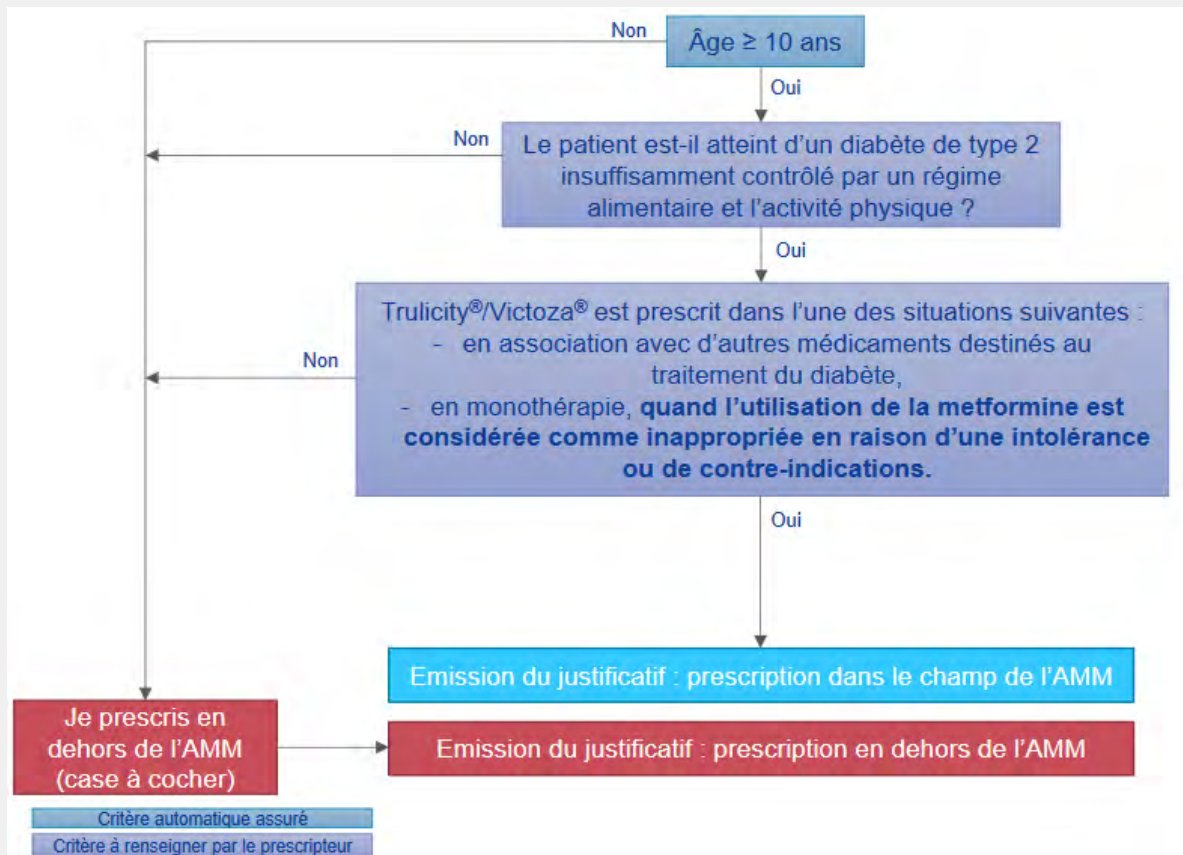
A noter que les éléments remplis par le médecin sur le volet 1 dans la partie « critères à renseigner » ne sont pas carbonés dans le volet 2 et 3 afin de préserver le secret médical.

Logigramme décisionnel relatif au MÉDICAMENT CONCERNÉ :

➔ Classe des AGLP1 - OZEMPIC



➔ Classe des AGLP1 - TRULICITY ET VICTOZA





EN PRATIQUE :



PRESCRIPTION par tout prescripteur (initiation et renouvellement)

- Via le téléservice « accompagnement à la prescription » disponible sur [amelipro](https://amelipro.fr) :
 - ▶ justificatif immédiat du résultat (AMM ou hors AMM) à imprimer et à remettre au patient en même temps que l'ordonnance ;
 - ▶ en cas de hors AMM, prescription d'une alternative ou maintien de la prescription avec la mention « NR » sur l'ordonnance.
- Via le formulaire papier composé de trois volets, disponible sur ameli.fr :
 - ▶ renseignement de tous les critères ;
 - ▶ auto-évaluation de l'indicateur AMM / hors AMM et signature du justificatif.



DISPENSATION par le pharmacien d'officine

- Vérification du justificatif de prescription en plus de l'ordonnance :
 - ▶ justificatif imprimé via le téléservice ;
 - ▶ justificatif papier signé par le prescripteur (volet 3).
- Facturation du médicament et du code « PRR » à l'Assurance Maladie uniquement si le justificatif indique que la prescription est dans l'AMM.
- Conserver une copie du justificatif.
- Le même formulaire est valable pour toute la durée du traitement.

Pour éviter au patient de devoir conserver durablement la version papier du justificatif, le pharmacien est invité à l'enregistrer dans son dossier pharmaceutique et surtout dans le **dossier médical partagé (DMP)** du patient ou à demander au patient d'enregistrer lui-même ce document dans **Mon espace santé**.



MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE :

Pour facturer à l'Assurance Maladie, le pharmacien doit **systématiquement** disposer du formulaire d'accompagnement à la prescription (justificatif) en sus de l'ordonnance. Il n'y a pas d'obligation de scanner ce justificatif en sus de l'ordonnance, en revanche il est recommandé d'enregistrer le formulaire sur le dossier patient via le LGO afin de pouvoir **présenter le justificatif en cas de contrôle**.

Lorsque le justificatif indique que la prescription est dans l'AMM, le pharmacien facture le médicament et utilise le **code prestation « PRR »**.

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - ▶ [Dispositif d'accompagnement à la prescription des antidiabétiques analogues du GLP-1 \(AGLP-1\)](#)

11

LES PRESCRIPTIONS HORS AMM OU HORS ITR

Les médicaments prescrits hors autorisation de mise sur le marché (AMM) ou hors indications thérapeutiques remboursables (ITR) ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Dans cette situation, le médecin est tenu d'en informer son patient et de porter sur l'ordonnance une mention spécifique.

MENTION DU CARACTÈRE HORS AMM OU NR

Prescripteurs

La liberté de la **prescription médicale** doit être **distinguée de la prise en charge** par l'Assurance Maladie des médicaments prescrits.

Le médecin bénéficie d'une liberté de prescription mais doit la limiter à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. De façon générale, le médecin doit prescrire un médicament dans son AMM.

*Articles R. 4127-8 et R. 4127-40 du CSP
Article L. 162-2 du CSS*

La prescription hors AMM est prévue par le CSP (article L 5121-12-1-2), elle doit rester exceptionnelle :

- en l'absence d'alternative thérapeutique médicamenteuse appropriée ;
- et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

Le médecin doit signaler le caractère **hors AMM** ou **NR** à côté de la dénomination de la spécialité.

*Article L. 5121-12-1 du CSP, L. 5121-12-2 du CSP
Article L. 162-4 du CSS, R. 162-1-7 du CSS*

Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus, des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament, et **porte sur l'ordonnance la mention « hors AMM »**.

Il informe également le patient de la **non prise en charge** par l'Assurance Maladie de la spécialité pharmaceutique prescrite **dans l'indication considérée**.

*Article L. 5121-12-1 du CSP créé par la loi du 29 décembre 2011,
modifié par la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020
(JO du 15/12/2020)*

*Article L.5121-12-1-2 du CSP, créé par la loi n°2020-1576
du 14 décembre 2020 (JO du 15/12/2020)*

Pharmaciens

Face à une prescription hors AMM, si l'intérêt du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser la dispensation tout en informant immédiatement le prescripteur de son refus et en le mentionnant sur l'ordonnance (la traçabilité des échanges est essentielle).

En présence d'une mention « Hors AMM » ou « NR », le pharmacien **ne doit pas facturer à l'Assurance Maladie**. Si le pharmacien décide de délivrer le médicament, il engage sa propre responsabilité.

Article R 4235-61 du CSP.

En l'absence d'une mention « hors AMM » ou « NR » ou « hors ITR » sur la prescription alors que le caractère non remboursable est évident, le pharmacien ne doit pas facturer le médicament à l'Assurance Maladie. La facturation pourrait lui être reprochée et entraîner des indus y compris si le pharmacien a remis au patient une feuille de soins papier que ce dernier a présenté au remboursement. Le caractère « évident » se rapporte notamment aux critères suivants :

- l'âge et le sexe du bénéficiaire ;
- la voie d'administration ;
- la posologie maximale dépassée ;
- la spécialité du prescripteur.



EN PRATIQUE : EXEMPLES

MÉDICAMENT	AMM = PRISE EN CHARGE	HORS AMM = PAS DE PRISE EN CHARGE
Monuril® et génériques	Chez la femme	Chez l'homme
Xatral® et génériques	Chez l'homme	Chez la femme
Acupan® et génériques (forme injectable)	Voie injectable	Voie orale
Zophren® et génériques	Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie	Nausées de la femme enceinte
Lyrica® et génériques	Posologie ≤ 600 mg/jour	Posologie > 600 mg/jour
Sérum physiologique	Soluté injectable	En lavage (plaies, nez...)
Slenyto®	Enfants et adolescents de 2 à 18 ans	Adultes
Andractim®	Prescription initiale réservée à certains spécialistes	Prescription initiale par un médecin généraliste

ACCÈS DÉROGATOIRES

Deux nouveaux dispositifs ont été mis en place depuis juillet 2021 : l'autorisation d'accès précoce et l'accès compassionnel.

La délivrance des médicaments concernés par ces dispositifs d'accès dérogatoires se fait uniquement en pharmacie à usage interne (PUI), à moins qu'un

arrêté ministériel inscrive l'indication mentionnée dans le cadre de prescription compassionnel (CPC) sur la liste des spécialités remboursables.

Exemples de délivrance de médicaments prescrits avec la mention CPC :

- Versatis®, délivrance en PUI ;
- Protopic®, délivrance en PUI.

Articles L.5126-6 du CSP et R.163-56 du CSS

Dispositif	Procédure	Médicaments concernés	Déli-vrance	Mention à apposer par le prescripteur	Prise en charge
Autorisation d'accès précoce Articles L. 5121-12 et R. 5121-68 à 720-1 du CSP)	Sur demande du laboratoire	• Médicaments ne disposant pas d'AMM dans l'indication considérée • Médicaments disposant d'une AMM pour l'indication considérée mais sans encore bénéficier de prise en charge	PUI		OUI
Accès compassionnel Article L. 5121-12-1 du CSP	Sur l'initiative de l'ANSM	• Médicaments utilisés à titre exceptionnel lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié et pour lesquels le laboratoire n'a pas de stratégie commerciale • Se subdivise en deux dispositifs :			OUI
	A la demande des professionnels de santé	- autorisation d'accès compassionnel (ex ATU - autorisation temporaire d'utilisation - nominative)	PUI		
	A la demande du ministère de la Santé	- cadre de prescription compassionnelle (CPC, ex RTU - recommandation temporaire d'utilisation)	PUI ou officine	« Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une AMM »	OUI
Le prescripteur doit informer le patient : • que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une AMM mais de l'accès compassionnel ; • le cas échéant, de l'absence d'alternative thérapeutique ; • des risques encourus ; • des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament ; • des conditions de prise en charge, par l'Assurance Maladie, du médicament prescrit dans l'indication considérée.					

EN SAVOIR PLUS :



- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS ET CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS
 - ▶ [Fiche mémo](#) rappelant le cadre légal de la prescription et la dispensation de médicaments hors AMM
- ANSM
 - ▶ [Liste des spécialités en accès dérogatoire](#)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ
 - ▶ [Référentiel AAC et CPC](#) (fichier excel en téléchargement)

12

LES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

Disponibles en France depuis le milieu des années 90, les médicaments génériques sont aujourd'hui largement utilisés. Ils permettent de réduire les coûts des médicaments pour une même efficacité et de dégager des économies pour garantir l'accès aux innovations thérapeutiques, tout en préservant la qualité des soins.

DÉFINITIONS

Spécialité générique

On définit une spécialité générique d'une spécialité de référence comme celle qui a :

- la même composition qualitative et quantitative en principe actif ;
- la même forme pharmaceutique ;
- et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées.

La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un **groupe générique**. Les différentes formes orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. Une spécialité se présentant sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de la spécialité de référence peut appartenir au même groupe générique.

Spécialité de référence

La spécialité de référence correspond à la spécialité initialement commercialisée et qui a bénéficié d'un brevet de protection.

En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent. Les différentes formes orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique.

Excipient à effet notoire

On entend par excipient à effet notoire tout excipient dont la présence peut nécessiter des précautions d'emploi pour certaines catégories particulières de patients.

Inscription / radiation

Les décisions prises en matière d'inscription ou de radiation de spécialités au répertoire des groupes génériques sont publiées sur le site de l'[ANSM](#).

Article L. 5121-1 et articles R. 5121-5 à 8 du CSP

Article 66 relatif au développement du recours aux médicaments génériques (Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 - JO du 23/12/2018)

PRESCRIPTION

Un arrêté du 12 novembre 2019 (JO du 19/11/2019) précise, en application de l'article L.5125-23 du code de la santé publique, les **trois situations médicales** pour lesquelles le prescripteur peut exclure la substitution d'une spécialité de référence prescrite par une spécialité du même groupe générique.

Motif « non substituable MTE »

Prescription de médicaments à marge thérapeutique étroite (MTE) pour assurer la stabilité de la dispensation, lorsque les patients sont effectivement stabilisés avec un médicament, et à l'exclusion des phases d'adaptation du traitement.

Les principes actifs rentrant dans la composition des médicaments pouvant relever de la situation médicale prévue « non substituable MTE » sont les suivants :

- **anti-épileptiques** (lacosamide, lamotrigine, lévétiracétam, oxcarbazépine (*), prégabaline, topiramate (*), valproate de sodium (*), zonisomide) ;
- **hormone thyroïdienne** (lévothyroxine) ;
- **immunosuppresseurs** (azathioprine, ciclosporine, évérolimus (*), mycophénolate mofétil (*), mycophénolate sodique) ;
- **traitement substitutif aux opiacés** (buprénorphine) ;

(*) sous tarif forfaitaire de responsabilité.

Motif « non substituable EFG »

Prescription chez l'enfant de moins de six ans, lorsqu'aucun médicament générique n'a une forme galénique adaptée à l'âge de l'enfant (EFG) et que le médicament de référence disponible permet cette administration.

Motif « non substituable CIF »

Prescription pour un patient présentant une contre-indication formelle (CIF) et démontrée à un excipient à effet notoire présent dans tous les médicaments génériques disponibles, lorsque le médicament de référence correspondant ne comporte pas cet excipient.

Lorsque le prescripteur fait usage d'une des justifications prévues dans les trois situations décrites précédemment, il en fait mention sur l'ordonnance, **sous forme informatisée** ou à défaut sous forme manuscrite, le cas échéant pour chaque médicament prescrit et pour chaque situation médicale concernée.

Motif « non substituable MTE-PH »

autorisé par le pharmacien (arrêté du 30 janvier 2020 -JO du 06/02/2020).

Uniquement pour les médicaments comportant les principes actifs autorisés avec le motif MTE et pour les patients déjà traités et stabilisés (exclusion des phases d'adaptation du traitement), le pharmacien peut délivrer le médicament princeps même en l'absence de la mention «non substituable» du prescripteur.

Le pharmacien porte la **mention « non substituable MTE-PH »** sur l'ordonnance sous forme manuscrite, le cas échéant pour chaque médicament prescrit, et en informe le prescripteur.

DROIT DE SUBSTITUTION

Médicament ou dénomination commune appartenant à un groupe générique

La substitution est possible au sein d'un même groupe générique lorsque le prescripteur mentionne la dénomination du médicament ou qu'il mentionne la dénomination commune du principe actif.

Lorsque le pharmacien délivre par substitution un médicament autre que celui prescrit, il indique sur l'ordonnance :

- le nom du médicament ;
- la forme pharmaceutique et le nombre d'unités de prise, s'ils diffèrent de ceux prescrits.

En cas de «non substitution», il appartient au pharmacien de vérifier :

- la présence sur l'ordonnance de la justification de la mention «non substituable» prescrite (motif MTE, EFG, CIF) ;
- la concordance du motif MTE avec la liste officielle des molécules relevant de ce motif ;
- l'âge du patient pour le motif EFG.

S'agissant du motif CIF, en l'absence d'une liste officielle des molécules concernées, le pharmacien n'a pas les moyens de vérifier si ce motif est utilisé à bon escient (situation assez rare où le médicament princeps n'a pas d'excipient à effet notoire alors que tous les médicaments génériques en ont un, associé à une contre-indication formelle).

Le pharmacien est également **responsable du codage** de la justification retenue par le prescripteur dans son logiciel de facturation.





Médicament ou dénomination commune n'appartenant pas à un groupe générique

Prescription en nom de spécialité

La substitution est impossible, sauf en cas d'urgence ou après l'accord du prescripteur ou en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur. La spécialité prescrite est délivrée et facturée.

Prescription en dénomination commune

Pour les médicaments prescrits en dénomination commune qui n'appartiennent pas à un groupe générique, il n'existe pas de règle financière.

Article L.162-16 du CSS et article L. 5125-23 du CSP

Article R. 5125-53 du CSP

DISPOSITIF « TIERS PAYANT CONTRE GÉNÉRIQUES »

Contexte de la prescription	Délivrance par le pharmacien	Tiers-payant autorisé (pas d'avance des frais par le patient)	Base de remboursement minorée (limitée à celle du médicament générique le plus cher du groupe)
Mention non substituable (NS) avec motif (MTE, CIF, EFG ou MTE-PH)	Médicament princeps	Oui	Non
Mention NS sans motif (MTE, CIF, EFG)	Médicament princeps Médicament générique	Non * Oui	Oui Non
Absence de mention NS	Médicament princeps Médicament générique	Non * Oui	Oui Non
TFR (avec ou sans mention NS)	Médicament princeps ou Médicament générique	Oui	Sans objet Eventuel reste à charge pour le patient si prix de vente > TFR
Prix du médicament générique ≥ prix du médicament princeps (avec ou sans mention NS)	Médicament princeps ou Médicament générique	Oui	Non

* Facturation au patient, sur une feuille de soins papier, du prix du médicament dispensé.

Le patient règle en totalité au pharmacien et adresse à la CPAM la facture accompagnée du double de l'ordonnance.

Articles L.161-36-4 et L.162-16-7 du CSS

CIR-4/2020 du 30/01/2020

ROSP : INDICATEURS SUR LES GÉNÉRIQUES

La convention prévoit une rémunération sur objectif de santé publique portant sur le bon usage des produits de santé Rosp-BUPS.

Elle identifie quatre indicateurs associés à des objectifs concernant les médicaments génériques.

Pénétration des médicaments génériques dans l'ensemble du répertoire des groupes génériques	Taux $\geq 85\%$ Indicateur socle de la Rosp-BUPS Aucune rémunération
Pénétration des médicaments génériques, hybrides, ou biosimilaires Concernant les génériques, les molécules ciblées sont : - en 2023-2024 : sitagliptine $\pm$ metformine, vidagliptine $\pm$ metformine, palipéridone ; - en 2024 s'ajoutent : tériflunomide ; dabigatran.	Objectif 100 % avec un seuil minimal de déclenchement de la Rosp fixé pour chaque molécule. Rémunération fonction de l'économie globale générée (30 % dans la limite de 12 M€ à partir de 2025) répartie entre chaque officine éligible.
Stabilité de la délivrance pour les patients de 75 ans ou plus. Douze molécules sont concernées : metformine ; gliclazide ; répaglinide ; glimépiride ; furosémide ; atorvastatine ; pravastatine ; rosuvastatine ; simvastatine ; ramipril $\pm$ hydrochlorothiazide ; enalapril	Objectif 90 % ou 95 % Rémunération 400 € au maximum par an.
Taux de recours au motif « urgence » sur le répertoire des génériques. Le motif de substitution « urgence » est utilisable uniquement en cas de rupture de stock nationale avérée de l'ensemble des médicaments génériques recensée sur le site de l'ANSM. Dans ce cas : délivrance du princeps au patient, facturation possible en tiers-payant sans minorer la base de remboursement avec saisie du code « U ».	Taux inférieur au taux constaté en 2019 par l'officine Application d'un malus de 20 % sur la Rosp-BUPS si le taux de recours à ce motif est supérieur au taux constaté en 2019 par l'officine.



CAS PARTICULIER DU TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ (TFR)

Les spécialités appartenant à un groupe générique figurant au répertoire de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) qui sont concernées par le TFR sont prises en charge par l'Assurance Maladie sur la base du tarif fixé par arrêté ministériel et non plus sur la base de leur prix de vente.

Dans l'hypothèse où le patient souhaite que lui soit délivrée une spécialité dont le prix de vente est supérieur au tarif forfaitaire, il devra assumer financièrement la différence entre le tarif et le prix dudit médicament.

Si le prix d'une spécialité est inférieur ou égal au tarif forfaitaire applicable au groupe générique auquel elle appartient, la base de remboursement sera le prix de vente.

Lors de la création d'un nouveau groupe générique (plus précisément de la publication officielle du prix de la première spécialité générique du groupe), une phase de transition de 24 mois s'applique avant l'entrée en vigueur de l'égalité de base de remboursement entre médicament princeps et médicaments génériques d'un même groupe générique.

Arrêté du 10 décembre 2020 pris en application de l'article 42 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 (JO du 12/12/2020).



EN SAVOIR PLUS :



- ANSM

- ▶ [Répertoire des médicaments génériques et liste des excipients à effet notoire](#)

- AMELI

- ▶ [Liste des groupes génériques soumis au TFR](#)

- ▶ [Règles de prescription des médicaments génériques](#)

- ▶ [Règles de dispensation et de substitution des médicaments génériques](#)

- ▶ [Dispositif tiers payant contre génériques](#)

13

LES MÉDICAMENTS HYBRIDES

Aux côtés des médicaments princeps, des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a introduit une nouvelle catégorie de médicaments : les spécialités hybrides.

DÉFINITIONS

Une **spécialité hybride** ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'elle comporte, par rapport à la spécialité de référence, des différences relatives

- aux indications thérapeutiques ;
- au dosage ;
- à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration ;

ou lorsque la bioéquivalence par rapport à la spécialité de référence n'a pas pu être démontrée par des études de biodisponibilité.

Article L. 5121-1 du CSP

Un **groupe hybride** constitue le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides.

Article L. 5121-1 du CSP

REGISTRE DES GROUPES HYBRIDES DE L'ANSM

Ce registre encadre et sécurise la substitution d'un médicament de référence par un médicament hybride du même groupe.

Onze classes ATC sont inscrites au registre des groupes hybrides.

La présence d'excipients à effet notoire ainsi que la nature des différences avec le médicament de référence sont indiquées.

Une colonne mentionne également les situations médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée

Article L5121-10 du CSP

Arrêté du 12 avril 2022 (JO 14/04/2022)

Arrêté du 13 juin 2025 (JO 18/06/2025)

SUBSTITUTION PAR LE PHARMACIEN

La substitution d'un médicament par un médicament hybride n'est autorisée qu'à l'intérieur d'un même groupe hybride à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par l'apposition sur l'ordonnance d'une mention expresse et très encadrée tenant à la situation médicale du patient.

Article L.5125-23 du CSP

Le registre des groupes hybrides rappelle les situations médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien à l'intérieur d'un groupe hybride.

Exemples :

Propionate de fluticasone / salmétérol SANDOZ® 125 µg / 25 µg/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé : à utiliser uniquement chez l'adulte.

Propionate de fluticasone / salmétérol SANDOZ® 250 µg / 25 µg/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé : à utiliser uniquement chez l'adulte.

Lors de la substitution, le pharmacien

- en informe le patient ;
- indique sur l'ordonnance le nom de la spécialité délivrée ;
- inscrit la forme pharmaceutique, le nombre d'unités de prise s'ils diffèrent de ceux prescrits.

Article R.5125-53 du CSP

PRESCRIPTION MÉDICALE

La prescription d'un médicament hybride comme toute autre spécialité pharmaceutique (hors biothérapies) est réalisée en DCI (dénomination commune internationale).

Article L.5121-1-2 du CSP

EN SAVOIR PLUS :



- ANSM ► [Registre des groupes hybrides](#)
- AMELI
 - [Médicaments hybrides](#)
 - [Substitution médicaments hybrides : conditions et champ d'application](#)

Situations médicales dans lesquelles le prescripteur peut exclure la substitution : deux cas

Le prescripteur peut exclure la substitution d'une spécialité de référence par un médicament hybride du même groupe dans les situations suivantes :

- prescription chez l'**enfant de moins de six ans** lorsqu'aucune spécialité du même groupe hybride n'a une forme galénique adaptée et que la spécialité de référence disponible permet cette administration. Le médecin doit porter sur l'ordonnance la mention « **non substituable EFG** » sous forme informatisée (à défaut manuscrite) pour chaque médicament concerné.

- prescription pour un **patient présentant une contre-indication formelle** et démontrée à un excipient à effet notoire présent dans toutes les spécialités disponibles du même groupe hybride alors que la spécialité de référence correspondante ne comporte pas cet excipient. Le médecin doit porter sur l'ordonnance la mention « **non substituable CIF** » sous forme informatisée (à défaut manuscrite) pour chaque médicament concerné.

Arrêté du 31 janvier 2023 (JO 03/02/2023)



BON À SAVOIR

- Au delà de permettre des économies et d'élargir l'offre disponible, les spécialités hybrides peuvent être une alternative utile pour le patient par rapport à la spécialité de référence.
Ceci peut concerner :
 - un nouveau dosage permettant d'ajuster le nombre de prises par jour ;
 - un nouveau conditionnement plus adapté.
 - Le refus de substitution par l'assuré n'empêche pas la pratique du tiers-payant mais implique de procéder à une minoration de la base de remboursement du médicament délivré.
Il appartient au pharmacien de demander à l'assuré de lui régler le reste à charge correspondant à la différence entre le prix du médicament délivré et la minoration de la base de remboursement qu'il est tenu d'appliquer.
 - Dans le cadre de l'indicateur 3 de la Rosp bon usage des produits de santé sur la pénétration des médicaments génériques, hybrides, ou biosimilaires, la liste des molécules pour 2024 introduit deux référents de groupes hybrides : SPIRIVA® et SERETIDE DISKUS® ; un seuil minimal de déclenchement de la ROSP est fixé pour chaque molécule.
 - Pour les médicaments hybrides dont la substitution est autorisée, la marge qui s'applique pour le pharmacien d'officine est identique à celle qu'il aurait perçue s'il avait délivré la spécialité de référence.
- Arrêté du 05/07/2024 (JO 07/07/2024)*
- Un médicament peut être à la fois le référent d'un groupe générique et le référent d'un groupe hybride.
Exemples :

SERETIDE® 125µg/25µg/dose suspension pour inhalation en flacon pressurisé avec valve doseuse SERETIDE® 250µg/25µg/dose suspension pour inhalation en flacon pressurisé avec valve doseuse	
Groupe hybride	Groupe générique
Propionate de fluticasone / Salmétérol SANDOZ® A utiliser uniquement chez l'adulte	Propionate de fluticasone / Salmétérol BIOGARAN®
Propionate de fluticasone / Salmétérol TEVA®	
Propionate de fluticasone / Salmétérol ZENTIVA® Uniquement chez les patients n'utilisant pas de chambre d'inhalation et chez ceux utilisant la chambre d'inhalation Aerochamber Plus®	
Prix (hybride ou générique) hors honoraire de dispensation (HD) : 19,04 € pour le conditionnement à 125µg/25µg/dose 21,31 € pour le conditionnement à 250µg/25µg/dose	

14

LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

Les médicaments biosimilaires sont une alternative thérapeutique et économique, apportant les mêmes bénéfices pour les patients que les biomédicaments référents. En générant des économies sur les dépenses de santé, leur prescription permet le développement, puis l'accès aux innovations thérapeutiques.

L'augmentation du nombre de médicaments biologiques disponibles sur le marché contribue à prévenir les ruptures de stocks.

DÉFINITIONS

Un **médicament biologique** est un médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite. Un **médicament biologique similaire** (« **biosimilaire** ») est un médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence, mais qui ne remplit pas les conditions pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication.

Article L. 5121-1, 14° et 15° du CSP

AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ DES BIOSIMILAIRES

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un biosimilaire répond à des exigences réglementaires strictes afin de démontrer que sa qualité pharmaceutique, son efficacité et ses effets indésirables sont cliniquement équivalents à ceux du médicament biologique de référence.

Les bénéfices et les risques sont donc équivalents à ceux du médicament biologique de référence.

Les demandes d'AMM des médicaments biosimilaires sont soumises à une procédure d'examen centralisée par l'Agence européenne du médicament.

LISTE DE RÉFÉRENCE DES GROUPES BIOLOGIQUES SIMILAIRES

Un médicament biologique de référence et ses médicaments biologiques similaires sont regroupés au sein d'un « groupe biologique similaire ». L'ensemble de ces groupes figure au sein d'une liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La liste de référence des groupes biologiques similaires est accessible sur le [site de l'ANSM](#).

PRESCRIPTION ET DISPENSATION D'UN MÉDICAMENT BIOSIMILAIRE

La prescription d'un médicament biologique comporte à la fois la dénomination commune internationale (DCI) et le nom de marque ou le nom de fantaisie.

Article L.5121-1-2 du CSP

INTERCHANGEABILITÉ PAR LE MÉDECIN

L'interchangeabilité est un acte médical qui consiste, à l'initiative du prescripteur, à remplacer un médicament biologique par un autre figurant sur la liste des médicaments biosimilaires de l'ANSM.

Elle peut avoir lieu à tout moment au cours du traitement. Elle doit être raisonnée et tenir compte de l'intérêt du patient.

Les trois conditions suivantes doivent être respectées :

- informer le patient et recueillir son accord ;
- assurer une surveillance clinique appropriée lors du traitement ;

- assurer une traçabilité du médicament prescrit dans le dossier médical du patient.

Article L 5121-1-2 du CSP

Instruction DGOS/CNAM du 3 août 2017 relative à l'interchangeabilité en cours de traitement

SUBSTITUTION PAR LE PHARMACIEN

Un arrêté ministériel paru le 4 décembre 2025 étend la liste des groupes biologiques similaires pouvant donner lieu à une délivrance par substitution au médicament biologique de référence.

Ainsi la substitution est autorisée, aussi bien à l'initiation qu'en cours de traitement, pour les groupes biologiques similaires :

Filgrastim (Neupogen®), **pegfilgrastim** (Neulasta®), **rani-bizumab** (Lucentis®), **tériparatide** (Forstéo®), **étanercept** (Enbrel®), **adalimumab** (Humira®), **énoxaparine** (Love-nox®), **follitropine alfa** (Gonal-F®), **époétine** (Eprex®), **aflibercept** (Eyléa®).

L'arrêté décrit les modalités de la substitution (conditions générales pour tous les groupes et exigences spécifiques à chacun des groupes) et annexe la liste des groupes biosimilaires substituables avec les princeps et leurs médicaments biosimilaires.

Pour ces dix groupes, la substitution est possible à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par l'apposition d'une mention expresse et justifiée sur l'ordonnance tenant à la situation médicale du patient.

En dehors de ces dix groupes à l'intérieur desquels la substitution est autorisée, le pharmacien dispense le médicament prescrit. Si la prescription mentionne uniquement la DCI, le pharmacien est invité à prendre contact avec le prescripteur afin de déterminer le médicament à délivrer.

Conditions générales de substitution

- informer le patient de la substitution et des informations utiles associées (règles de conservation par exemple) ;
- informer le prescripteur du médicament dispensé ;
- mentionner sur l'ordonnance le nom du médicament dispensé ;
- mettre en œuvre la traçabilité requise : enregistrement du nom du médicament délivré par substitution et son numéro de lot ;
- assurer la continuité de la dispensation du même médicament lors des dispensations suivantes.

Article L.5125-23-2 du CSP

Conditions spécifiques de substitution pour certains groupes

Elles sont détaillées dans l'arrêté du 4 décembre 2025 (JO 27/02/2025) et reprises dans un [mémo](#) de l'OMEDIT Ile de France.





BON À SAVOIR

- ➔ Le refus de substitution par l'assuré n'empêche pas la pratique du tiers-payant et n'entraîne pas une minoration de la base de remboursement du médicament délivré.
- ➔ L'article L.5125-23-2 du CSP ne prévoit pas de formalisme particulier dans la rédaction de la mention expresse et justifiée que le médecin porte sur l'ordonnance pour s'opposer à la substitution.
- ➔ Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament biosimilaire et que le traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre le grand conditionnement.

Article L.5125-23-2 du CSP

- ➔ La délivrance par substitution au médicament biologique de référence d'un médicament biosimilaire du même groupe biosimilaire ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'Assurance Maladie.

Article L.5125-23-2 du CSP

- ➔ Pour les médicaments biosimilaires dont la substitution est autorisée, la marge qui s'applique pour le pharmacien d'officine est identique à celle qu'il aurait perçue s'il avait délivré la spécialité bioréférente.

Arrêté du 5 juillet 2024 (JO 07/07/2024)

- ➔ Un biomédicament peut être à la fois le référent d'un groupe biosimilaire et le référent d'un groupe générique.

Exemple :

FORSTEO® 20µg/80µL, solution injectable en stylo prérempli	
Groupe biosimilaire	Groupe générique
LIVOGIVA® MOVYMIA® SONDELBAY® TERROSA®	TERIPARATIDE BIOGARAN® TERIPARATIDE TEVA®
Prix hors honoraire de dispensation (HD) : 199,39 €	Prix hors HD : 136,53 €

EN SAVOIR PLUS :



- ANSM
 - ▶ [Liste de référence des groupes biologiques similaires](#)
- AMELI :
 - ▶ Mémo « [Médicament biosimilaire pour les professionnels de santé](#) »
 - ▶ Mémo « [Médicament biosimilaire pour les patients](#) »
 - ▶ [Règles de prescription des médicaments biologiques \(de référence ou biosimilaires\)](#)
 - ▶ [Règles de dispensation et substitution des médicaments biologiques \(de référence ou biosimilaires\)](#)
- OMEDIT ILE DE FRANCE :
 - ▶ Mémo « [Bonnes pratiques de substitution des biosimilaires en officine](#) »

15

LES PRÉPARATIONS MAGISTRALES ET OFFICINALES

Pour être prises en charge par l'Assurance Maladie, les préparations magistrales et officinales doivent être conformes à la définition du code de la santé publique et répondre aux quatre critères de prise en charge.

DÉFINITION

Les préparations magistrales et officinales sont définies à l'article L.5121-1 du code de la santé publique (caractère extemporané).

Par conséquent, les préparations fabriquées en série, à l'avance selon une formule prédéfinie et non pour un malade déterminé, ne répondent pas à la définition de « préparation magistrale ».

La plupart des préparations magistrales et officinales **ne sont plus remboursables**.

Trois textes définissent le périmètre des préparations magistrales et officinales remboursables et harmonisent les conditions de leur prise en charge.

- le décret N° 2006-1498 du 29 novembre 2006 ;
- l'arrêté du 20 avril 2007 fixant les catégories de préparations magistrales et officinales mentionnées à l'article R 163-1 du code de la sécurité sociale (CSS) ;
- la [circulaire Cnam n°58/2008](#).

LES QUATRE CRITÈRES D'EXCLUSION DE LA PRISE EN CHARGE DES PRÉPARATIONS

Le décret du 29 novembre 2006 fixe les quatre critères permettant d'exclure les préparations magistrales et officinales du remboursement :

- 1/ préparation ne poursuivant pas, à titre principal, un but thérapeutique ;
- 2/ préparation ne constituant qu'une alternative à l'utilisation d'une spécialité pharmaceutique, allopathique ou homéopathique disponible ;

3/ préparation susceptible d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'Assurance Maladie, faute de présenter un intérêt de santé publique suffisant en raison d'une efficacité mal établie, d'une place mineure dans la stratégie thérapeutique ou d'une absence de caractère habituel de gravité des affections auxquelles elle est destinée ;

4/ préparation contenant des matières premières ne répondant pas aux spécifications de la pharmacopée.

EN SAVOIR PLUS :



• ANSM

► [Pharmacopée](#)

MODALITÉS DE PRESCRIPTION

La présence de la mention spécifique « prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles » est une **condition nécessaire mais non suffisante** pour permettre la prise en charge de la préparation par l'Assurance Maladie.

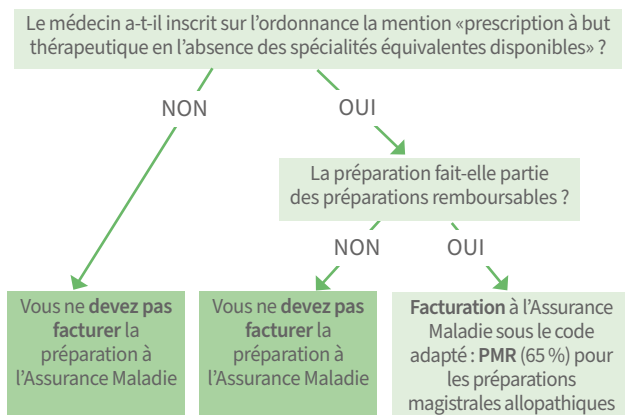
La préparation doit également répondre aux critères réglementaires de prise en charge.

Seul le médecin a la responsabilité d'apprécier que l'état de santé du patient entre bien dans le cadre des maladies rares, orphelines, maladies chroniques d'une particulière gravité ou pathologies pour lesquelles certaines préparations restent remboursables.

Dans les autres cas, le médecin ne doit pas apposer cette mention sur l'ordonnance.

En cas de doute, vous pouvez prendre contact avec le prescripteur.

MODALITÉS DE FACTURATION



QUELQUES RÈGLES DE BONNES PRATIQUES DE PRÉPARATION

Trois types de préparations sont classés comme « pouvant présenter un risque pour la santé » et leur exécution est soumise à autorisation :

- les préparations stériles, sous toutes formes ;
- les préparations à base d'une ou plusieurs substances classées cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ;
- les préparations destinées aux enfants de moins de 12 ans contenant des substances vénéneuses inscrites en liste I, II ou des substances stupéfiantes ou psychotropes (à l'exception de celles destinées à être appliquées sur la peau et contenant des substances vénéneuses inscrites en liste I ou II).

Décret n° 2014-1367 du 14 novembre 2014 relatif à l'exécution et à la sous-traitance des préparations magistrales et officielles

Sont interdites, la prescription sous forme d'une préparation magistrale et l'incorporation, dans une même préparation, de substances vénéneuses figurant sur la liste annexée au décret* et appartenant à des groupes différents :

- groupe 1: diurétiques ;
- groupe 2: psychotropes ;
- groupe 3: anorexigènes ;
- groupe 4: dérivés thyroïdiens.

* La liste des substances concernées figure à l'annexe 51-1 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 modifiant le CSP (JO du 08/08/2004).

Loi Talon, articles R. 5132-40 et R. 5132-41 du CSP

Une spécialité pharmaceutique relevant de la réglementation des substances vénéneuses ne peut faire l'objet d'un déconditionnement par le pharmacien d'officine en vue de son incorporation dans une préparation magistrale.

Cette interdiction n'est pas applicable aux spécialités destinées à être appliquées sur la peau. À titre exceptionnel, une préparation magistrale peut être réalisée à partir d'une spécialité pharmaceutique dans le respect des conditions prévues par les bonnes pratiques de préparation mentionnées à l'article L. 5121-5 du CSP.

Article R. 5132-8 du CSP

RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT D'UN MÉDICAMENT ET PRÉPARATION MAGISTRALE

En cas de rupture de stock ou de tension d'approvisionnement d'un médicament, il faut pour qu'une préparation magistrale en recours soit remboursable :

- que le médicament concerné figure sur la liste des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) publiée sur le site de l'ANSM ;
- qu'une recommandation de l'ANSM publiée sur son site internet autorise le recours à une préparation magistrale ;
- qu'un arrêté ministériel publié au journal officiel fixe le tarif servant de base de remboursement et de prix de vente au public de la préparation magistrale.

L'application de l'arrêté cesse de plein droit à la date de la décision de l'ANSM publiée sur son site internet mettant fin à la recommandation de recourir à une préparation magistrale suite à la remise à disposition du médicament concerné.

Article L.5125-23 du CSP, alinea V

Article L.5121-1 du CSP

Article L.162-16-4-6 du CSS

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - ▶ [Règles de délivrance et de prise en charge des préparations magistrales](#)
 - ▶ [Circulaire Cnam n°58/2008](#)
- ANSM
 - ▶ [liste des MITM](#) (médicaments d'intérêt thérapeutique majeur)
- OMEDIT NORMANDIE
 - ▶ [liste des médicaments écrasables](#)

Préparations magistrales REMBOURSABLES (PMR) (exemples)	Préparations magistrales NON-REMBOURSABLES (exemples)
Bêta carotène (gélules, comprimés) dans le cadre de la mucoviscidose	Antifongique + Antibiotique en association (exemple en dermatologie : métronidazole + érythromycine)
Bicarbonate de sodium (gélules, comprimés) destiné aux enfants de moins de 14 ans, dans le cadre des dialyses, de la correction des acidoses métaboliques chroniques	Bicarbonate de sodium (gélules, comprimés) destiné aux adultes et adolescents âgés de 14 ans et plus, dans le cadre des dialyses, de la correction des acidoses métaboliques chroniques. Alternative en spécialité : BICAFRES® 1000 mg comprimés gastro-résistants
Carbonate de calcium (gélules, comprimés) dans le cadre des dialyses, de la correction des acidoses métaboliques chroniques	Bicarbonate de sodium préparation en bain de bouche Alternative en spécialité : BICALAN® solution stérile pour bain de bouche
Cellcept® 1g/5ml : l'AMM demande une reconstitution par le pharmacien. Cette opération de reconstitution de la poudre pour suspension buvable peut être facturée en PMR en sus de la facturation de la boîte de Cellcept®	Collodion
Chlorure de sodium (gélules, comprimés) dans le cadre des dialyses, de la correction des acidoses métaboliques chroniques	Corticoides en dermatologie (exemples : Diprosone® dilué dans du Cérat de Galien ; acide salicylique + dermocorticoïde) ; corticoides + antibiotiques en association ; corticoides + antifongiques en association
Préparations dermatologiques pour des pathologies spécifiques rares ou orphelines ou génétiques à expression cutanée ou chroniques d'une particulière gravité (psoriasis étendu ou grave, dermatite atopique généralisée, dermatite atopique de l'adulte, ichtyose, kératodermie, épidermolyse bulleuse, maladie de Darier, ...) utilisant les principes actifs suivants : acide benzoïque ; acide lactique ; acide salicylique ; cérat et cérat de Galien ; chlorure de sodium ; coaltar ; cold cream ; dioxyanthranol ; glycérolé d'amidon ; ichtyol ; urée ; les excipients simples (cire d'abeille, glycérine, lanoline, vaseline) ; les excipients composés.	Eau de Dalibour, pommade de Dalibour
Préparation oncologique en bain de bouche : uniquement l'association antifongique + bicarbonate de sodium + bain de bouche remboursable	Julep gommeux
Préparations orales destinées à la pédiatrie ou à la gériatrie lorsqu'il n'existe pas de dosage adapté sous forme de spécialité, en l'absence d'alternative thérapeutique disponible. NB : seules les officines ayant obtenu une autorisation préalable de l'ARS peuvent réaliser des préparations magistrales non dermatologiques contenant des produits listés pour les enfants de moins de 12 ans.	Liniment oléo calcaire
	Métronidazole quelle que soit la concentration de la préparation dermatologique
	Pilocarpine chlorhydrate Alternative en spécialité : SALAGEN® 5mg, comprimé enrobé
	Placébo
	Préparation à base de DHEA,
	Préparations hydratantes ou émollientes pour sécheresse de la peau ou pour maladie bénigne
	Préparations magistrales homéopathiques
	Préparation à base de mélatonine
	Préparations à base d'oligoéléments
	Préparations à base de plantes, quelle que soit leur forme : en l'état, poudre, extraits, suspensions, huiles essentielles...
	Produits officinaux divisés (POD) Cela concerne tout produit ou toute préparation stable décrite à la pharmacopée, préparée à l'avance par un établissement pharmaceutique et divisé soit par lui-même soit par l'officine qui le met en vente. Exemples : alcool à 70° modifié ou autres titres d'alcool, alcool glycériné, alcool iodé, solution aqueuse ou alcoolique d'éosine, solution de Milian, fluorescéine, violet cristal, vert méthyl
	Sérum physiologique
	Vaseline salicylée et autres préparations kératolytiques pour les maladies bénignes (verrues, ...)
	Weleda® : formules numérotées, indépendamment des modalités de prescription : formule détaillée ou non, mention spécifique présente...

Mélatonine : règles de prescription et de prise en charge

Prescription	Bénéficiaire	Indication thérapeutique		Conditions de prescription	Prise en charge
Mélatonine en préparation magistrale	Enfant Adulte				NON
Slenyto® 1 mg Slenyto® 5 mg	2 à 18 ans	AMM	Insomnie associée à un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou à un syndrome de Smith-Magenis ⁽¹⁾	Liste I sur prescription médicale ⇒ Prescription par tout médecin	OUI
		CPC renouvelé pour 6 mois à compter du 25/04/2025 par décision de l'ANSM du 24/04/2025. Fin du CPC le 25/10/2025	Trouble du rythme veille-sommeil associé à des troubles développementaux et des maladies neurogénétiques comme le syndrome de Rett, le syndrome d'Angelman ou la sclérose tubéreuse ⁽¹⁾	Liste I sur prescription médicale ⇒ Prescription initiale par un spécialiste en neurologie, pédiatrie, psychiatrie ⇒ Renouvellement par tout médecin ⇒ Ordonnance avec mention « prescription sous CPC »	OUI jusqu'au 25/10/2025
	Adulte				NON
Circadin®	Adultes de 55 ans ou plus	AMM	En monothérapie, traitement à court terme de l'insomnie primaire caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité	Liste II sur prescription médicale ⇒ prescription par tout médecin	NON

(1) Lorsque les mesures d'hygiène du sommeil ont été insuffisantes



16

LA CONTRACEPTION ET L'IVG MÉDICAMENTEUSE

Alors que de nombreuses jeunes femmes rencontrent encore des difficultés à s'engager dans une démarche contraceptive adaptée à leur situation sociale et financière, un accès à la contraception est facilité pour les femmes de moins de 26 ans. De même, certains préservatifs peuvent être pris en charge pour les moins de 26 ans, homme et femme sans minimum d'âge.

D'autre part, plusieurs médicaments de contraception d'urgence peuvent être délivrés en pharmacie d'officine, gratuitement et sans prescription médicale.

Enfin, les médicaments à base de mifépristone et de misoprostol peuvent être délivrés en officine directement aux patientes dans le cadre des téléconsultations et sur transmission de l'ordonnance par le médecin ou la sage-femme à la pharmacie désignée.

LA PRISE EN CHARGE DE LA CONTRACEPTION POUR LES FEMMES DE MOINS DE 26 ANS

Certains contraceptifs remboursables (pilules de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération, implant contraceptif hormonal, stérilet) peuvent être pris en charge en tiers-payant et à 100 % par l'Assurance Maladie. Des mesures particulières facilitent l'accès des jeunes de moins de 26 ans à la contraception.

Le contraceptif doit être prescrit, par le médecin ou la sage-femme, sur une ordonnance isolée, avec la mention « contraception mineures » en plus des mentions habituelles (identité de la jeune fille mineure, âge...). L'absence de mention « contraception mineures » ne doit toutefois pas faire obstacle à la délivrance du contraceptif.

Si la jeune fille est mineure, la délivrance du contraceptif doit être pratiquée selon le dispositif de facturation spécifique, en respectant également la notion de secret s'il est demandé par la patiente.

La prise en charge à 100 % dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais est assurée par l'utilisation du code « EXO 3 ».

*Article L.5134-1 du CSP
Articles L.160-14 et R.160-17 du CSS*

LA PRISE EN CHARGE DES PRÉSERVATIFS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 26 ANS

Depuis le 1^{er} janvier 2023, les préservatifs (masculins et féminins) inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (de marque « Be Loved », « Be Loved Free », « Eden », « Manix », « Manix Sensitivity » (sans latex) « Sortez couverts ! » et « Sure & smile », « So Sexy & Smile » et « Ormelle ») peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie sans prescription médicale pour toute personne de moins de 26 ans, homme et femme sans minimum d'âge.

Pour les mineur(e)s, une simple déclaration sur l'honneur suffit à justifier l'âge de la personne et sa qualité d'assuré(e) ou de bénéficiaire de l'aide médicale de l'État (AME).

La prise en charge est limitée à une boîte par dispensation, quel que soit le conditionnement et s'accompagne d'une dispense d'avance des frais systématique.

Si la personne mineure le demande, le secret de la facturation peut être mis en place.

La facturation des préservatifs remboursables s'effectue avec le code « EXO div » pour une prise en charge à 100 %.

*Article L.5134-1 du CSP
Article L.160-14 du CSS*

LA CONTRACEPTION D'URGENCE (Norlévo® et génériques - EllaOne® et génériques)

Depuis le 1er janvier 2023, la contraception d'urgence est désormais prise en charge intégralement par l'Assurance Maladie sans prescription médicale et sans avance de frais pour toutes les femmes.

Pour en bénéficier, la personne majeure doit être une assurée sociale et présenter en pharmacie sa carte Vitale ou une attestation de droits. Les titulaires de l'aide médicale de l'État peuvent également en bénéficier, en présentant leur carte AME.

La facturation de cette délivrance peut être anonyme pour les personnes mineures qui le souhaitent.

La délivrance de la contraception d'urgence doit être accompagnée d'une information claire et concise sur les différents moyens sûrs de contraception et sur les consultations d'information et de suivi de contraception prises en charge sans avance de frais.

Pour les personnes mineures en particulier, la délivrance doit être précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'information peut porter également sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cet entretien est complété par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Le pharmacien peut communiquer également à la mineure les coordonnées du centre de santé sexuelle le plus proche.

La délivrance sans avance de frais est assurée par l'utilisation du code « EXO div ».

Article L.5134-1 du CSP



En complément, vous pouvez remettre à la jeune fille la brochure « [Contraception d'urgence: la pilule du lendemain](#) », réalisée en collaboration avec le Comité d'éducation sanitaire de la pharmacie française ([Cespharm](#)).

Vous pouvez vous procurer cette brochure auprès du Cespharm.



LES IVG PAR VOIE MÉDICAMENTEUSE HORS ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (médicaments à base de mifépristone et misoprostol)

La délivrance exceptionnelle des médicaments nécessaires à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ne fait plus partie des mesures exceptionnelles de lutte contre le Covid (arrêté du 13 février 2025 – JO du 22 février 2025). Cependant, elle est entrée dans le cadre du droit commun par décret.

Hors établissements de santé, la prescription est réservée aux médecins, sages-femmes, centres de planification ou d'éducation familiale et centres de santé ayant conclu une convention avec un établissement de santé.

- **Si le prescripteur réalise la totalité de la procédure en téléconsultation** : il transmet l'ordonnance à la pharmacie d'officine désignée par la femme par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations.

L'ordonnance comporte le nom de l'établissement de santé avec lequel a été conclue la convention et la date de cette convention.

Lors de la délivrance des médicaments, le pharmacien :

- appose sur l'ordonnance le timbre de la pharmacie d'officine et la date de délivrance ;
- informe le prescripteur de la délivrance des médicaments nécessaires à l'IVG.

La facturation est réalisée en utilisant le code « EXO 3 » (cf lien ci-dessous vers le mémo disponible sur [ameli.fr](#) détaillant les consignes de facturation).

- **En cas de consultation physique** : les médicaments sont délivrés à la femme par le prescripteur (médecin ou sage-femme) au cours de la consultation. Il s'approvisionne en médicaments auprès d'une officine par commande à usage professionnel en indiquant le nom de l'établissement de santé avec lequel il a conclu une convention et la date de cette convention.

Le pharmacien facture les médicaments au praticien au tarif fixé par un arrêté du 11 décembre 2019 (JO 17/12/2019) pour mifépristone (MIFEGYNE®) et misoprostol (GYMISO®, MISOONE®).

Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 (JO du 20/02/2022)

EN SAVOIR PLUS :



- [AMELI](#)
 - ▶ [Modalités de prise en charge et facturation de la contraception](#)
 - ▶ [Modalités de prise en charge et facturation de l'IVG médicamenteuse](#)
 - ▶ [Mémo facturation de l'IVG médicamenteuse](#)
- [MEDDISPAR](#)

17

LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS

Pour être pris en charge par l'Assurance Maladie, les dispositifs médicaux doivent figurer sur la liste des produits et prestations (LPP), conformément à l'article L. 165-1 du CSS. Le décret n° 2012-860 du 5 juillet 2012 (JO du 7/07/2012) fixe les modalités liées à la prescription et à la délivrance des dispositifs médicaux et prestations associés inscrits à la LPP.

PRÉSENTATION

La LPP est une nomenclature arborescente et codifiée, qui comprend les spécifications techniques des dispositifs médicaux ayant démontré leur utilité médicale ainsi qu'un tarif de remboursement.

La LPP comprend actuellement cinq titres :

- **titre I :** dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements ;
- **titre II :** orthèses et prothèses externes ;
- **titre III :** dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine ;
- **titre IV :** véhicules pour handicapés physiques ;
- **titre V :** dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III.

Chaque code LPP comporte 7 chiffres et permet l'identification du produit ou de la prestation ainsi que la tarification.

Outre le code LPP à 7 chiffres, les produits et prestations présentent un code nature de la prestation (MAD, AAR, PA, ARO...).

Depuis janvier 2022, les codes LPP avec identification individuelle sont les seuls utilisables en facturation pour tous les produits inscrits au remboursement (via la LPP) des titres I, III et IV de la LPP, et partiellement pour le titre II.

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

► [LPP téléchargeable](#) (actualisation mensuelle) - Rubrique « documents utiles »

► [Base de codage LPP de l'Assurance Maladie](#) (mise à jour hebdomadaire)

Vous pouvez consulter la liste des produits et prestations selon les critères suivants :

» **Par code**

Cette option permet de rechercher un produit ou une prestation par son code ou son ancien code (exemple : 101P01.1) ou par sa désignation (exemple : PROTECTEUR DE HANCHE)

» **Par chapitre**

Cette recherche permet de consulter l'ensemble des produits et prestations classés par titre (exemple : TITRE I : dispositifs médicaux pour traitement et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements)

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX INSCRITS SUR LA LPP

L'obligation de prescription

La constatation des soins et l'ouverture du droit au remboursement des prestations en nature par l'Assurance Maladie sont, notamment, subordonnées à la production de l'ordonnance du prescripteur.

Articles L. 161-33 et R. 161-40 du CSS

Les produits et prestations inscrits sur la LPP ne peuvent être remboursés par l'Assurance Maladie que sur prescription :

- d'un médecin ;
- d'un chirurgien-dentiste pour les produits et prestations nécessaires à l'exercice de son art ;
- d'une sage-femme pour certains dispositifs médicaux visés par arrêté et notamment les contraceptifs intra-utérins ;
- d'un masseur-kinésithérapeute pour certains produits visés par arrêté, sauf indication contraire du médecin ;
- d'une infirmière ou d'un infirmier pour certains produits visés par arrêté et dans le cadre d'une prescription d'acte infirmier ;
- d'un pédicure-podologue pour les articles de pansements visés par arrêté ;
- d'un orthophoniste pour certains produits visés par arrêté, sauf indication contraire du médecin ;
- d'un orthoptiste pour certains produits visés par arrêté, sauf indication contraire du médecin ;
- d'un ergothérapeute pour certains produits visés par arrêté, sauf indication contraire du médecin.

*Article R. 165-1 alinéa 1 du CSS
Décret n°2022-737 du 28 avril 2022*

Les mentions de la prescription

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions de médicaments et de produits et prestations inscrits sur la LPP.

*Article 117-3 de la Convention médicale 2024-2029
(Arrêté du 20 juin 2024)*

Comme toutes les ordonnances, celles intervenant dans le domaine de la LPP doivent comporter les mentions suivantes : identification du prescripteur, nom et prénom(s) du bénéficiaire, date d'établissement...

Article R. 161-45 du CSS

En sus des mentions précitées, une ordonnance d'un produit ou d'une prestation inscrit sur la LPP doit être conforme aux conditions particulières de remboursement éventuellement prévues par la nomenclature.

Article R. 165-38 du CSS

Enfin, et pour en faciliter sa bonne exécution, l'ordonnance comportant la prescription d'un produit ou d'une prestation inscrit sur la LPP doit mentionner :

- la désignation du produit ou de la prestation permettant son rattachement précis à la LPP ;
- la quantité de produit ou le nombre de conditionnements nécessaires compte tenu de la durée de prescription prévue ;
- le cas échéant, les conditions particulières d'utilisation du produit ou de la prestation auxquelles est subordonnée son inscription sur ladite liste ;
- le cas échéant, l'âge et le poids du bénéficiaire des soins.

Article R. 165-38 du CSS



La durée de la prescription et la première délivrance

La prescription d'un produit ou d'une prestation inscrits sur la LPP ne peut être faite pour une durée supérieure à douze mois. Au-delà de ce délai, une nouvelle prescription est nécessaire.

Article R. 165-36 du CSS

L'ordonnance indique soit la durée totale de la prescription, soit le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois, dans la limite de douze mois.

Article R. 165-37 du CSS

Pour en permettre la prise en charge, le distributeur au détail ne peut effectuer la première délivrance de produits ou de prestations inscrits sur ladite liste que sur présentation d'une ordonnance datant de moins de six mois. Le cas échéant, dans l'intérêt de la santé du patient, le prescripteur peut décider que l'exécution de l'ordonnance devra intervenir dans un délai inférieur à six mois ; dans ce cas, le prescripteur porte expressément sur l'ordonnance la mention « A exécuter avant le », suivie de la date à laquelle, au plus tard, la prescription devra avoir été exécutée. La validité de l'ordonnance est expirée à l'issue de la délivrance des produits et prestations correspondant à la durée totale de la prescription.

Article R. 165-40 du CSS

La limitation de la dispensation de dispositifs médicaux aux besoins nécessaires à la durée de traitement peut être décidée par arrêté ministériel.

Article L.5123-8 du CSP

*Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 (art. 53)
(JO du 27/12/2023)*

La prise en charge

L'arrêté d'inscription d'un produit ou d'une prestation sur la LPP peut préciser, notamment, les indications thérapeutiques ou diagnostiques et les conditions particulières de prescription ou d'utilisation du produit ou d'une prestation ouvrant droit à la prise en charge, ainsi qu'un prix limite de vente pouvant être inscrit à la LPP.

Art. R. 165-1 du CSS

Les dispositifs LPP sont pris en charge à 60 %, sauf dans le cas d'un accident de travail ou d'une maladie

professionnelle : jusqu'à 150 % (code prestation ATL), et à 100 % pour l'ALD, l'invalidité, les orthoprothèses (Titre II chapitre 7) et les prothèses oculaires et faciales (Titre II chapitre 5).

Pour en permettre la prise en charge, le distributeur au détail ne peut délivrer, en une seule fois, un volume de produits ou de prestations correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois de trente jours.

Toutefois, les produits disponibles sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée, dans la limite de la durée totale de prescription restant à courir et sous réserve qu'il s'agisse du conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

Article R. 165-41 du CSS

Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, le caractère non remboursable des produits ou prestations qu'ils prescrivent en dehors des indications thérapeutiques ou diagnostiques telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 (LPP), ou des conditions figurant sur cette même liste.

Article L.162-4 du CSS

La prise en charge du renouvellement

L'état du dispositif médical et/ou l'évolution de l'état du patient doivent justifier le renouvellement.

L'ouverture du droit à remboursement du renouvellement d'un dispositif médical ne peut avoir lieu qu'après échéance du délai de garantie (fixé à la LPP ou à défaut le délai de garantie légale de deux ans) et doit toujours répondre à deux conditions cumulatives :

- le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient ;
- pour les produits dont la durée normale d'utilisation est fixée par l'arrêté d'inscription, cette durée doit être écoulee.

Toutefois, la prise en charge du renouvellement avant expiration de cette durée peut être envisagée après avis du médecin conseil.

Article R.165-24 CSS



La délivrance exceptionnelle

Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien d'officine délivre, dans la limite de trois mois, par délivrances successives d'un mois, les dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite du traitement si les conditions suivantes sont remplies :

- l'ordonnance comporte la prescription de dispositifs médicaux permettant une durée totale de traitement d'au moins trois mois ;
- la première délivrance intervient dans le mois suivant l'expiration de l'ordonnance.

Le pharmacien délivre le conditionnement le plus économique compatible avec la délivrance exceptionnelle pour une durée d'un mois compte tenu de la prescription initiale figurant sur l'ordonnance.

Le pharmacien précise, au moyen des téléservices mentionnés à l'article L. 4071-3, le ou les dispositifs médicaux délivrés ainsi que, pour chacun d'eux, la quantité de dispositifs médicaux délivrés suivie de la mention « délivrance supplémentaire exceptionnelle ». En l'absence de prescription électronique, ces informations, ainsi que la date de délivrance et le timbre de l'officine, sont apposés sur l'ordonnance.

Le pharmacien informe de la délivrance le médecin prescripteur dès que possible par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1470-5 ou, à défaut, par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations.

Les dispositifs médicaux dont la prise en charge par l'Assurance Maladie est subordonnée à une entente préalable peuvent faire l'objet de cette dispensation supplémentaire exceptionnelle.

Décret n° 2024-1070 du 26 novembre 2024 (JO du 28/11/2024)

Arrêté du 5 février 2008 pris pour l'application de l'article L. 5125-23-1 du CSP

Article R.5211-74 du CSP

La nécessité de précision de l'ordonnance

Lorsque l'ordonnance portant prescription d'un produit ou d'une prestation inscrits sur la LPP ne comporte pas

une ou plusieurs informations nécessaires à l'exécution et à la prise en charge de la prescription, le distributeur au détail en informe le prescripteur, sans délai et par tout moyen, et sollicite les précisions permettant la délivrance et la prise en charge du produit ou de la prestation.

Article R. 165-42 du CSS

La substitution d'un dispositif médical

A l'inverse des dispositions applicables pour les médicaments, les dispositifs médicaux ne peuvent pas faire l'objet d'une substitution par le pharmacien sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

Article L.5125-23 du CSP

Les dispositifs médicaux soumis à accord préalable

Selon l'article R.165-23 du CSS, l'arrêté d'inscription du produit ou de la prestation prévoit de soumettre sa prise en charge à la procédure de DAP.

En l'absence de réponse de la caisse dans les 15 jours qui suivent la demande, son accord est réputé acquis.

En cas de complexité de l'analyse de la demande, de l'impact budgétaire constaté ou prévisible de la prestation qui en fait l'objet ou du nombre prévisible de demandes, ce délai peut être porté à 21 jours.

Article D. 315-5 du CSS

Pour l'officine, la procédure de l'accord préalable concerne notamment les produits et prestations suivants :

- le système de mesure en continu du glucose interstitiel ;
- l'oxygénothérapie à long terme (demande « d'entente préalable ») ;
- le siège coquille de série ;
- les fauteuils roulants électriques.

La liste complète figure dans le [Guide des références juridiques des produits de santé](#) :

Pour certains dispositifs médicaux, il existe des modèles de prescription valant DAP :

Ainsi, pour les systèmes de mesure en continu du glucose interstitiel, il s'agit de l'imprimé Cnam n° 633.

Ces modèles sont accessibles sur amelipro et remplissables en ligne par le prescripteur.



EN PRATIQUE : EXEMPLES DE PRESCRIPTIONS IMPRÉCISES

Que faire en cas de présentation d'une ordonnance avec la mention « matelas anti-escarres à l'achat » ou « coussin anti-escarres » sans autre précision ?

Il convient de contacter le prescripteur pour faire préciser la classe correspondant aux besoins médicaux du patient. En l'absence de précision, seul un matelas/coussin de classe I pourra être facturé.

Que faire en cas de présentation d'une ordonnance avec la mention « location d'un lit médicalisé pendant x semaines » sans autre précision ?

Il convient d'appeler le prescripteur afin d'obtenir des précisions, notamment : quel type de lit (standard ou barrières), un matelas est-il nécessaire et sa classe le cas échéant, le poids du patient, ...

Que faire en cas de présentation d'une ordonnance sans précision sur le nombre de contrôles quotidiens ou hebdomadaires de glycémie à réaliser par le patient ?

Il convient de contacter le prescripteur pour connaître ses préconisations.

Modèles d'ordonnances spécifiques

Des modèles d'ordonnances spécifiques à certains dispositifs et prestations, non opposables mais permettant une prescription précise, sont publiés au JO ou mis à disposition par la Cnam :

- insulinothérapie par pompe externe programmable ;
- perfusion à domicile ;
- prothèses mammaires externes (ci-contre).

Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe	
Date de la prescription : ____/____/____	
Nom et prénom de la patiente : _____	
Date de naissance : ____/____/____	
Poids : ____ Kg	
Sein concerné par la prescription (cf. une prescription par prothèse mammaire) :	
☐ sein gauche	
☐ sein droit	
Indication	
☐ après une mastectomie totale ou partielle ;	
☐ asymétrie congénitale ou acquise ;	
☐ hypoplasie majeure ou aplasie.	
Historique de prescription de prothèse mammaire externe	
☐ 1 ^{ère} prescription de prothèse mammaire externe	
☐ renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire)	
☐ renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)	
En cas de mastectomie :	
Date de la mastectomie : ____/____/____	
Type de mastectomie	
☐ mastectomie partielle	
☐ mastectomie totale	
Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée)	
☐ la peau est fragilisée par une radiothérapie,	
☐ la cicatrice est hyperesthésique	
☐ la qualité de la cicatrice est irrégulière	
☐ la patiente présente des adhérences cicatricielles	
☐ il y a présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème	
☐ la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales	
☐ la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation	
→ une prothèse mammaire externe est prescrite : ☐ Oui ☐ Non	
[CACHET DU MÉDECIN]	



EN PRATIQUE : QUELQUES EXEMPLES

1 TIRE-LAIT

La **prescription initiale est limitée à dix semaines** afin d'assurer le suivi de l'allaitement et prévenir les arrêts précoces. La durée maximale de chaque prescription de renouvellement est limitée à trois mois.

Lors de la dispensation du matériel, une formation doit être effectuée par le pharmacien d'officine à la personne à qui est délivré le matériel loué.

Le pharmacien peut ainsi facturer un « forfait de mise à disposition ».

La formation doit comprendre notamment :

- une présentation générale du matériel et des consommables ;
- la formation technique relative au fonctionnement et à l'entretien du matériel et des consommables ;
- la délivrance d'une notice d'utilisation ;
- le choix de la taille de la tétérrelle ;
- un rappel des règles d'hygiène et de conservation du lait.

Arrêté du 11 mars 2019 portant modification des modalités de prise en charge des tire-laits inscrits au titre 1^{er} de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du CSS

Remarque : les tire-laits à l'achat ne sont pas pris en charge.

2 NEUROSTIMULATEUR

Les appareils de neurostimulation électrique transcutanée et consommables sont indiqués pour le traitement des douleurs rebelles. La prise en charge est assurée pour les patients atteints de douleurs neurogènes d'origine périphérique.

Leur prise en charge est subordonnée à :

- la réalisation d'un test d'efficacité de la technique selon une échelle d'évaluation de la douleur, dans **une structure de lutte contre les douleurs chroniques** ;
- la prescription et le **suivi de l'efficacité de la technique à un mois, trois mois et six mois** par la structure de lutte contre la douleur.

Leur prise en charge est assurée :

- à la **location pendant une durée de six mois** à compter de la date de prescription initiale ;
- **puis à l'achat** en cas d'efficacité de la technique avérée.

Le tarif couvre la fourniture de l'appareil, des deux câbles, du chargeur avec accumulateur et de quatre électrodes souples.

Consultez la [liste des structures de lutte contre les douleurs chroniques](#) sur le site sante.gouv.fr.

Remarque : un nouvel arrêté prenant effet en avril 2026 modifiera les modalités de prise en charge des neurostimulateurs.

③ COMPLÉMENTS DE NUTRITION ORALE (CNO)

La **première prescription** de CNO pour un patient est effectuée pour **un mois** maximum.

La **première délivrance** est limitée à **10 jours** de traitement.

A l'issue de cette période, le pharmacien, après avoir évalué l'observance par le patient, adapte si nécessaire, dans les limites des apports prévus par la prescription, le complément prescrit pour la suite de la délivrance.

Arrêté du 7 mai 2019 portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS

④ ARTICLES POUR PANSEMENTS

A la suite de la prescription initiale d'articles pour pansements inscrits à la LPP, la **première délivrance** par le pharmacien est limitée à **7 jours** de traitement.

La délivrance des 7 jours concerne tous les articles pour pansements du chapitre 3 de la section 1 de la LPP : les pansements, les pansements à l'argent, les compresses et coton, les moyens de fixation et de maintien et les sets de pansements.

A la demande expresse du patient, cette délivrance peut ensuite être renouvelée à l'issue de la période de traitement couverte par le premier conditionnement, en fonction des besoins du patient, et dans la limite de la durée de traitement mentionnée sur l'ordonnance sans dépasser 30 jours.

La règle des 7 jours ne s'applique pas pour une ordonnance à l'identique de renouvellement de soins chroniques (tout changement de taille, de qualité ou de marque entraîne un retour à la délivrance d'une période de 7 jours).

Arrêté du 13 mars 2025 portant modification des modalités d'inscription des articles pour les pansements inscrits au chapitre 3 de la section 1 de la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS

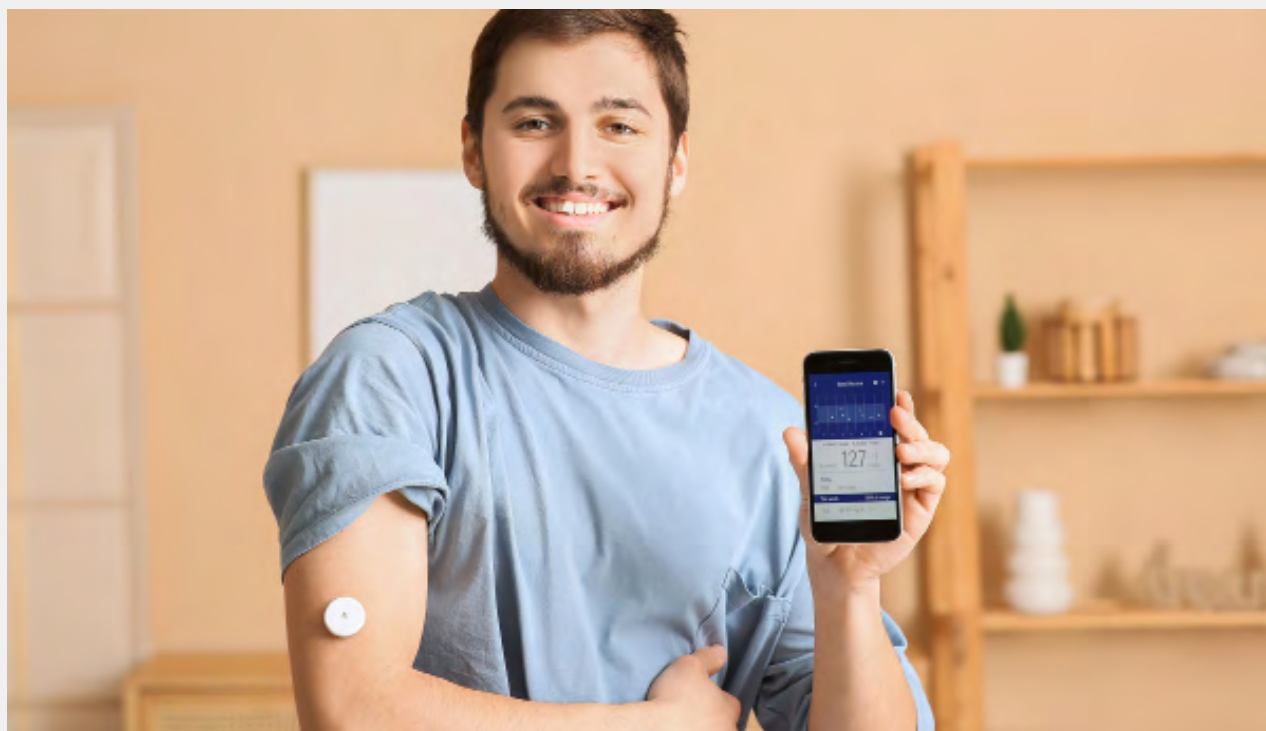
⑤ MATÉRIEL DE SURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE

Bandelettes pour l'autosurveillance glycémique :

- pas plus de 200 bandelettes par an pour les personnes non traitées par insuline ;
- pas plus de 100 bandelettes par an pour les personnes utilisant un système de mesure en continu du glucose interstitiel.

Capteurs de glycémie :

- pas plus de 26 capteurs Freestyle Libre 2 par an ;
- pas plus de 24 capteurs Freestyle Libre 2 PLUS par an.



6 PERFADOM

Les prestations relevant de la nutrition parentérale, l'insulinothérapie, les injections intraveineuses ou sous-cutanées directes d'une durée inférieure à 15 minutes ne relèvent pas du domaine des perfusions à domicile.

Logique de forfaitisation hebdomadaire, avec 5 types de forfait (PERFADOM) pour l'officine :

- installation ;
- suivi ;
- consommables et accessoires (à noter que les médicaments ne sont pas inclus dans les forfaits consommables et accessoires) ;
- entretien intercure ;
- débranchement d'un diffuseur ou d'un système actif électrique rempli en établissement de soins.

Sont admises au remboursement les perfusions de médicaments et de solutés, réalisées par voie veineuse, sous-cutanée ou péri nerveuse, selon **trois modes d'administration** :

- gravité (durée supérieure ou égale à 15 minutes) ;
- diffuseur (durée supérieure ou égale à 30 minutes) ;
- système actif électrique : pompe ou pousse seringue (durée supérieure ou égale à 60 minutes).

Principales règles de facturation :

- **unité de facturation = la semaine** ;
- jour de la première perfusion = date de début de traitement ;
- **facturation des forfaits PERFADOM établie à l'échéance des périodes hebdomadaires** ;
- durée de prise en charge = durée prescrite (et non pas pour la durée de mise à disposition du matériel) ;
- pansements nécessaires au maintien et à la protection de la perfusion inclus dans le forfait de consommables (ils ne peuvent donc pas être facturés en plus) ;
- en cas d'hospitalisation : suspension de la facturation jusqu'au retour à domicile (hors cas d'HAD).

Cas général pour la perfusion par gravité :

- 1^{ère} semaine de perfusion → 1 forfait d'installation/suivi (code LPP spécifique) + 1 ou plusieurs forfaits de consommables et d'accessoires.
- semaines suivantes → 1 ou plusieurs forfaits de consommables et d'accessoires.

Remarque : aucun forfait PERFADOM ne peut être pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre d'une prescription de soluté de glucose à 5 % sans autre prescription concomitante d'électrolytes ou de médicament à perfuser.

*Arrêté du 28 avril 2016 (JO du 29/04/2016) modifiant l'arrêté du 12 avril 2016
Arrêtés du 26 juin 2019 (JO du 27/06/2019) et du 25 novembre 2021 (JO du 30/11/2021)*

Un modèle de prescription de perfusion à domicile est proposé en annexe de l'arrêté du 26 juin 2019 de la nomenclature. Si ce modèle n'est pas opposable, il comporte tous les éléments indispensables énumérés dans cet article et devant figurer sur une ordonnance.

La **circulaire CIR-3/2022 du 25 janvier 2022** permet une meilleure compréhension de la mise en œuvre de cette nomenclature.

Un [guide à destination des pharmaciens d'officine « la perfusion à domicile et sa facturation Perfadom »](#) est disponible sur le site de l'OMEDIT Ile de France.

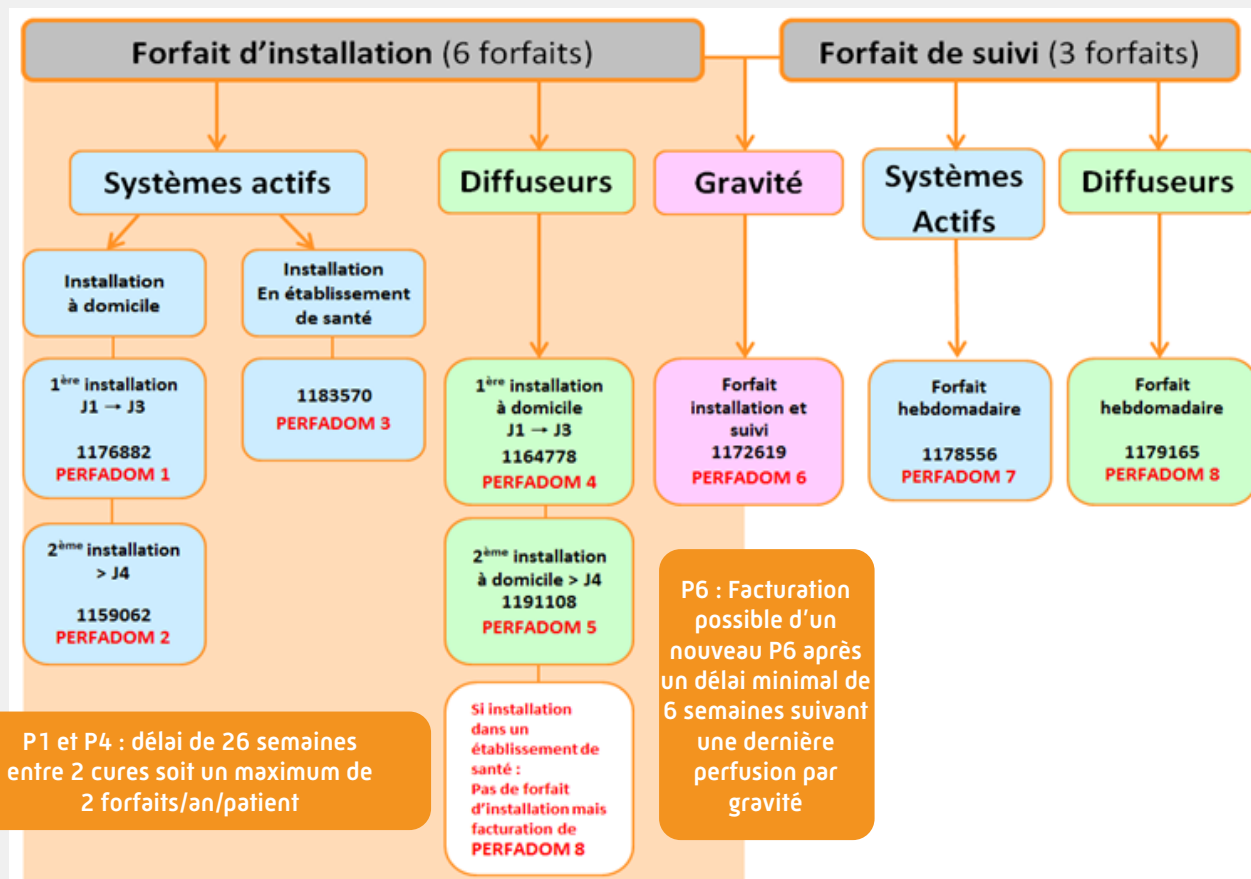
Exemple d'une prescription d'ACLASTA®

« 1 perfusion par gravité à domicile unique d'ACLASTA® 5 mg »

- ➡ A l'initiation de traitement : 1 forfait d'installation et de suivi **PERFADOM 6**.
- ➡ A la fin du traitement : 1 forfait **PERFADOM 17** (forfait unitaire perfusion par gravité < 15 perf/28 j et < 7/semaine)



Forfaits PERFADOM



Forfait de consommables et d'accessoires (27 forfaits)						
Systèmes actifs	Diffuseurs	Gravité	Entretien Voie centrale	Transfusion	Débranchement	Immunoglobuline IG
Forfait hebdo 1 perf / semaine 1168470 PERFADOM 27	Forfait hebdo 1 perf / semaine 1156023 PERFADOM 34	Forfait / Perf <15 perf/28j avec - 7perf/sem. 1185160 PERFADOM 17 max 6 P17 sur 7j	Hors Picc-Line 1103392 PERFADOM 21	1 forfait par transfusion de produits sanguins labiles en EFS 1137095 PERFADOM 23	Débranchement à domicile d'un diffuseur fourni, rempli et posé dans un établissement de santé au cours d'une hospitalisation 1157318 PERFADOM 24	1 perf/semaine de cure d'IG Diffuseurs 1103647 PERFADOM 43
Forfait hebdo 2-3 perf/semaine 1136061 PERFADOM 28	Forfait hebdo 2-3 perf/sem. 1101648 PERFADOM 35	Forfait hebdo 1 perf/j ou 7/7j 1121326 PERFADOM 18	Picc-Line 1170419 PERFADOM 22			Systèmes actifs 1153467 PERFADOM 41
Forfait hebdo 4-6 perf/semaine 1126364 PERFADOM 29	Forfait hebdo 4-6 perf/sem. 1107250 PERFADOM 36	Forfait hebdo 2 perf/j ou 14/7j 1143279 PERFADOM 19			Débranchement à domicile d'un système actif électrique fourni par un prestataire ou un pharmacien d'officine, rempli et branché par un établissement de santé au cours d'une hospitalisation 1195879 PERFADOM 45	1 perf / cure d'IG mensuelle, bimestrielle ou trimestrielle Diffuseurs 1120261 PERFADOM 44
Forfait hebdo 1 perf/j ou 7/7j 1187489 PERFADOM 30	Forfait hebdo 1 perf/j ou 7/7j 1154018 PERFADOM 37	Forfait hebdo >2 perf/j ou >21/7j 1153616 PERFADOM 20				Systèmes actifs 1149141 PERFADOM 42
Forfait hebdo 2 perf/j ou 14/7j 1169675 PERFADOM 31	Forfait hebdo 2 perf/j ou 14/7j 1131030 PERFADOM 38					
Forfait hebdo 3 perf/j ou 21/7j 1134211 PERFADOM 32	Forfait hebdo 3 perf/j ou 21/7j 1102270 PERFADOM 39					
Forfait hebdo >3 perf/j ou 28/7j 1150865 PERFADOM 33	Forfait hebdo >3 perf/j ou 28/7j 1122395 PERFADOM 40					

7 AÉROSOLTHÉRAPIE

La **spécialité pharmaceutique est remboursable** et prescrite conformément aux indications thérapeutiques remboursables ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont prescrites et l'une d'elles est remboursable. Dans ce cas, la **prise en charge par l'Assurance Maladie de la location d'un appareil générateur d'aérosol** et l'achat des accessoires est possible.

Lorsqu'aucun des médicaments à nébuliser prescrits n'est remboursable, la prise en charge par l'Assurance Maladie de la location d'un appareil générateur d'aérosol ainsi que des accessoires n'est pas possible.

Principe actif spécialités unidoses pour nébulisation	Indications RCP	Prise en charge par l'Assurance maladie		Règles de prescription
		Médicaments	LPP	
Ipratropium (ATROVENT® et spécialités génériques) Terbutaline (BRICANYL® et spécialités génériques) Salbutamol (VENTOLINE® et spécialités génériques)	Adulte	Prise en charge dans les indications AMM et si prescrit par spécialiste autorisé. Pas de prise en charge si prescrit par médecin généraliste ou spécialiste non autorisé	Pas de prise en charge de la prestation d'aérosolthérapie correspondante si pas de prise en charge des spécialités En cas d'association de plusieurs spécialités dont au moins une est prise en charge, la prestation d'aérosolthérapie est prise en charge	Prescription restreinte réservée uniquement aux spécialistes : ● en pneumologie ● en pédiatrie Lors de la prescription : ● initiale ● de renouvellement <i>(Administration possible par tout médecin intervenant en situation d'urgence ou dans le cadre d'une structure d'assistance médicale mobile ou de rapatriement sanitaire)</i>
	♦ Traitement symptomatique des asthmes aigus graves			
	♦ Traitement des poussées de BPCO			
	Enfant (et nourrisson pour salbutamol)			
	♦ Traitement symptomatique des asthmes aigus graves			
Budésonide (PULMICORT® et spécialités génériques)	Adulte	Prise en charge * extension AMM JO 03/06/20 et 31/07/20	Prise en charge de la prestation d'aérosolthérapie correspondante	Tout prescripteur en prescription initiale et en renouvellement
	♦ Traitement continu anti- inflammatoire de l'asthme persistant sévère			
	Enfant/adolescent < 18 ans	Prise en charge	Prise en charge de la prestation d'aérosolthérapie correspondante	
	♦ Traitement continu anti- inflammatoire de l'asthme persistant sévère			
Béclométasone dipropionate (BECLOSPIN® et spécialités génériques)	Adulte/adolescent ≥ 12 ans	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge de la prestation d'aérosolthérapie correspondante	Tout prescripteur en prescription initiale et en renouvellement
	♦ Traitement continu de l'asthme			
	Enfant ≤ 5 ans			
	♦ Traitement des épisodes récurrents de sibilances			
	Enfant < 12 ans	Prise en charge	Prise en charge de la prestation d'aérosolthérapie correspondante	
	♦ Traitement continu de l'asthme			



RCP des spécialités concernées, Avis HAS, Code de la santé publique, Code de la sécurité sociale

http://infoslettre.info/24/20-TousPs/docs/Memo_aerosoltherapie_082020.pdf

18

LES MISSIONS DE PRÉVENTION DU PHARMACIEN

Les pharmaciens d'officine occupent un rôle majeur en tant qu'acteurs de santé publique dans la prévention et le dépistage.

LA VACCINATION

Afin de simplifier le parcours de vaccination et améliorer la couverture vaccinale de la population vis-à-vis de certaines maladies infectieuses pouvant être graves, les compétences vaccinales des pharmaciens, étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques, préparateurs, sages-femmes et infirmiers ont été élargies.

Les compétences vaccinales à l'officine

Les pharmaciens d'officine sont désormais autorisés à :

- prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus selon les recommandations figurant dans ce même calendrier, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immuno-déprimées ;
- administrer les vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus selon les recommandations figurant dans ce même calendrier ;

- prescrire et administrer les vaccins contre la grippe saisonnière aux personnes âgées de onze ans et plus, ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales ;
- prescrire et administrer les vaccins contre le covid-19 aux personnes âgées de cinq ans et plus, ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales.

Ces activités requièrent d'y être préalablement formé. Le pharmacien devra par ailleurs déclarer son activité auprès de l'Ordre des pharmaciens.

Les **étudiants en troisième cycle** des études pharmaceutiques et **préparateurs formés** peuvent administrer les mêmes vaccins que les pharmaciens, **sous la supervision** d'un pharmacien formé.

Il est à noter que le droit de prescription et d'administration n'est pas une condition suffisante pour permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie du vaccin et de l'acte d'injection. Un arrêté de prise en charge (restreignant parfois les conditions) du vaccin doit être publié au JO.



La vaccination à l'officine : droit de prescription, d'administration et prise en charge

Prescription



11 ans et +

selon les recommandations
du calendrier vaccinal
en vigueur

à l'exception des vaccins vivants atténués
chez les personnes
immunodéprimées

+ vaccins contre la grippe

ciblés OU NON
par les recommandations

5 ans et +
contre la **Covid**

Administration



11 ans et +

selon les recommandations
du calendrier vaccinal
en vigueur

+ vaccins contre la grippe

ciblés OU NON
par les recommandations

5 ans et +
contre la **Covid**

Recommandé ne signifie pas systématiquement remboursé => se référer au JO

Le droit de prescription des vaccins par les infirmiers et sages-femmes

Concernant les vaccins, les infirmiers ont les mêmes droits de prescription que les pharmaciens.

Les sages-femmes ont des compétences vaccinales plus étendues (pas de restrictions d'âge) et sont autorisées à :

- prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés au calendrier des vaccinations en vigueur à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées ;
- prescrire les vaccins contre la grippe saisonnière et contre le covid-19 à toutes les personnes ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales.

Décret n°2023-736 du 8 août 2023 (JO du 9/08/2023)

Décret n°2024-1132 du 4 décembre 2024 (JO du 5/12/2024)

Arrêté du 4 décembre 2024 (JO du 5/12/2024)

Arrêté du 4 décembre 2024 (JO du 5/12/2024)



Vaccins : droits de prescription et d'administration à l'officine; droits de prescription des infirmiers et sages-femmes

	PHARMACIEN formé et déclaré pour cette activité				Prescription INFIRMIER		Prescription SAGE-FEMME
Vaccins	Moins de 11 ans		11 ans et plus		Moins de 11 ans	11 ans et plus	Tout public
	PRESCRIPTION	ADMINISTRATION *	PRESCRIPTION	ADMINISTRATION *			
Coqueluche	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Covid 19	Oui à partir de 5 ans **	Oui à partir de 5 ans **	Oui **	Oui **	Oui à partir de 5 ans **	Oui **	Oui **
Diphtérie, tétanos, poliomyélite	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Grippe	Non	Non	Oui **	Oui **	Non	Oui **	Oui **
Infections invasives à Haemophilus Influenzae de type B	Non	Non	Sans objet	Sans objet	Non	Sans objet	Oui (enfants)
Hépatite A	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Hépatite B	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Infections invasives à méningocoque (IIM)	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Papillomavirus humains (HPV)	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Infections à pneumocoque (IP)	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Virus respiratoire syncytial (VRS)	Sans objet		Oui	Oui	Sans objet	Oui	Oui
Rage en pré exposition	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Rotavirus	Non	Non	Sans objet		Non	Sans objet	Oui *** (nourrissons)
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	Non	Non	Oui ***	Oui ****	Non	Oui ***	Oui ***
Tuberculose (BCG)	Non	Non	Oui ***	Oui ****	Non	Oui ***	Oui ***
Varicelle	Non	Non	Oui ***	Oui ****	Non	Oui ***	Oui ***
Zona (Shingrix®)	Sans objet		Oui	Oui	Sans objet	Oui	Oui (adultes)

* + préparateur formé sous supervision + étudiant en pharmacie de 3^{ème} cycle formé sous supervision

** ciblés ou non par les recommandations

Vaccin vivant atténué

*** à l'exception des personnes immunodéprimées

**** en lien avec le médecin prescripteur chez les personnes immunodéprimées

L'ensemble des vaccins, à l'exception des vaccins antigrippaux, est désormais classé sur la [liste I des substances vénéneuses](#) (décision ANSM du 7 septembre 2023). Leur dispensation en pharmacie est donc soumise à une prescription obligatoire.

Certains vaccins sont recommandés, voire obligatoires, pour partir dans certains pays étrangers ; ces situations ne relèvent pas du calendrier des vaccinations en vigueur mais des recommandations sanitaires aux voyageurs. Le pharmacien n'est pas autorisé à les prescrire ni à les administrer dans ces situations et [l'Assurance Maladie ne les prend pas en charge](#).

Modalités de facturation et de rémunération

Pour la **vaccination anti-grippale**, les patients ne faisant pas partie de la population éligible ne peuvent pas obtenir de prise en charge par l'Assurance Maladie ni pour la délivrance du vaccin, ni pour l'acte d'injection. Seul l'imprimé de prise en charge donne lieu à une prise en charge du vaccin par l'Assurance Maladie. Une ordonnance ne peut le remplacer.

Concernant la **vaccination contre le covid-19**, si une personne n'est pas dans la cible et souhaite être vaccinée, elle peut bénéficier de cette vaccination ; le vaccin est pris en charge à 100 % pour tous. Il n'y a pas d'imprimé de prise en charge ni d'autre document justificatif à présenter pour être vacciné contre le covid-19.

Pour les **autres vaccins** pour lesquels votre patient est éligible à une prise en charge par l'Assurance Maladie, différentes modalités de facturation existent :

Si le patient se présente sans ordonnance, vous devez :

- télécharger le bon de prise en charge du vaccin sur amelipro ou sur la page « mémo Assurance Maladie » de votre logiciel ;
- compléter le bon de prise en charge qui servira de prescription ;
- facturer via la norme de facturation le vaccin (code CIP) et l'injection (code prestation « RVA ») :
 - » indiquer le code prescripteur pharmacien dédié 291990869 ;
 - » s'identifier en tant qu'exécutant sur la facture télétransmise.

Les conditions de prise en charge sont celles du droit commun.

Si le patient se présente avec une ordonnance prescrivant un vaccin, vous devez facturer via la norme de facturation le vaccin (code CIP) et l'injection (code prestation « RVA ») :

- » indiquer le code prescripteur figurant sur l'ordonnance ;
- » vous identifier en tant qu'exécutant sur la facture télétransmise.

Les conditions de prise en charge sont celles du droit commun.

Si le patient se présente avec le vaccin à l'officine :

L'acte d'injection par le pharmacien n'est pas conditionné à la dispensation et à la facturation d'un vaccin. L'honoraire associé à cet acte (RVA) peut donc être facturé indépendamment du vaccin.

Vous devez donc facturer le code acte RVA en indiquant le numéro de prescripteur pharmacien dédié (291990869) si vous êtes à l'origine de la prescription ou, à défaut, le numéro du prescripteur indiqué sur l'ordonnance.

L'acte de vaccination est pris en charge par l'Assurance Maladie uniquement lorsque le vaccin l'est aussi.

Arrêté du 4 décembre 2024 (JO du 5/12/2024)

Arrêté du 5 juillet 2024 (JO du 7/07/2024)

Arrêté du 13 février 2025 (JO du 22/02/2025)



BON À SAVOIR :

- ➔ Dans un contexte épidémique, l'ARS Auvergne Rhône Alpes peut prendre en charge certains vaccins pour les personnes contact (ex. infections invasives à méningocoques, hépatite A). Pour se faire rembourser, le pharmacien adresse sa facturation à l'ARS via [Chorus Pro](#).

Contact :

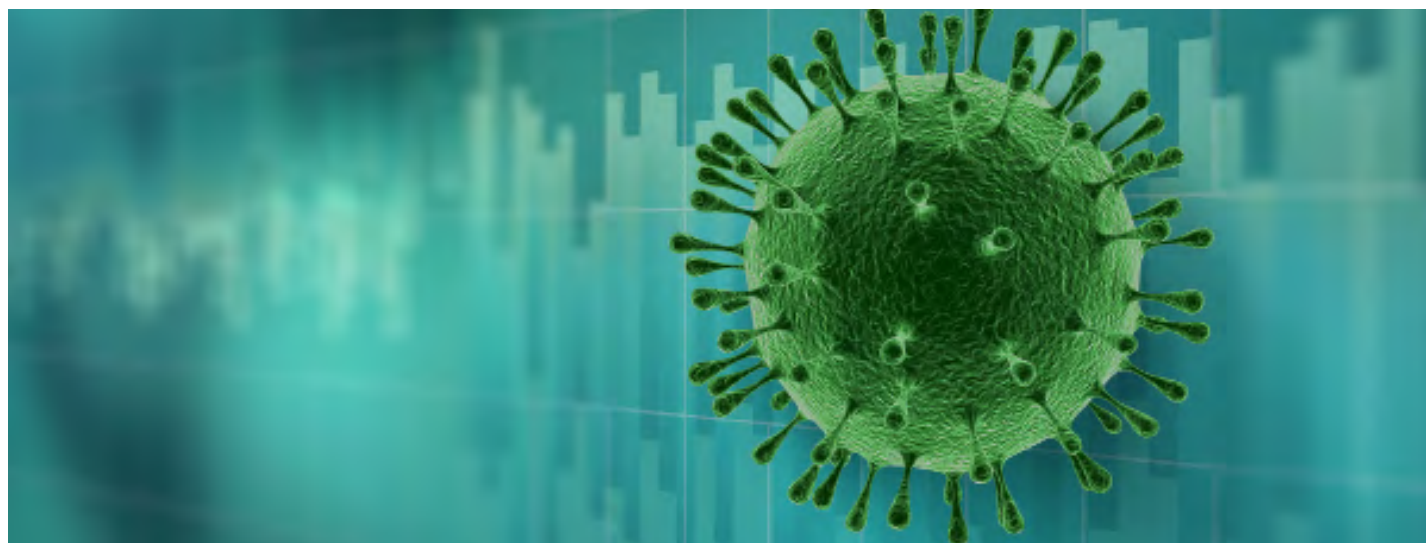
ars-ara-service-facturier@ars.sante.fr

	Code acte	Tarif de l'honoraire de vaccination		Rémunération supplémentaire annuelle pour la prescription d'un vaccin
Vaccination contre la grippe	VGP	7,50 € TTC		
Vaccination contre la Covid	INJ	7,50 € TTC		
Autres vaccinations	RVA	Avec prescription médicale	7,50 € TTC	
		Sans prescription médicale	9,60 € TTC Le pharmacien sera rémunéré uniquement s'il réalise aussi l'injection après avoir prescrit le vaccin. NB : en 2027 : - suppression du RVA à 9,60 € et de la rémunération supplémentaire de 3 € par code RVA à 9,60 € ; - création d'un honoraire de prescription des vaccinations recommandées lorsque la personne ne dispose pas d'une prescription préalable : 7,50 € TTC, cumulable avec l'honoraire de vaccination : 7,50 € TTC.	Paiement annuel de 3 € TTC par code de vaccination RVA à 9,60 € facturé (= prescription du vaccin) si le taux de RVA à 9,60 € facturé est : - supérieur à 15 % en 2025 ; - supérieur à 25 % en 2026 de l'ensemble des vaccins réalisés à l'officine (code RVA). Versé au 1 ^{er} semestre de l'année N+1 Ainsi, en 2025 : si RVA 9,6 € TTC / RVA total (9,6 € + 7,5 €) > 15 %, le pharmacien perçoit 3 € TTC par code de vaccination tarifé à 9,6 €.

EN SAVOIR PLUS :



- Ministère de la Santé
 - ▶ [Calendrier vaccinal en vigueur](#)
 - ▶ [Questions-réponses](#)
- AMELI
 - ▶ [Vaccination par les pharmaciens d'officine](#)
- Ordre national des pharmaciens
 - ▶ [Questions-réponses](#)
- [Vaccination info-service](#)



LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

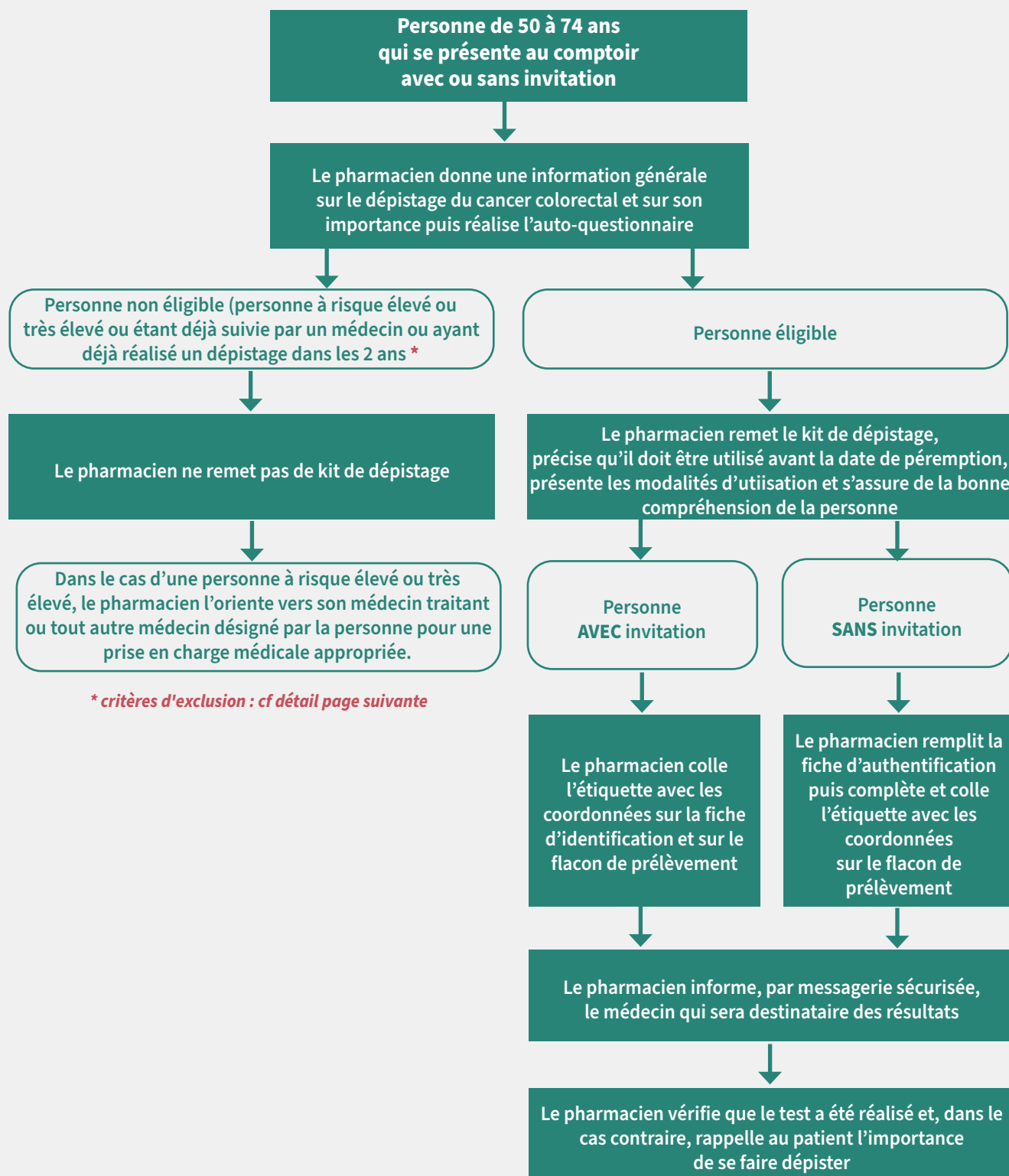
Le cancer colorectal, guéri dans 9 cas sur 10 s'il est détecté tôt, reste le deuxième cancer le plus mortel en France. Chaque année, 17 000 décès sont liés à cette pathologie et plus de 47 000 nouveaux cas sont détectés.

Afin d'améliorer le recours au dépistage organisé du cancer colorectal et d'atteindre la cible d'un taux de dépistage de 65 % comme recommandé au niveau européen, le circuit de remise du kit de dépistage est étendu aux pharmaciens d'officine depuis 2022.

Ce dépistage s'adresse aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans avec la réalisation d'un test tous les 2 ans.

A partir de 2024, les patients concernés par le dépistage sont invités par l'Assurance Maladie via l'envoi d'un courrier les informant qu'ils peuvent venir retirer un kit dans leur officine.

[L'auto questionnaire d'évaluation du dépistage du cancer colo rectal](#) mis à disposition par l'Institut national du cancer (INCa vous permet de vérifier l'éligibilité de votre patient.



Quels sont les critères d'exclusion du test ?

SYMPTÔMES ÉVOCATEURS D'UN CANCER COLORECTAL

- présence de sang (rouge ou noir) dans les selles ;
- douleurs abdominales d'apparition récente, persistantes ou inexpliquées, surtout après 50 ans ;
- troubles du transit récents et persistants, de cause inexpliquée, comme une diarrhée ou une constipation inhabituelle, ou une alternance de ces états, des coliques violentes, un syndrome rectal (faux besoins, ténésme, épreintes) ;
- amaigrissement inexpliqué ;
- anémie ferriprive.

⇒ Consultation chez un gastro-entérologue en vue d'une coloscopie

RISQUE ÉLEVÉ

- antécédent personnel de cancer colorectal ou adénome ;
- antécédent familial de cancer colorectal ou adénome de plus de 10 mm survenu chez un parent au 1^{er} degré < 65 ans ou chez au moins deux parents au 1^{er} degré (quel que soit l'âge) ;
- maladie inflammatoire chronique de l'intestin (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn).

⇒ Surveillance par coloscopie

RISQUE TRÈS ÉLEVÉ (PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE)

- polypose adénomateuse ;
- cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).

⇒ Surveillance par chromocoloscopie et suivi en consultation d'oncogénétique

SI LA PERSONNE A RÉALISÉ :

- une coloscopie totale il y a moins de cinq ans ;
- un coloscanner seul ou une coloscopie incomplète suivie d'un coloscanner il y a moins de deux ans).

EN PRATIQUE :



Le pharmacien peut s'approvisionner par commande gratuite sur le **portail amelipro**. S'il ne dispose pas de kits de dépistage, le patient peut se le procurer en ligne sur le site monkit.depistage-colorectal.fr.

La remise du kit est rémunérée **3 € TTC** en facturant le **code acte « RKD »** et **2€** supplémentaires seront versés si le patient réalise le test à la suite de la remise du kit.

Le montant total dû pour le nombre de tests réalisés au cours d'une année sera versé par un paiement annuel au deuxième trimestre l'année suivante.

Quelle formation ? Le pharmacien voulant s'impliquer dans ce dépistage doit avoir suivi une formation organisée par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - ▶ [remise du kit de dépistage du cancer colorectal en officine](#)
 - ▶ [dépistage du cancer colorectal par test immunologique et autres modalités](#)
- Ordre national des pharmaciens
 - ▶ [promouvoir le dépistage du cancer colorectal](#)



LA PRISE EN CHARGE DES CYSTITES SIMPLES

En tant qu'acteur de santé publique et de proximité, le pharmacien d'officine a un rôle à jouer aux côtés des prescripteurs, pour faciliter la prise en charge des femmes présentant une pollakiurie ou des brûlures mictionnelles. Il contribue également, dans ce contexte, à la juste prescription des antibiotiques.

C'est pourquoi, dans le cadre du dépistage d'une infection urinaire simple (cystite), le pharmacien peut désormais remettre une bandelette urinaire (BU) à la patiente, réaliser son analyse et, le cas échéant, délivrer sans prescription l'antibiotique adapté.

Après vérification des critères d'éligibilité et d'exclusion pour réaliser le test, le pharmacien remet la bandelette urinaire à la patiente. A noter qu'en l'absence de sanitaires conformes à la réglementation en vigueur et mis à disposition au public, le pharmacien doit organiser avec les patientes les conditions les plus adaptées pour le recueil des urines et s'assurer de la bonne compréhension des conditions de recueil et du délai court d'acheminement à l'officine par celles-ci.

Une fois que la bandelette urinaire est réalisée par la patiente, le pharmacien procède ensuite à l'analyse et

à l'interprétation de son résultat puis, le cas échéant, à la délivrance de l'antibiotique et/ou l'orientation de la patiente vers le médecin traitant.

A chaque dépistage, le pharmacien doit compléter le [compte rendu de prise en charge à l'officine de la cystite simple de la femme](#), mis à disposition sur [ameli.fr](#), faisant état du résultat du test. Sauf avis contraire de la patiente, ce compte rendu doit être enregistré par le pharmacien dans son DMP ou, en l'absence de DMP, transmis au médecin traitant via la messagerie sécurisée. Sinon, il sera remis directement à la patiente qui pourra elle-même l'ajouter dans son espace numérique de santé.

Critères d'éligibilité de réalisation d'une bandelette urinaire en fonction de l'âge :

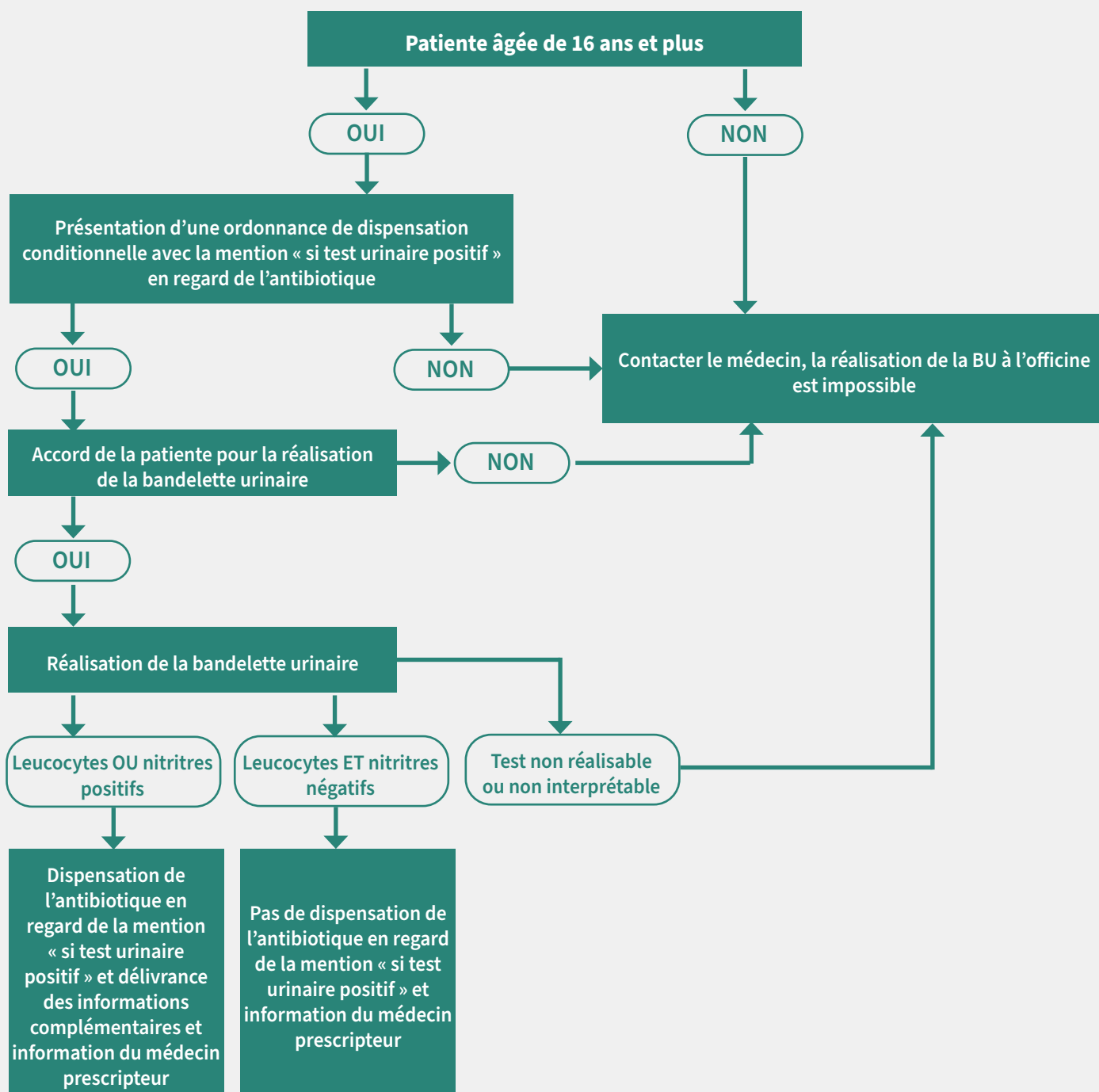
- lorsque la patiente est **orientée vers la pharmacie** par un médecin ou une sage-femme : **16 ans et plus** ;
- lorsque la patiente **se présente spontanément** à l'officine : **16 ans à 65 ans**.

Pour en savoir plus sur les critères d'éligibilité et d'exclusion des patients, se référer au mémo « [Prise en charge à l'officine de la cystite simple de la femme](#) ».

Arrêtés du 17 juin 2024 (JO du 18/06/2024)

Décret n°2024-550 du 17/06/2024

Situation n° 1 : patiente âgée de 16 ans et plus orientée vers la pharmacie par un médecin ou une sage-femme pour la réalisation d'une BU (leucocytes et nitrites) dans le cadre d'une ordonnance de dispensation conditionnelle



Lorsque le pharmacien délivre l'antibiotique :

- il complète le bon de prise en charge mis à disposition sur [amelipro](#) ;
- il délivre l'antibiotique adapté conformément aux recommandations en vigueur ;
- il facture à l'Assurance Maladie les traitements selon les conditions habituelles et transmet le bon de prise en charge complété en pièce jointe de la facture.

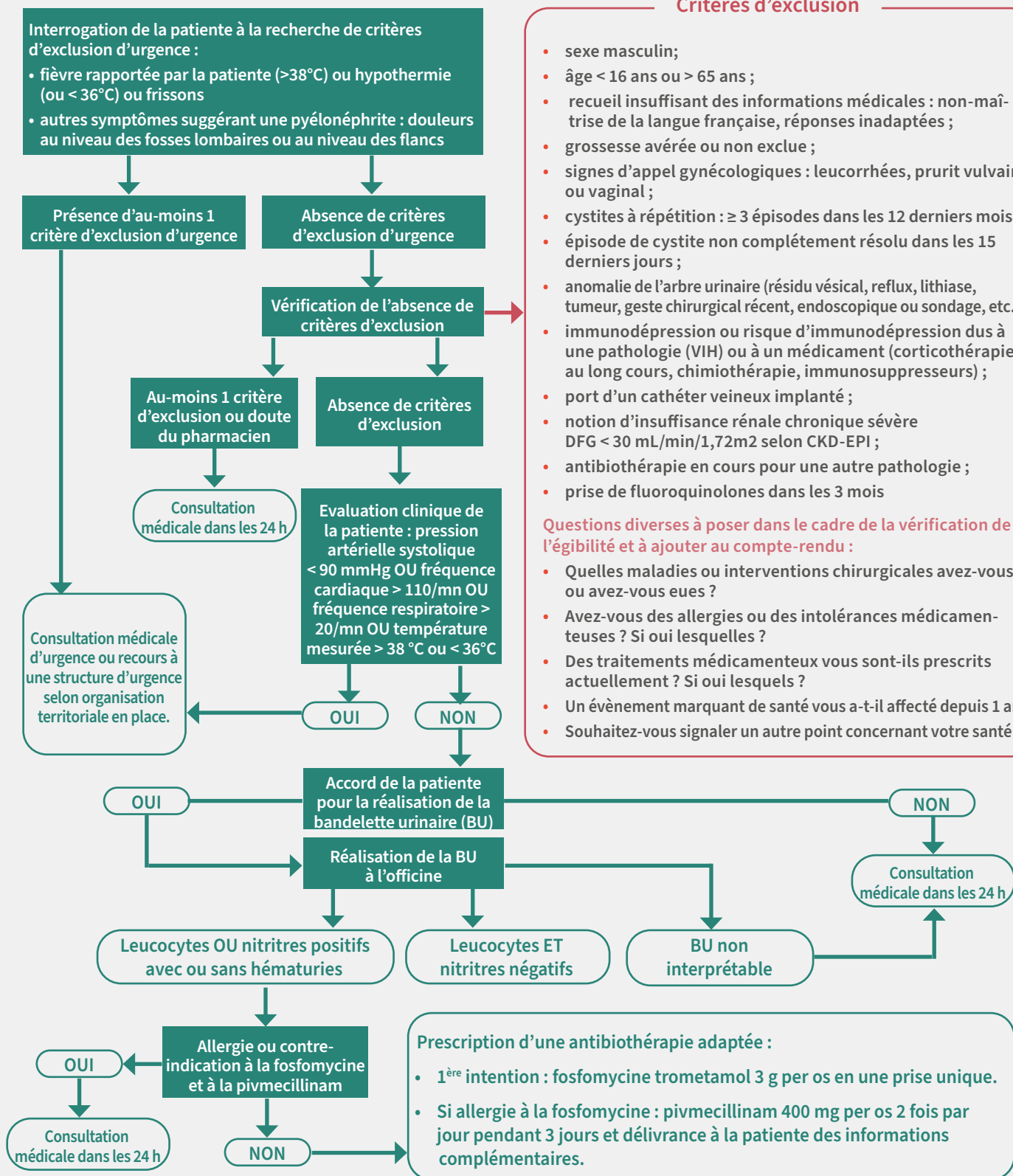
Situation n° 2 : patiente âgée de 16 à 65 ans qui se présente **spontanément** à l'officine sans consultation médicale préalable avec des **symptômes évocateurs de cystite d'apparition récente** (brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses).

Critères d'exclusion

- sexe masculin;
- âge < 16 ans ou > 65 ans ;
- recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées ;
- grossesse avérée ou non exclue ;
- signes d'appel gynécologiques : leucorrhées, prurit vulvaire ou vaginal ;
- cystites à répétition : ≥ 3 épisodes dans les 12 derniers mois ;
- épisode de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours ;
- anomalie de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, geste chirurgical récent, endoscopique ou sondage, etc.) ;
- immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, chimiothérapie, immunosuppresseurs) ;
- port d'un cathéter veineux implanté ;
- notion d'insuffisance rénale chronique sévère DFG < 30 mL/min/1,72m² selon CKD-EPI ;
- antibiothérapie en cours pour une autre pathologie ;
- prise de fluoroquinolones dans les 3 mois

Questions diverses à poser dans le cadre de la vérification de l'éligibilité et à ajouter au compte-rendu :

- Quelles maladies ou interventions chirurgicales avez-vous ou avez-vous eues ?
- Avez-vous des allergies ou des intolérances médicamenteuses ? Si oui lesquelles ?
- Des traitements médicamenteux vous sont-ils prescrits actuellement ? Si oui lesquels ?
- Un événement marquant de santé vous a-t-il affecté depuis 1 an ?
- Souhaitez-vous signaler un autre point concernant votre santé ?



Lorsque le pharmacien délivre l'antibiotique :

- il complète le bon de prise en charge mis à disposition sur [amelipro](#) ;
- il délivre l'antibiotique adapté conformément aux recommandations en vigueur ;
- il facture à l'Assurance Maladie les traitements selon les conditions habituelles et transmet le bon de prise en charge complété en pièce jointe de la facture.

EN PRATIQUE :



- La prise en charge de la cystite à l'officine est rémunérée en facturant le code acte « PEE » :
 - ➔ 10 € TTC :
 - lorsque la patiente se présente **spontanément** à l'officine et que le pharmacien **ne délivre pas d'antibiotique** à la suite du test (situation n°2 SANS délivrance d'antibiotique) ;
 - Ou lorsque la patiente est **orientée** vers une pharmacie par son médecin ou une sage-femme **avec une ordonnance conditionnelle d'antibiotiques** quel que soit le résultat du test (situation n°1).
 - ➔ 15 € TTC lorsque la patiente se présente **spontanément** à l'officine et que le pharmacien **délivre sans ordonnance un antibiotique** à la suite du test (situation n°2 AVEC délivrance d'antibiotique)

Ces tarifs couvrent notamment le coût d'acquisition du test et la réalisation du test par le pharmacien.

Le montant total dû pour le nombre de tests réalisés au cours d'une année sera versé par un paiement annuel au deuxième trimestre l'année suivante.

- **Quelle formation ?** Formation courte obligatoire (développement professionnel continu - DPC).

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - ▶ [Dépistage de la cystite à l'officine](#)
 - ▶ [Mémo bandelettes urinaires pharmacien](#)
 - ▶ [Compte-rendu cystite simple pharmacien](#)

LE TROD ANGINE : réalisation du test rapide d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A

En tant qu'acteur de santé publique et de proximité, le pharmacien d'officine a un rôle à jouer aux côtés des prescripteurs afin de faciliter le parcours du patient présentant un mal de gorge évocateur d'angine et de favoriser le bon usage des antibiotiques. C'est pourquoi, dans le cadre du dépistage des angines à streptocoque du groupe A, il peut désormais réaliser le test rapide d'orientation diagnostique (Trod), réaliser son analyse et, le cas échéant, délivrer sans prescription, l'antibiotique adapté.

Le patient doit être accueilli dans un espace de confidentialité où le pharmacien, après vérification des critères d'éligibilité et d'exclusion des patients, pourra réaliser le test. Le pharmacien procède ensuite à l'analyse et à l'interprétation du résultat du TROD puis, le cas échéant, à la délivrance de l'antibiotique et/ou l'orientation du patient vers le médecin traitant.

A chaque dépistage, le pharmacien doit compléter le [compte rendu de prise en charge à l'officine de l'angine](#), mis à disposition sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr), faisant état du résultat du test. Sauf avis contraire du patient, ce compte rendu doit être enregistré par le pharmacien dans son DMP ou, en l'absence de DMP, transmis au médecin traitant via la messagerie sécurisée. Sinon, il sera remis directement au patient qui pourra lui-même l'ajouter dans son espace numérique de santé.

Critères d'éligibilité de réalisation des Trod en fonction de l'âge :

- lorsqu'un patient est **orienté** vers la pharmacie par un médecin : **3 ans et plus** ;
- lorsque un patient **se présente spontanément** à l'officine : **10 ans et plus**.

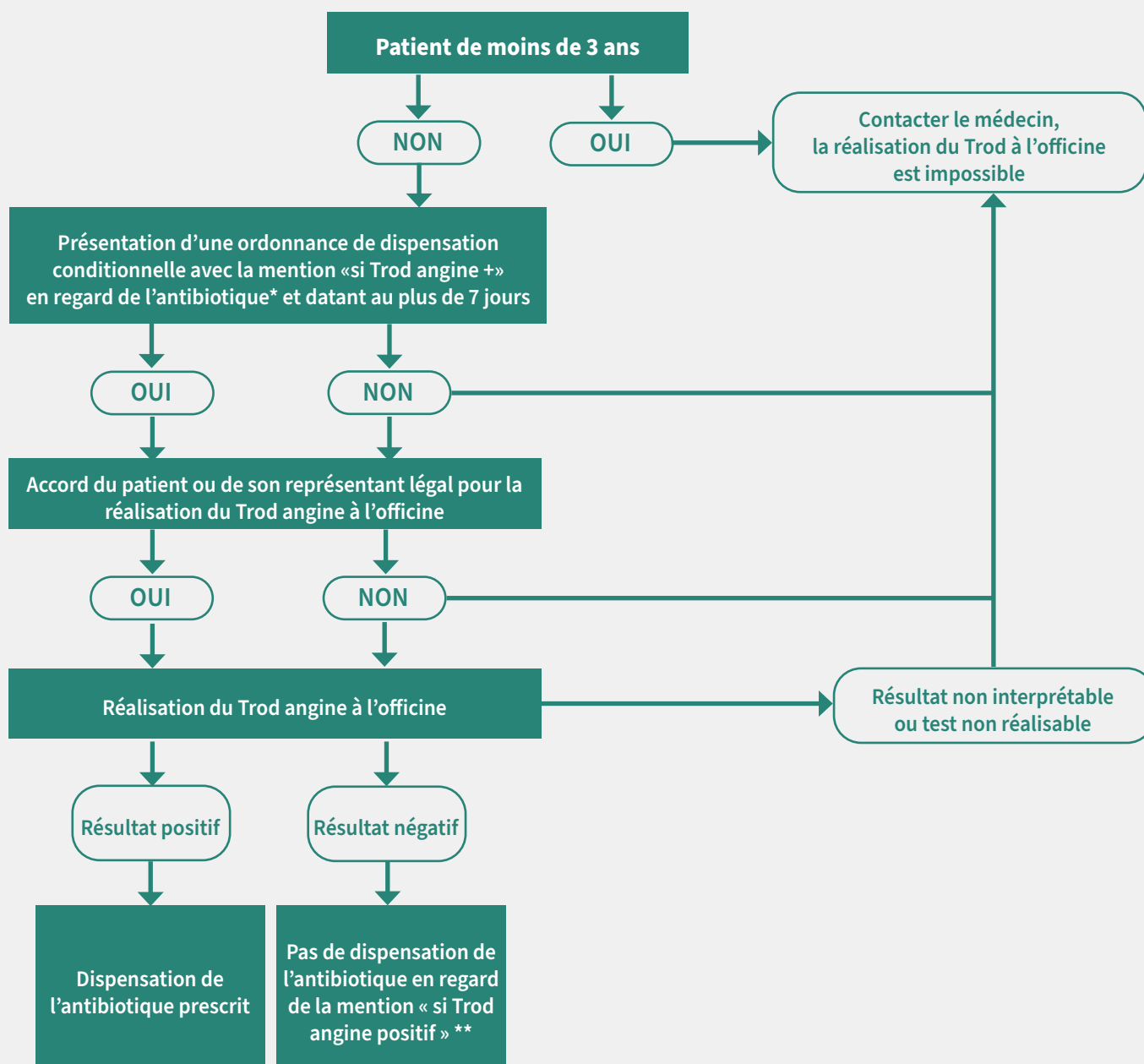


Pour en savoir plus sur les critères d'éligibilité et d'exclusion des patients, se référer au mémo « [Prise en charge de l'angine à l'officine](#) »

Arrêtés du 17 juin 2024 (JO du 18/06/2024)

Décret n°2024-550 du 17/06/2024

Situation n° 1 : patient âgé de 3 ans et plus orienté vers la pharmacie par un médecin pour la réalisation du Trod angine à l'officine dans le cadre d'une ordonnance de dispensation conditionnelle



* amoxicilline, cefpodoxime, cefuroxime, clarithromycine

** délivrer le reste des médicaments sur l'ordonnance (si présence d'autres médicaments)

Lorsque le pharmacien délivre l'antibiotique :

- il délivre l'antibiotique adapté conformément aux recommandations en vigueur ;
- il facture à l'Assurance Maladie les traitements selon les conditions habituelles et transmet l'ordonnance de dispensation conditionnelle en pièce jointe de la facture.



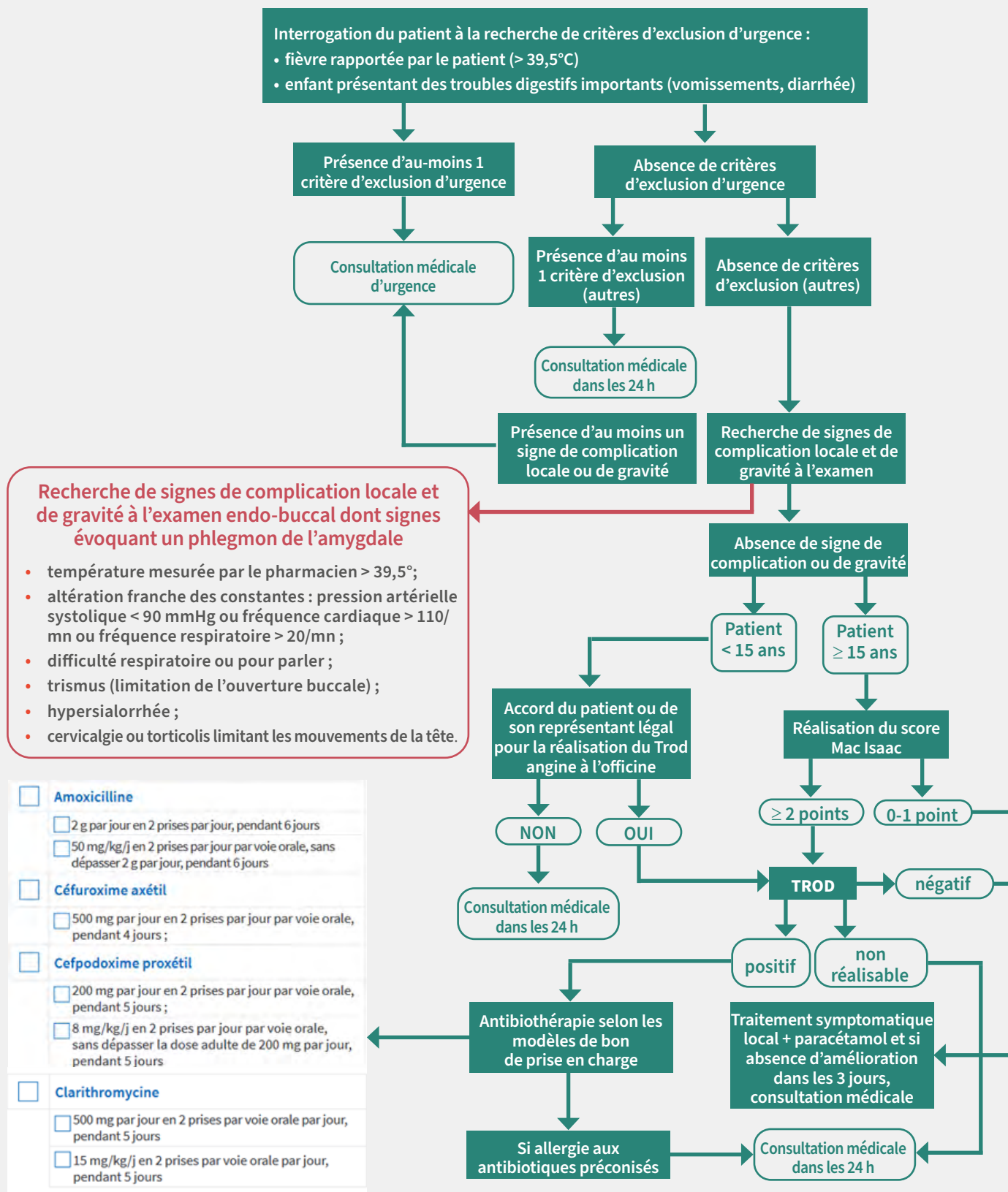
Attention, dans le cadre de la prise en charge d'une angine bactérienne à streptocoque du groupe A, cette ordonnance devient caduque dans un délai maximum de 7 jours, à compter de la date de rédaction de l'ordonnance.



FAQ du site sante.gouv.fr :

[réalisation des Trod angine / cystite et dispensation des antibiotiques par les pharmaciens d'officine](#)

Situation n° 2 : patient âgé de **10 ans et plus** qui se présente **spontanément** à l'officine sans consultation médicale préalable avec des **symptômes évocateurs d'angine** (mal à la gorge provoqué ou augmenté à la déglutition).



Lorsque le pharmacien délivre l'antibiotique :

- il complète le bon de prise en charge mis à disposition sur [amelipro](#) ;
- il délivre l'antibiotique adapté conformément aux recommandations en vigueur ;
- il facture à l'Assurance Maladie les traitements selon les conditions habituelles et transmet le bon de prise en charge complété en pièce jointe de la facture.

EN PRATIQUE :



- La prise en charge du Trod angine à l'officine est rémunérée en facturant le code acte « TRD » :
 - ➔ 10 € TTC :
 - lorsque le patient se présente **spontanément** à l'officine et que le pharmacien **ne délivre pas d'antibiotique** à la suite du test (situation n°2 SANS délivrance d'antibiotique) ;
 - ou lorsque le patient est **orienté** vers une pharmacie par son médecin dans le cadre d'une **ordonnance conditionnelle d'antibiotiques** quel que soit le résultat du test (situation n°1).
 - ➔ 15 € TTC lorsque la patiente se présente **spontanément** à l'officine et que le pharmacien **délivre sans ordonnance un antibiotique** à la suite du test (situation n°2 AVEC délivrance d'antibiotique).Ces tarifs couvrent notamment le coût d'acquisition du test et la réalisation du test par le pharmacien.
- **Quelle formation ?** Formation courte obligatoire (DPC).

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - ▶ [Le Trod angine à l'officine](#)
 - ▶ [Mémo angine pharmacien](#)
 - ▶ [Compte-rendu angine pharmacien](#)

LES BILANS DE PRÉVENTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques représentent la première cause de mortalité mondiale. En Europe, elles concourent à près de 86 % des décès. En France en 2030, un Français sur trois aura plus de 60 ans et les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans. Cette augmentation de la part des personnes âgées ne sera pas sans conséquences sur les problématiques de santé et sur

les occurrences des maladies, notamment chroniques. Or une partie importante de ces dernières est liée à des facteurs de risque évitables ou modifiables. La prévention est donc essentielle.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a mis en place un nouveau dispositif : « **Mon bilan prévention** », proposant aux assurés sociaux des temps d'échanges dédiés à la prévention à différents âges clés de la vie.

MON BILAN PRÉVENTION : UN TEMPS D'ÉCHANGE DÉDIÉ À LA PRÉVENTION

LES OBJECTIFS DES RENDEZ-VOUS « MON BILAN PRÉVENTION »

Les bilans de prévention permettent un échange avec le patient, accompagné d'un examen clinique de prévention.

Ils donnent l'occasion :



d'aborder les habitudes de vie
(alimentation, activité physique, sommeil, tabac, etc)



d'identifier des facteurs de risque de maladies chroniques
(diabète, maladies cardiovasculaires, etc)



de faire le point sur les dépistages
(cancer, IST, etc)
et les rappels de vaccination

Et ont pour objectif :



d'inciter les patients à devenir acteurs de leur santé
en adaptant leur comportement

MON BILAN PRÉVENTION :

LES PATIENTS CONCERNÉS



18-25 ans

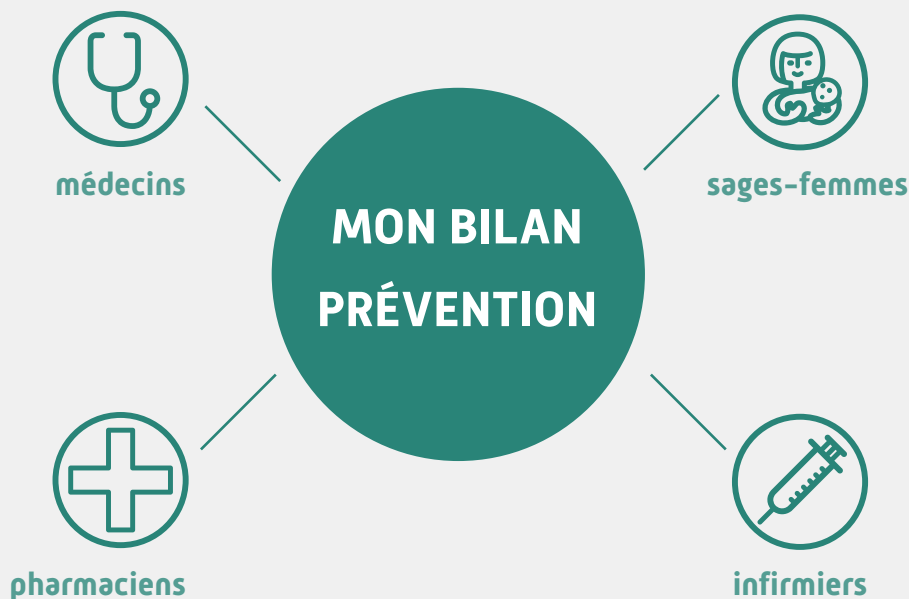
45-50 ans

60-65 ans

70-75 ans

La prise en charge par l'Assurance Maladie est de 100 % pour tous les assurés, sans avance de frais.

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUTORISÉS À RÉALISER UN BILAN DE PRÉVENTION



Un annuaire des effecteurs sur santé.fr



Aucun enregistrement n'est requis pour réaliser des bilans de prévention.

Mais le professionnel de santé qui le souhaite peut s'enregistrer via le site santé.fr :

1

en se connectant avec sa carte CPS
ou e-CPS sur
sante.fr/professionnel/connexion

2

puis en choisissant
« bilan prévention »
et en renseignant les informations
nécessaires,

3

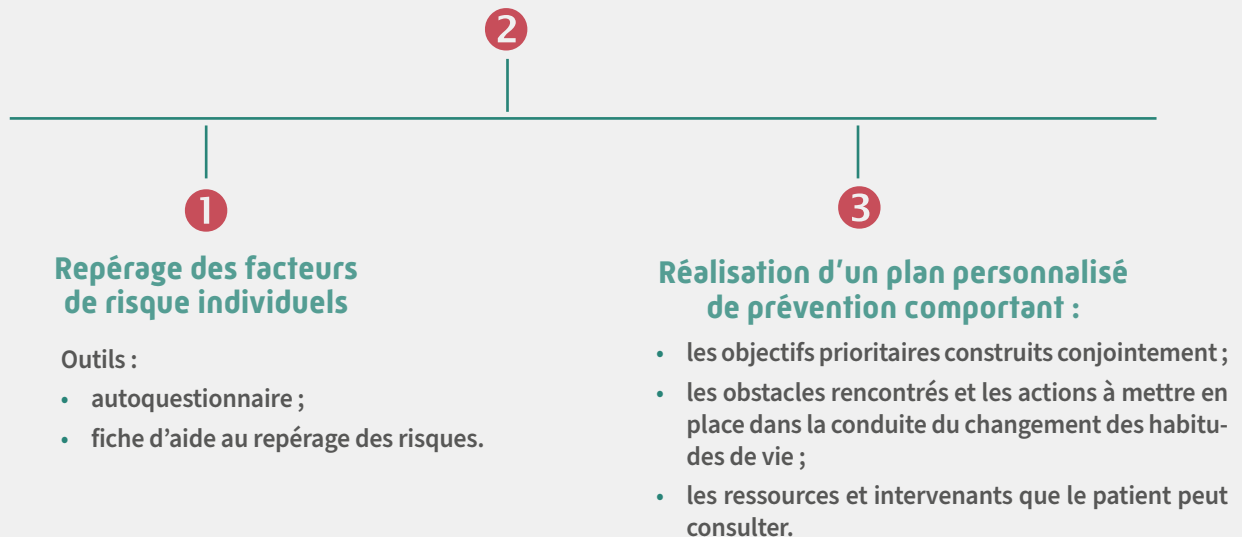
il apparaîtra dans l'annuaire
des professionnels de santé
réalisant des bilans de prévention.

MON BILAN PRÉVENTION :

LES ÉTAPES DU RENDEZ-VOUS

Pour préparer son rendez-vous, le patient peut compléter un autoquestionnaire (habitudes de vie, facteurs de risques...) depuis son profil sur Mon espace santé (ou téléchargeable sur ameli.fr) et est invité à rapporter, si possible, tout document utile au bilan (informations de vaccination, derniers résultats d'analyses...).

Priorisation conjointe avec le patient d'un ou deux sujets de prévention



Le plan personnalisé de prévention (PPP) et la fiche d'aide au repérage des risques doivent ensuite être transmis au médecin traitant pour le suivi (par messagerie sécurisée, via le dossier médical partagé (DMP) ou directement par le patient). Le suivi du PPP ainsi que son ajustement impliquent un parcours coordonné par le médecin traitant.

En cas de suspicion de pathologie non suivie ou non connue, le bilan de prévention doit être complété par une consultation médicale.

EN PRATIQUE :



- Une seule facturation par personne et par tranche d'âge est possible via le code acte « RPD ».

Aucun acte ne peut être facturé en sus du bilan de prévention excepté un acte de vaccination ou une remise du kit du dépistage du cancer colorectal. Dans ce cas, un seul acte peut être facturé en sus, facturable et remboursable dans les conditions de droit commun et uniquement lorsqu'un besoin a été identifié lors du bilan.

Le taux de prise en charge par l'Assurance Maladie est de 100 % pour tous les assurés sans avance de frais.

La rémunération s'élève à 30 € en métropole. Il n'y a pas de possibilité de dépassement.

- Quelle formation ? Aucune formation complémentaire n'est obligatoire.
- Les pharmaciens doivent disposer d'un espace de confidentialité pour réaliser ces bilans.

Arrêté du 28 mai 2024 (JO du 29/05/2024)

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - ▶ [Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention](#)
- EHESP
 - ▶ [Différents modules de formation et de remise à niveau des connaissances dans le domaine de la prévention, des techniques de l'entretien motivationnel et d'interventions brèves](#) disponibles en ligne

19

LES MISSIONS D'ACCOMPAGNEMENT DU PHARMACIEN

Les missions du pharmacien se sont élargies et s'articulent aujourd'hui davantage avec les autres professionnels de santé, en incluant plus d'actions dans l'accompagnement et le suivi des patients et de leur traitement.

LES ENTRETIENS COURTS

Femmes enceintes

L'objectif de cet accompagnement proposé aux femmes enceintes est de sensibiliser ces dernières au risque lié à la consommation des substances tératogènes ou foeto-toxiques pendant la grossesse et à l'importance de la vaccination.

Toutes les femmes enceintes sont éligibles à cet accompagnement quel que soit le stade de la grossesse.

Au cours de cet **entretien unique**, le pharmacien demande à la femme enceinte quels sont les traitements en cours prescrits par le médecin, prévient des risques de l'automédication (vigilance particulière portée aux AINS) ou de la consommation de certaines substances (alcool, compléments alimentaires, phytothérapie...).

A l'issue de l'entretien, le pharmacien remet à la patiente le **flyer** réalisé par l'ANSM « [médicaments et grossesse, les bons réflexes](#) »

EN PRATIQUE :



- L'entretien femmes enceintes est rémunérée 5€ TTC en facturant le code acte « **EFE** ».
- **Quelle formation ?** Les pharmaciens d'officine sont formés à la prévention. Il n'y a donc pas d'obligation de suivre une formation complémentaire.

EN SAVOIR PLUS :



- OMEDIT / ARS : fiches infos et vidéos «vrai/faux» à destination des professionnels de santé (PS) et des patientes »
 - ▶ [Fiche infos PS médicaments et grossesse](#)
 - ▶ [Fiche infos patientes médicaments et grossesse](#)
 - ▶ [Vidéo vrai / faux](#)
 - ▶ [Fiche info PS médicaments et allaitement](#)
 - ▶ [Fiche info patientes médicaments et allaitement](#)
- AMELI
 - ▶ [Entretien femme enceinte](#)
- ANSM
 - ▶ [Mémo accompagnement femme enceinte](#)
 - ▶ [Dépliant pharmaciens](#)





Accompagnement des patients sous traitement antalgique de palier 2

(nouveau 2025)

L'objectif de ce nouvel accompagnement consiste à prévenir et limiter la survenue de dépendance des patients aux antalgiques de palier II.

Pour qui ?

Les patients éligibles sont les **plus de 18 ans sous traitement par antalgique de palier II** (tramadol, poudre d'opium, codéine, dihydrocodéine).

Quand ?

L'objectif étant de mesurer le degré de dépendance du patient, il est nécessaire que cet entretien ne soit pas réalisé lors de la 1^{ère} délivrance mais **à partir de la 2^{ème} délivrance**. Cet entretien peut donc être proposé au patient dès le premier renouvellement d'une prescription d'antidouleur au cours des douze mois suivant la première délivrance.

Comment ?

Il s'agit de réaliser un entretien court où le pharmacien est amené à :

- l'informer du risque de mésusage ;
- lui rappeler les règles de bon usage des opioïdes ;
- évaluer son risque de dépendance aux opioïdes grâce notamment à la réalisation d'un test/questionnaire et selon le résultat du test, lui donner les informations nécessaires à une aide au sevrage aux opioïdes ;
- alerter, le cas échéant, sauf opposition du patient, le prescripteur et le médecin traitant du patient (une attention particulière sera portée si le patient a plusieurs prescripteurs différents pour ces traitements antalgiques).

Au vu des risques détectés lors de l'entretien, le pharmacien devra alerter le prescripteur et le médecin traitant du patient et réaliser une surveillance renforcée lors des renouvellements suivants.

Modalités de prise en charge

Pour mettre en place cet accompagnement, le pharmacien doit obligatoirement utiliser les supports élaborés par les partenaires conventionnels :

- [Mémo opioïdes de palier II](#) réalisé et validé par la HAS ;
- [Fiche entretien accompagnement opioïdes](#) qui doit être conservée par le pharmacien sous format électronique et archivée dans le DMP du patient.

EN PRATIQUE :



- L'entretien opioïde est rémunéré 5 € TTC en facturant le code acte « EPA ».

Pour être valide, ce code acte doit être facturé seul, c'est-à-dire indépendamment de toute autre facturation (médicaments, LPP...).

- Quelle formation ? Les pharmaciens d'officine sont formés à l'accompagnement. Il n'y a donc pas d'obligation de suivre une formation complémentaire.

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI

► [Accompagnement des patients sous traitement antalgique opioïde](#)

L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE MALADIE CHRONIQUE

Différents types d'entretiens pharmaceutiques sont possibles, notamment pour le suivi :

- des patients sous traitements chroniques par anti-coagulants oraux ;
- des patients sous traitements chroniques par corticoïdes inhalés pour l'asthme ;
- des patients âgés polymédiqués pour le bilan partagé de médication ;
- et des patients sous traitements anticancéreux par voie orale.

Le rôle du pharmacien est d'agir en prévention des risques auprès des patients qu'il accompagne, et de contribuer par ses conseils à la bonne observance des traitements.

Avec l'avenant n°1, la rémunération de ces entretiens est désormais découpée en plusieurs facturations qui ont lieu lors des différents entretiens ou étapes.

Entretiens pharmaceutiques antivitamine K (AVK), anticoagulants oraux d'action directe (AOD) et asthme

Ces trois accompagnements s'adressent à des patients chroniques de 18 ans et plus dont la durée consécutive de traitement, prévisionnelle ou effective, est supérieure ou égale à six mois.

La première année

- un entretien d'évaluation : permet au pharmacien d'évaluer les besoins en accompagnement du patient via le recueil d'informations générales et l'identification d'axe(s) d'accompagnement(s) à mettre en œuvre ;
- deux entretiens thématiques sélectionnés par le pharmacien en fonction des conclusions de l'entretien d'évaluation.

Les années suivantes

- deux entretiens thématiques sélectionnés par le pharmacien en fonction des conclusions de la première année d'accompagnement et des besoins du patient.

Bilan partagé de médication (BPM)

Le BPM a pour objectif de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse ; cette dernière étant responsable de 10 à 20 % des hospitalisations chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

La patientèle âgée est une population à risque car polypathologique et donc plus souvent polymédiquée.

A qui s'adresse le bilan partagé de médication ?

Aux patients âgés de 65 ans et plus sous traitement au moment de l'adhésion, y compris les résidents en

EHPAD, pour lesquels au moins cinq molécules ou principes actifs remboursés sont prescrits, pour une durée consécutive de traitement, prévisionnelle ou effective, d'au moins six mois.

Si pour une même finalité thérapeutique, le traitement est modifié au cours des six mois, le patient demeure éligible au bilan partagé de médication.

La première année, la conduite du BPM se décline en quatre étapes :

1. L'entretien de recueil

Le pharmacien explique au patient l'objectif du bilan et son intérêt ainsi que le recueil d'informations générales, de ses habitudes de vie, le recensement de l'ensemble des traitements prescrits ou non, ainsi que son niveau d'observance.

2. L'analyse des prescriptions

Sans la présence du patient, le pharmacien analyse l'ensemble des éléments recueillis lors de l'entretien précédent, relatifs aux traitements prescrits ou pris en automédication. Il vérifie les posologies et les contre-indications de chaque médicament, identifie les interactions médicamenteuses et évalue l'observance globale du patient. A l'issue de cette analyse, il formalise ses conclusions et éventuelles préconisations (modifications de la forme galénique, mauvaise observance, survenue d'effets indésirables...) qui sont à transmettre au médecin traitant, de préférence par messagerie sécurisée en santé.

L'enregistrement de cette analyse sera éventuellement à enregistrer dans le DMP du patient.



3. L'entretien de suivi

En présence du patient, le pharmacien explique les conclusions retenues lors de son analyse et de l'éventuel échange intervenu avec le prescripteur. Il lui remet également un plan de posologie avec des conseils hygiéno-diététiques et des conseils afin d'optimiser son observance.

4. L'entretien de suivi de l'observance

Il permet le suivi de l'observance des traitements via le questionnaire de Girerd.

Les années suivantes, si le traitement est modifié, le pharmacien doit procéder à l'actualisation de l'analyse initiale, organiser un entretien de suivi sur le même mode que celui mis en œuvre la première année et assurer le suivi de l'observance.

En revanche, si le traitement reste inchangé, au moins deux suivis de l'observance sont requis.

Entretiens pharmaceutiques anticancéreux oraux

Cet accompagnement s'adresse aux patients de 18 ans et plus traités par un anticancéreux oral :

- hormonothérapie (tamoxifène, anastrozole, létrozole, exémostane), méthotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide) ;
- autres molécules des classes ATC L01 et L02 administrées par voie orale.

Le rôle du pharmacien est d'accompagner le patient dans l'appropriation de son traitement, d'alerter sur la survenue éventuelle d'effets indésirables et de contribuer par ses conseils à la bonne observance des traitements tout en assurant une prise en charge coordonnée du patient avec l'équipe hospitalière et le médecin traitant.

La première année

- un entretien initial : permet de recueillir les informations générales relatives au patient, d'évaluer les connaissances du patient sur son traitement au regard notamment des informations qu'il a reçues du médecin, et de l'informer des modalités de prise (absorption ou administration) de son traitement ;
- un premier entretien thématique sur la vie quotidienne et les effets indésirables : permet au pharmacien d'évoquer avec le patient les difficultés qu'il rencontre dans sa vie quotidienne en lien avec son traitement, ainsi que les éventuels effets indésirables auxquels il est confronté ;
- un deuxième entretien thématique sur l'observance du patient.

Les années suivantes

Deux entretiens thématiques sont à réaliser.

Séquences annuelles d'accompagnement

Thème d'accompagnement	1 ^{ère} année d'accompagnement	Années suivantes d'accompagnement
AOD, AVK et asthme	• Adhésion • 1 entretien d'évaluation • 2 entretiens thématiques	• 2 entretiens thématiques
	Entretiens thématiques à proposer : AOD ET AVK • Observance • Surveillance biologique • Effets du traitement • Vie quotidienne et alimentation	ASTHME • Principes du traitement • Techniques d'inhalation • Effets du traitement • Observance • Facteurs déclenchants
Bilan partagé de médication	• Adhésion • 1 entretien de recueil • Analyse / transmission au médecin traitant • 1 entretien de suivi • 1 entretien d'observance	S'il y a changement de traitement : • Actualisation de l'analyse ET • 1 entretien de suivi • 1 entretien d'observance Sans changement de traitement : • 2 entretiens d'observance
Anticancéreux oraux		
Traitements anticancéreux au long cours ⁽¹⁾	• Adhésion • Analyse des interactions médicamenteuses • 1 entretien initial • 2 entretiens thématiques (vie quotidienne, effets indésirables, observance)	• 2 entretiens thématiques
Autres traitements anticancéreux ⁽²⁾		

(1) Concerne l'hormonothérapie (tamoxifène, anastrozole, létrozole, exémostane, méthotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide).

(2) Les autres anticancéreux des classes ATC L01 et L02 administrés par voie orale

Codes actes des entretiens pharmaceutiques

Thème d'accompagnement	Code adhésion	Codes accompagnement	
		1 ^{ère} année	Années suivantes
AOD, AVK et asthme	TAC	ASI	ASS
Bilan partagé de médication		BMI	BMT (avec changement traitement) BMS (sans changement traitement)
Traitements anticancéreux au long cours		AC1	AC3
Autres traitements anticancéreux		AC2	AC4

Si au moins un entretien de la séquence annuelle s'est tenu à distance, il convient de facturer le code acte spécifique « TPH ». Et ce, en plus des différents codes actes.

Concrètement, il convient de facturer :

- un code « adhésion » au démarrage de l'accompagnement ;
Ce code est identique pour tous les thèmes mais doit être facturé à chaque adhésion d'un patient à un nouveau thème.
- un code acte correspondant à chaque entretien/étape.

Des règles dérogatoires pour les accompagnements des patients sous anticancéreux oraux existent en cas de changement de traitement.

Les séquences d'accompagnement pour chaque année (première année et suivantes) doivent toujours être

réalisées sur 12 mois ; seule la rémunération est échelonnée lors des différents entretiens.

Pour un même patient, il ne peut être facturé plus de codes actes par année que précisé selon les situations détaillées dans le tableau ci-dessus.

Pour être valides, ces codes actes doivent être facturés seuls, c'est-à-dire indépendamment de toute autre facturation (médicaments, LPP, ...)

Les entretiens pharmaceutiques sont pris en charge à 70 % sauf ceux concernant les anticancéreux oraux pris en charge à 100 %.

Les justificatifs des accompagnements réalisés (fiches de suivi complétées) doivent être conservés, afin d'être mis à disposition du service médical de l'Assurance Maladie, si nécessaire.

Tarifs des entretiens pharmaceutiques

Thème	Année d'accompagnement	1 ^{er} entretien	2 ^{ème} entretien	3 ^{ème} entretien	Total annuel
AOD, AVK et asthme	Année 1	15 €	15 €	20 €	50 €
	Années suivantes	10 €	20 €		30 €
Bilan partagé de médication	Année 1	15 € puis analyse et envoi au médecin traitant : + 15 €	15 €	20 €	65 €
	Années suivantes avec ou sans changement	10 €	20 €		30 €
Traitements anticancéreux au long cours	Année 1	15 €	15 €	30 €	60 €
	Années suivantes	10 €	20 €		
Autres traitements anticancéreux	Année 1	15 €	15 €	50 €	80 €
	Années suivantes	10 €	20 €		30 €

EN PRATIQUE :



- Les supports nécessaires pour la réalisation des entretiens pharmaceutiques et des bilans partagés de médication, sont à télécharger sur ameli.fr. Validés par la HAS (et l'INCa pour les entretiens anticancéreux oraux), ils sont opposables.

A terme, ces supports seront directement disponibles dans les logiciels de gestion de l'officine.

- Pour rappel, pour être éligible au paiement conventionnel, vous devez obligatoirement utiliser ces supports conventionnels pour réaliser les accompagnements.
- Les fiches de suivi doivent être enregistrées et conservées par le pharmacien sous format électronique et archivées dans le DMP du patient.

Tableau récapitulatif des missions du pharmacien : tarifs, code prestation et prérequis nécessaires

		Tarifs	Code	Prérequis nécessaires
PRÉVENTION	Vaccination	Vaccination contre la grippe : 7,50 € TTC	VGP	Formation obligatoire 1) Formation à l' administration des vaccins (7h) comportant 2 parties : - la vaccination et la politique vaccinales (e-learning ou présentiel) ; - administration du vaccin (uniquement en présentiel). 2) Formation à la prescription des vaccins (10h30) comportant 4 parties : - les maladies à prévention vaccinale ; - le calendrier des vaccinations ; - la traçabilité et la transmission de l'information ; - savoir prescrire en pratique.
		Vaccination Covid : 7,50 € TTC	INJ	
		Autres vaccinations : - Avec prescription médicale : 7,50 € TTC - Sans prescription médicale : 9,60 € TTC Paiement annuel de 3 € TTC par code de vaccination RVA à 9,60 € facturé si le taux de vaccinations sans prescriptions médicales facturé par rapport à l'ensemble des vaccins réalisés à l'officine (code RVA) est supérieur à 15 % en 2025 puis supérieur à 25 % en 2026.	RVA	
	Dépistage cystite simple	10 € TTC - présentation spontanée du patient + pas de délivrance d'antibiotique à la suite du test - ou patient orienté avec une ordonnance conditionnelle d'antibiotiques quel que soit le résultat du test	PEE	Formation obligatoire d'une durée maximale de 4 heures dont tout ou une partie peut être réalisée en e-learning.
	TROD angine	15 € TTC présentation spontanée du patient + délivrance sans ordonnance d'un antibiotique à la suite du test	TRD	Formation obligatoire comprenant : - une partie théorique de 4 heures qui peut être réalisée en e-learning ; - une formation pratique d'une durée maximale d'1 heure qui est réalisée en présentiel ou en classe virtuelle.
	Dépistage cancer colorectal	3 € TTC Un forfait de 2 € TTC sera versé pour chaque kit qui aboutira à la réalisation effective du dépistage.	RKD	Formation obligatoire organisée par l'un des centres de dépistage de coordination des cancers (CRCDC).
ENTRETIENS COURTS	Bilan de prévention	30 € TTC Il ne peut être facturé qu'une seule fois par personne et par tranche d'âge.	RDP	Pas de formation obligatoire Cependant, différents modules de formation et de remise à niveau des connaissances dans le domaine de la prévention sont accessibles sur la plateforme d'e-learning dédiée (EHESP).
	Entretien femme enceinte	5 € TTC	EFE	Pas de formation obligatoire Cependant le pharmacien doit veiller à ce que ses connaissances sur ce sujet soient à jour, notamment en utilisant obligatoirement les supports des partenaires conventionnels (ANSM, HAS).
	Entretien antalgique de palier II (opioïde)		EPA	

		Tarifs	Code	Prérequis nécessaires
ACCOMPAGNEMENT PATIENTS CHRONIQUES	Accompagnement de patients sous anticoagulants oraux ou de patients asthmatiques	1^{ère} année : réalisation de l'entretien d'évaluation et au moins 2 entretiens thématiques • 1^{er} entretien (évaluation) : 15€ TTC • 2^{ème} entretien (thème) : 15€ TTC • 3^{ème} entretien (thème) : 20 € TTC	ASI	Formation obligatoire (DPC) <i>NB : Les étudiants en pharmacie sont aujourd'hui formés à cet accompagnement durant leur formation initiale.</i> Pour ces missions, les pharmaciens doivent obligatoirement utiliser les supports élaborés par les partenaires conventionnels à partir notamment des référentiels de l'ANSM, de la HAS et de l'INCa. Ces supports comprennent pour chaque accompagnement : • un guide d'accompagnement du patient, qui constitue le référentiel à l'usage du pharmacien ; • des fiches de suivi des entretiens, qui constituent le support d'échanges avec le patient. Ces supports sont mis à disposition sur ameli.fr pour chaque thématique.
		Années suivantes : réalisation d'au moins 2 entretiens thématiques chaque année • 1^{er} entretien (thème) : 10€ TTC • 2^{ème} entretien (thème) : 20 € TTC	ASS	
	Accompagnement de patients sous antitumoraux oraux : traitements au long cours (hormonothérapie, tamoxifène, anastrozole, letrozole, exemestane, methotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide)	1^{ère} année : réalisation de l'entretien initial et au moins 2 entretiens thématiques • 1^{er} entretien (initial) : 15€ TTC • 2^{ème} entretien (thème) : 15€ TTC • 3^{ème} entretien (thème) : 30 € TTC	AC1	
		Années suivantes : réalisation d'au moins 2 entretiens d'observance • 1^{er} entretien (thème) : 10€ TTC • 2^{ème} entretien (thème) : 20 € TTC	AC3	
	Accompagnement de patients sous antitumoraux oraux : autres anticancéreux des classes ATC L01 et L02 administrés par voie orale	1^{ère} année : réalisation de l'entretien initial et au moins 2 entretiens thématiques • 1^{er} entretien (initial) : 15€ TTC • 2^{ème} entretien (thème) : 15€ TTC • 3^{ème} entretien (thème) : 50 € TTC	AC2	
		Années suivantes : réalisation d'au moins 2 entretiens d'observance • 1^{er} entretien (thème) : 10€ TTC • 2^{ème} entretien (thème) : 20 € TTC	AC4	
	Accompagnement des patients polymédiqués (Bilan partagé de médication)	1^{ère} année : réalisation de l'entretien de recueil, analyse des traitements, transmission de l'analyse au médecin traitant, entretien conseil et entretien de suivi de l'observance • 1^{er} entretien (recueil) : 15€ TTC • Analyse et envoi au médecin traitant : 15€ TTC • 2^{ème} entretien conseil : 15€ TTC • 3^{ème} entretien (suivi observance) : 20 € TTC	BMI	
		Années suivantes : Réalisation de 2 entretiens suivi d'observance • 1^{er} entretien : 10€ TTC • 2^{ème} entretien : 20 € TTC OU en cas de nouveaux traitements : actualisation de l'analyse, transmission, entretien conseil et entretien de suivi de l'observance • 1^{er} entretien / actualisation analyse : 10 € TTC • 2^{ème} entretien : 20 € TTC	BMS	
			BMT	



Les taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), hors exonération du ticket modérateur (TM) sont de 70 % pour toutes ces missions sauf pour les entretiens d'accompagnement des patients sous anticancéreux, le dépistage du cancer colorectal et les bilans de prévention qui, eux, sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - [Honoraires des actes pharmaciens](#)
 - [Convention pharmaceutique](#)
- LEGIFRANCE
 - [Avenant du 7 juillet 2024 à la convention](#)
- Ordre des pharmaciens
 - [Guide pratique de l'activité officinale \(jan 25\)](#)

20

L'ACCÈS AUX SOINS ET LES PARCOURS DE SOINS

La convention renforce la place du pharmacien dans les dispositifs de coordination entre professionnels de santé.

Elle lui permet de contribuer notamment à l'interface ville-hôpital pour un parcours sans rupture, et à l'accès aux soins pour tous, en particulier en zone de faible densité médicale.

L'ASSISTANCE À LA TÉLÉCONSULTATION

La téléconsultation est un acte de télémedecine permettant aux professionnels médicaux de réaliser une consultation à distance à un patient.

L'objectif de la téléconsultation en officine est de préserver une offre dans les territoires où elle participe à l'amélioration de l'accès aux soins des patients.

La téléconsultation se définit comme la consultation à distance réalisée :

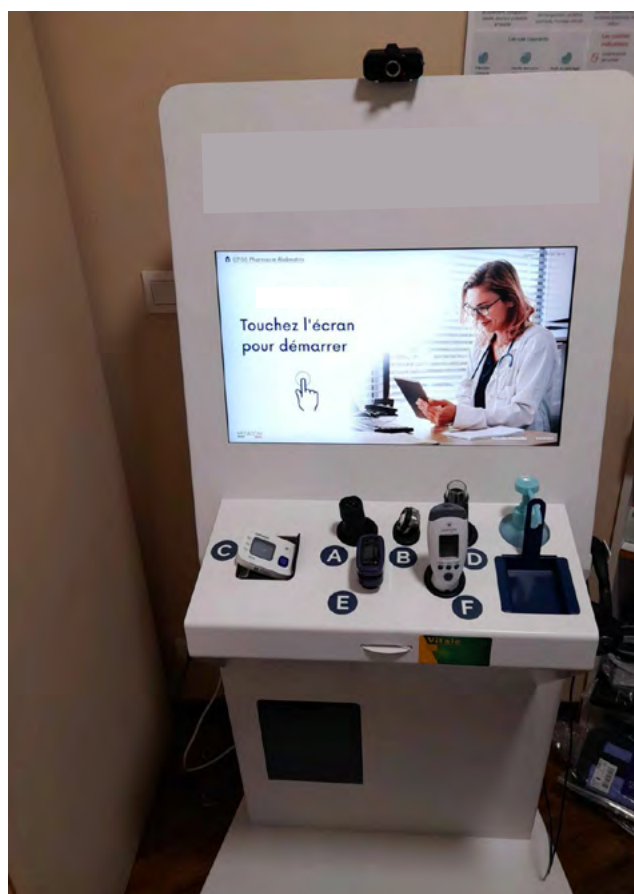
- par le médecin exerçant une activité conventionnée dit « téléconsultant » quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale ;
- et un patient accompagné ou non par un professionnel de santé.

Le pharmacien a pour rôle d'assister le « téléconsultant » dans la réalisation de certains actes qui participent à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

La rémunération du pharmacien pour les téléconsultations réalisées à l'officine est conditionnée à la cotation de la téléconsultation par le téléconsultant et à sa prise en charge par l'Assurance Maladie.

La prise en charge de la téléconsultation cotée par le médecin est conditionnée :

- au respect du parcours de soins coordonné avec orientation préalable par le médecin traitant (des exceptions à cette règle existent telles que définies dans la convention médicale) ;
- à l'alternance de consultations en présentiel et de téléconsultations ;
- au respect de la territorialité : le médecin téléconsultant se situe à proximité du domicile du patient (des



exceptions à cette règle existent pour les patients résidant dans des zones plus fragiles en offre de soins médicale classées par les ARS « zones d'intervention prioritaire » dites « ZIP »).

A l'officine, le pharmacien met à disposition le plateau technique nécessaire à la réalisation de la téléconsultation et se charge de son organisation en prenant contact avec le téléconsultant.

Les téléconsultations sont réalisées dans un local fermé, par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises et la traçabilité des échanges, et avec un équipement a minima : stéthoscope connecté, otoscope connecté, oxymètre, tensiomètre.

Le pharmacien est rémunéré selon une participation forfaitaire :

- pour l'équipement la première année : 1 225 € TTC (couvrant l'abonnement à une solution technique ainsi que les équipements minimaux) ;
- pour le nombre de téléconsultations réalisées à l'officine sur l'année civile : 25 € par tranche de cinq téléconsultations dans la limite d'un plafond annuel de 750 € correspondant à 146 téléconsultations.

EN PRATIQUE :



- Le calcul de cette rémunération forfaitaire est effectué à partir du décompte des téléconsultations réalisées au sein de l'officine, sur la base du nombre de codes traceurs « TLM » facturés à l'Assurance Maladie. Le versement de cette rémunération forfaitaire est conditionné à la cotation de la téléconsultation par le téléconsultant et à sa prise en charge par l'Assurance Maladie.
- Cette rémunération est versée dans le cadre de la rémunération sur objectif pour le développement du numérique en santé et l'accès aux soins.

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
 - ▶ [Assistance à la téléconsultation à l'officine](#)
- LEGIFRANCE
 - ▶ [Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie.](#)

LA DISPENSATION À DOMICILE DANS LE CADRE DU SERVICE DE RETOUR À DOMICILE « PRADO »

La convention permet au pharmacien de percevoir une rémunération pour la dispensation à domicile aux patients en sortie d'hospitalisation ayant adhéré à Prado et sous certaines conditions.

Le service Prado organise, après accord du patient, sa prise en charge en ville par le médecin traitant et les autres professionnels de santé selon ses besoins.

Le pharmacien d'officine est contacté avant la sortie de son patient afin d'assurer la disponibilité des traitements et des dispositifs médicaux de l'ordonnance de sortie.

La dispensation à domicile s'adresse aux patients :

- ayant intégré l'un des dispositifs Prado suivants :
Prado personnes âgées de 75 ans et plus, Prado insuffisance cardiaque, Prado BPCO, Prado AVC, Prado soins médicaux et de réadaptation (ex-SSR), Prado Covid, Prado chirurgie ;
- dont le besoin d'une dispensation à domicile a été évalué par l'équipe médicale hospitalière : patient isolé, sans aidant, dans l'incapacité de se déplacer à la pharmacie.

Elle peut être réalisée par un pharmacien (titulaire ou adjoint). Les préparateurs et les étudiants ne sont pas autorisés à la pratiquer.

Le pharmacien doit respecter les mêmes règles de dispensation qu'en officine (analyse pharmaceutique de l'ordonnance, conseils au patient, ...).

Les honoraires de dispensation s'appliquent selon les mêmes règles que pour la délivrance en officine.

La période durant laquelle la dispensation à domicile peut être renouvelée et donner lieu à une rémunération ne peut excéder la durée de l'accompagnement Prado.

La rémunération est de 2,50 € TTC par patient dans la limite de cinq dispensations à domicile par jour et par officine, tous patients confondus. Elle est versée sous forme d'un paiement annuel.

L'EXERCICE COORDONNÉ

L'exercice coordonné permet de promouvoir le rôle du pharmacien qui exerce en collaboration avec les autres professionnels de santé pour :

- faciliter la prise en charge et l'accès aux soins des patients ;
- favoriser les échanges et la coordination autour du patient.

Des missions spécifiques sont liées à l'appartenance à un exercice coordonné :

- le pharmacien correspondant ;
- la dispensation protocolisée.

EN PRATIQUE :



La participation du pharmacien d'officine à un exercice coordonné fait partie des indicateurs socles de la rémunération REMU NUM « numérique et accès aux soins » : 820 € par an.



Les différentes structures d'exercice coordonné

La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : il s'agit d'une équipe de soins primaires de premier recours sans hébergement ou de second recours, en mono site ou multi sites.

Elle comprend des professionnels de santé libéraux : au moins deux médecins et une profession paramédicale.

Elle formalise un projet de santé commun : organisation du travail en équipe, partage des informations à travers un système d'informations commun, protocoles pluriprofessionnels, organisation de la prise en charge des patients (accès aux soins, continuité et permanence des soins, coopération et coordination externe, éducation thérapeutique, actions de prévention ...).

Article L.6323-3 du CSP

Travailler au sein d'une MSP, c'est bénéficier :

- d'un exercice coordonné pour mieux prendre en charge les patients ;
- d'échanges interprofessionnels facilités ;
- d'une mutualisation des frais de fonctionnement de la structure ;
- de financements collectifs en complément des rémunérations individuelles.

La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : elle répond à deux objectifs : améliorer l'organisation des soins de ville sur un territoire défini et développer l'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital.

Elle s'appuie sur les compétences présentes sur le territoire, qui peuvent être :

- tout professionnel de santé ;
- une ou plusieurs structures d'exercice coordonné : MSP, centre de santé, ou toute autre forme d'organisation pluriprofessionnelle de proximité ;
- les établissements de santé ; les structures médico-sociales et sociales (Ehpad) ;
- les dispositifs d'appui pour la prise en charge des cas complexes.

L'accord conventionnel fixe quatre missions socles obligatoires :

- accès aux soins ;

- organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient ;
- actions territoriales de prévention ;
- réponse aux crises sanitaires graves.

Et deux missions optionnelles :

- actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins ;
- accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

Article L.1434-12-2 du CSP

Travailler au sein d'une CPTS permet de :

- faciliter les relations entre les professionnels ;
- proposer des parcours de soins répondant à des besoins clairement identifiés ;
- retrouver de l'attractivité pour l'installation ;
- rompre avec l'isolement et permettre un décroisement pluriprofessionnel ;
- valoriser le travail des professionnels de proximité dans leurs relations avec les instances, collectivités et usagers.

L'équipe de soins primaires (ESP) : elle est constituée de plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours dont au moins un médecin généraliste.

Elle a pour objets la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Article L.1411-11-1 du CSP

Travailler au sein d'une ESP permet notamment :

- une collaboration interdisciplinaire ;
- une prise en charge coordonnée ;
- un échange de connaissances ;
- un accès à des ressources supplémentaires.

L'équipe de soins coordonnée avec le patient (Escap) : il s'agit d'un dispositif de coordination des soins, en expérimentation depuis mars 2025 pour trois ans.

Ce modèle de coordination vise à réunir autour du patient une équipe pluriprofessionnelle afin d'assurer une prise en charge pertinente en fonction de ses besoins.

Quatre profils de patients sont concernés : poly pathologies chroniques de plus de 65 ans ; diabétiques

sous insuline ; patients ayant été victimes d'un AVC et ayant été hospitalisés récemment ; patients en soins palliatifs.

L'équipe réunit au moins trois professionnels de santé dont obligatoirement le médecin traitant.

Elle utilise un outil numérique spécifique pour assurer une communication rapide entre les professionnels impliqués.

Le patient doit être volontaire et donner son consentement.

Le professionnel de santé perçoit 100 € par an pour l'utilisation de l'outil numérique et 100 € pour sa participation à au-moins cinq Escap dans l'année.

L'Escap s'articule autour d'un patient tandis que les ESP et les MSP s'appuient sur une patientèle et les CPTS sur un territoire.

L'équipe de soins spécialisés (ESS) : elle regroupe un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes (hors médecine générale) avec des professionnels paramédicaux pour une prise en charge de second recours.

Le centre de santé (CDS) : c'est une structure sanitaire de proximité, sans hébergement, qui dispense des soins de premier recours et/ou de second recours. Il regroupe des professionnels de santé salariés. Il peut être créé et géré par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics ou privés de santé, etc.

Articles L.6323-1 à 14 du CSP

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

- ▶ [Les structures de santé pluriprofessionnelles](#)
- ▶ [Les organisations coordonnées territoriales](#)
- ▶ [Constituer une MSP : mode d'emploi](#)
- ▶ [Constituer une CPTS : mode d'emploi](#)
- ▶ [Avenant 1 à l'accord cadre interprofessionnel \(ACIP\)](#)

Le pharmacien correspondant

Désigné par le patient, il peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster si besoin leur posologie.

Le pharmacien correspondant est un pharmacien titulaire d'une officine :

- participant à la même structure d'exercice coordonné que le médecin traitant du patient à savoir une ESP (équipe de soins primaires), une MSP (maison de santé pluriprofessionnelle), un CDS (centre de santé), une CPTS (communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé) ;

- désigné par le patient auprès de l'Assurance Maladie (formulaire Cerfa de déclaration du pharmacien correspondant téléchargeable sur ameli.fr).

Le pharmacien titulaire peut être suppléé dans cette fonction, après accord du patient, par un pharmacien exerçant dans la même officine.

Pour les seules ordonnances du médecin traitant du patient, le pharmacien correspondant peut, lorsque la prescription médicale comporte une mention l'autorisant à le faire :

- renouveler des traitements chroniques pour tout ou partie des médicaments prescrits au-delà de la durée indiquée sur l'ordonnance dans la limite de validité d'une ordonnance (12 mois) ou de celle prévue par la réglementation pour certains médicaments ;
- si besoin, ajuster des posologies.

Il mentionne sur l'ordonnance le détail des actions réalisées et en informe le médecin traitant selon des modalités définies dans le projet de santé de la structure.

Articles L.5125-1-1A et R.5125-33-5 du CSP

EN PRATIQUE :



- La convention donne la possibilité aux pharmaciens exerçant dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante classées par les ARS en « zones d'intervention prioritaire ZIP » ou en « zones d'actions complémentaire ZAC », d'être rémunérés.
- La rémunération est fonction du nombre de patients pour lequel le pharmacien a effectué au moins une mission de pharmacien correspondant au cours de l'année civile :
 - ▶ de 1 à 100 patients : 2 € TTC par patient ;
 - ▶ au-delà de 100 patients : 1 € TTC par patient dans la limite de 500 € TTC par an tous patients confondus.
- Elle est versée dans le cadre de la « rémunération sur objectif numérique en santé et accès aux soins REMU NUM ».

EN SAVOIR PLUS :



• AMELI

- ▶ [Le pharmacien correspondant](#)

La dispensation protocolisée

Deux protocoles nationaux de coopération autorisent les pharmaciens d'officine appartenant à une MSP (maison de santé pluriprofessionnelle) ou à un CDS (centre de santé) à agir hors de leur champ de compétences pour :

- le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière des patients de 15 à 50 ans ;

Arrêté du 6 mars 2020 (JO du 08/03/2020)

- la prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans.

Arrêté du 6 mars 2020 (JO du 10/03/2020).

La coopération pour chacun des protocoles entre le médecin délégant et le pharmacien délégué doit être formalisée au sein de la structure (formation, critères d'éligibilité et d'exclusion des patients, prescription type, modalités d'information du médecin traitant, ...) et déclarée à l'ARS.

EN PRATIQUE :



- La rémunération des protocoles de coopération est globale et forfaitaire : forfait de 25 € par patient versé à la structure pluriprofessionnelle. Elle est partagée entre les professionnels de santé impliqués dans le protocole selon les principes définis par la structure.

EN SAVOIR PLUS :



- **LEGIFRANCE**
 - ▶ [Le protocole rhino-conjonctivite allergique saisonnière](#)
 - ▶ [Le protocole éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse](#)

Articles L.5125-1-1A et D.5125-33-6-1 du CSP



21

LA RÉMUNÉRATION PRÉVUE PAR LA CONVENTION DU PHARMACIEN

RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP)

Rosp « bon usage des produits de santé »

Cette rémunération a été mise en place afin de garantir le bon usage des produits de santé, de promouvoir le rôle moteur du pharmacien dans le développement de certaines spécialités pharmaceutiques et de permettre une observation importante des traitements.

	INDICATEURS SOCLES	RÉMUNÉRATION
1	Adhésion à la démarche qualité - Réalisation de l'autoévaluation disponible sur le site : https://www.demarchequalityoffice.fr - Inscription à la newsletter du site https://www.demarchequalityoffice.fr - Réalisation d'un programme d'amélioration de la qualité de la pratique	100 € par an
2	Taux de pénétration des génériques dans l'ensemble du répertoire $\geq 85\%$ (exclusion médicaments sous TFR ; mention NS ; médicaments MTE listés dans l'arrêté du 12/11/2019)	Aucune

Si les objectifs fixés par les deux indicateurs socles ci-dessus ne sont pas atteints, l'officine n'est pas éligible au versement de la Rosp « bon usage des produits de santé »

	INDICATEURS SUR OBJECTIFS	RÉMUNÉRATION ANNUELLE
3	Taux de pénétration des molécules ciblées par les partenaires conventionnels (médicaments génériques, hybrides ou biosimilaires) * * Tériflunomide, Dabigatran, Sérétide Diskus®, Spiriva®	Calculée en fonction de l'économie globale au niveau national (dans la limite de 12 M€) répartie entre chaque officine selon le volume de génériques de ces molécules délivré.
4	Stabilité de la délivrance des génériques pour les patients de 75 ans et plus : 90 % ou 95 %	400 € maximum
5	Taux de recours au motif « urgence » sur le répertoire des génériques inférieur au taux constaté en 2019 par officine	Sinon minoration de 20 % de la Rosp « bon usage des produits de santé »
6	Taux de connexion à l'outil ASAFO-Pharma : Consultation de l'outil une fois par semaine au minimum pendant 46 semaines au cours de l'année civile (environ 90 % de connexions hebdomadaires sur l'année civile)	100 € par an
7	Atteinte d'un niveau de démarche écoresponsable : Avoir validé 2 items sur 3	200 € par an

Rosp « développement du numérique en santé et amélioration de l'accès aux soins »

	INDICATEURS SOCLES	RÉMUNÉRATION
1	Participer à un exercice coordonné	820 € par an
2	Disposer d'un logiciel référencé Ségur	Gratuité de la mise en conformité des logiciels
3	Disposer d'un logiciel d'aide à la dispensation (LAD) certifié HAS	200 € par an et pendant les 2 premières années civiles
4	Ne pas avoir été condamné pour fraude	-
5	Utilisation de la e-prescription pour 70 % des délivrances sur prescription réalisée par un professionnel de santé exerçant en ville	-

Si les objectifs fixés par les cinq indicateurs socles ci-dessus ne sont pas atteints, l'officine n'est pas éligible au versement de la Rosp « développement du numérique en santé et amélioration de l'accès aux soins »

	INDICATEURS	OBJECTIFS ET RÉMUNÉRATION ANNUELLE
1	Télétransmission des FSE	En fonction du taux de FSE : • < 95% : 0,064 € • ≥ 95% : 0,07 €
2	Dématérialisation des pièces justificatives (SCOR)	Qualité des PJ transmises ≥ 99 % ⇒ 100 €
3	Utilisation du DMP	90 % des accompagnements et bilans finalisés donnant lieu à une alimentation du DMP/dossier médical de Mon espace santé ⇒ 100 €
4	Utilisation de la messagerie sécurisée de santé (MSS)	5 % des délivrances donnant lieu à des échanges mail avec usage de la MSS ⇒ 240 € ⇒ En cas d'atteinte de cet indicateur, si le pharmacien déclare utiliser une BAL organisationnelle, il peut percevoir une rémunération supplémentaire de 50 €
5	Actualisation de la carte Vitale	En fonction de l'équipement : • 250 € par lecteur de carte dans la limite de 4 lecteurs (soit un maximum de 1000 €) • 689 € pour la ou les bornes • 939 € pour la ou les bornes et lecteur de carte • 1 189 € pour la ou les bornes et au moins 2 lecteurs de carte
6	Utilisation AppliCV	Aide à l'amorçage la 1 ^{ère} année puis fixation d'un taux des FSE réalisées avec l'application carte Vitale (5 %). 50 € pour la 1 ^{ère} FSE réalisée. Années suivantes : 50 € si atteinte d'un taux de 5 % des FSE réalisées
7	Qualité de la facturation	Composé de 3 sous-indicateurs : • taux de FSE sécurisée • taux de rejets IRIS • taux de double paiement Application d'un malus de 10 à 30 %
8	Téléconsultation	Forfait équipement 1 ^{ère} année : 1 225 € 25 € par tranche de 5 téléconsultations, plafonné à 750 €
9	Pharmacien correspondant en ZAC et ZIP	• de 1 à 100 patients : 2 € par patient • au-delà de 100 patients : 1 € par patient Plafond annuel de 500 €

HONORAIRES DE DISPENSATIONS

TYPE D'HONORAIRE	MONTANT PRÉVU EN 2025 ET 2026 (TTC)	CODE
Honoraire pour certaines spécialités lorsqu'elles sont dispensées en conditionnement trimestriel	2,76 €	HG1 – HG2 – HG4 ou HG7
Honoraire pour les autres spécialités pharmaceutiques	1,02 €	HD1 – HD2 – HD4 ou HD7
Honoraire pour la dispensation d'une prescription d'au moins 5 lignes différentes de spécialités remboursables (et facturées en une seule délivrance)	0,31 €	HC
Honoraire pour l'exécution de toute ordonnance de médicament remboursable	0,61 €	HDR
Honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour les patients de moins de 3 ans et ceux de 70 ans et plus	1,58 €	HDA
Honoraire pour l'exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques	3,57 €	HDE

ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES ET AUTRES HONORAIRES

AUTRES DISPOSITIFS		MONTANT (TTC)		CODE
Vaccination	Honoraire de vaccination antigrippale	7,5 €		VGP
	Honoraire de vaccination anti-covid	7,5 €		INJ
	Honoraire de vaccination Autre	Lorsque la personne dispose d'une prescription préalable établie par un professionnel de santé	7,5 €	RVA
		Lorsque la personne ne dispose pas d'une telle prescription	9,6 €	RVA
		Si le taux de RVA à 9,6 € TTC facturé est supérieur à 15 % de l'ensemble des vaccins réalisés à l'officine (+ 25% en 2026)	+ 3 € par code de vaccination tarifé à 9,6 €	
Délivrance et analyse d'une bandelette urinaire		Si la patiente se présente spontanément à l'officine et est directement prise en charge par le pharmacien qui lui délivre un antibiotique après réalisation du test à l'officine	La réalisation du test par le pharmacien et la délivrance sans ordonnance de l'antibiotique est tarifée à 15 €	PEE
		Si la patiente se présente spontanément à l'officine et est directement prise en charge par le pharmacien qui ne lui délivre pas d'antibiotique après réalisation du test à l'officine	La réalisation du test par le pharmacien est tarifée à 10 €	PEE
		Si la patiente est orientée vers la pharmacie par son médecin ou une sage-femme pour la réalisation du test à l'officine avec une ordonnance dite conditionnelle d'antibiotique	La réalisation du test par le pharmacien est tarifée à 10 €	PEE
Trodon angine		Si le patient se présente spontanément à l'officine et est directement pris en charge par le pharmacien qui lui délivre un antibiotique après la réalisation du test	La réalisation du test par le pharmacien et la délivrance sans ordonnance de l'antibiotique est tarifée à 15 €	TRD
		Si le patient se présente spontanément à l'officine et est directement pris en charge par le pharmacien qui ne lui délivre pas d'antibiotique après la réalisation du test	La réalisation du test par le pharmacien est tarifée à 10 €	TRD
		Si le patient est orienté vers la pharmacie par son médecin traitant pour la réalisation du test avec une ordonnance dite conditionnelle d'antibiotique	La réalisation du test par le pharmacien est tarifée à 10 €	TRD

AUTRES DISPOSITIFS	MONTANT (TTC)		CODE
Dépistage cancer colorectal (patients de 50 à 74 ans)	Remise du kit rémunérée à 3 €, ainsi qu'un forfait de 2 € versé pour chaque kit qui aboutira à la réalisation effective du dépistage		RKD
Entretien de la femme enceinte	5 €		EFE
Entretien antalgique palier II (opioïde)	5 €		EPA
Mon bilan prévention	30 €		RDP
Accompagnement pharmaceutique	1 ^{ère} année	Années suivantes	
Adhésion	0,01 €		TAC
Accompagnement AOD/AVK/asthme	1 ^{er} entretien 15 €, 2 ^{ème} entretien 15 €, 3 ^{ème} entretien 20 €	1 ^{er} entretien 10 €, 2 ^{ème} entretien 20 €	ASI puis ASS
Accompagnement bilan partagé de médication	1 ^{er} entretien 15 €, analyse et transmission au médecin traitant 15 €, 2 ^{ème} entretien 15 €, 3 ^{ème} entretien 20 €	1 ^{er} entretien 10 €, 2 ^{ème} entretien 20 €	BMI puis BMS
Entretiens anticancéreux oraux au long cours (hormonothérapie, tamoxifène, anastrozole, létrozole, exémostane, méthotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide)	1 ^{er} entretien 15 €, 2 ^{ème} entretien 15 €, 3 ^{ème} entretien 30 €	1 ^{er} entretien 10 €, 2 ^{ème} entretien 20 €	AC1 puis AC3
Entretiens anticancéreux oraux (autres anticancéreux des classes ATC L01 et L02 administrés par voie orale)	1 ^{er} entretien 15 €, 2 ^{ème} entretien 15 €, 3 ^{ème} entretien 50 €	1 ^{er} entretien 10 €, 2 ^{ème} entretien 20 €	AC2 puis AC4
Dispensation à domicile dans le cadre du retour à domicile (Prado)	2,5 € par patient dans la limite de 5 dispensations à domicile par jour, tous patients confondus.		DDO
Dispensation à l'unité	1 € à chaque délivrance à l'unité ou délivrance fractionnée, dans la limite d'un plafond annuel de 500 € TTC.		
Indemnité d'astreinte	200 €	GPN (nuit) GPF (férié) GPD (dimanche)	
Honoraires de garde	- la nuit, de 20 h à 00 h et de 06 h à 08 h : 10 € par ordonnance ; - la nuit profonde, de 00 h à 06 h : 20 € par ordonnance ; - les dimanches et jours fériés, de 8 h à 20 h : 6 € par ordonnance ; - le jour, en dehors des jours et heures d'ouverture habituels, de 8 h à 20 h : 2 € par ordonnance		UPH



22

AMELI.FR

C'est le site d'informations de l'Assurance Maladie, divisé en trois catégories distinctes :

- assuré ;
- professionnel de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers...) ;
- entreprise.

Chaque catégorie de professionnels de santé dispose d'un espace dédié regroupant l'essentiel des informations et des services utiles à leur pratique et à la gestion de leur activité.



L'espace « Pharmacien » est spécialement conçu pour répondre à vos besoins et comprend trois rubriques :

- Textes de référence
- Votre exercice professionnel
- Santé et prévention

A noter que les informations figurant dans ces rubriques évoluent au cours du temps pour s'adapter aux changements de la réglementation et aux évolutions du métier de pharmacien.



La rubrique « **Votre exercice professionnel** » regroupe les informations indispensables à l'exercice en officine.

La rubrique « **Santé et prévention** » regroupe toutes les nouvelles missions que le pharmacien peut réaliser.

La rubrique « **Textes de référence** » regroupe les référentiels en rapport avec l'exercice officinal, dont le [guide des références juridiques des produits de santé](#).

EN SAVOIR PLUS :



- AMELI
- ▶ [Espace pharmaciens](#)

23

GLOSSAIRE

A

AAC : Autorisation d'accès compassionnelle
AAP : Autorisation d'accès précoce
ACIP : Accord cadre inter professionnel
ADRI : Acquisition des droits intégrée
AFNOR : Association française de normalisation
AGPL1 : Analogues des récepteurs du glucagon-like-peptide 1
AI : Autorisation d'importation
AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien
ALD : Affection longue durée
AM : Assurance Maladie
AME : Aide médicale d'Etat
AMM : Autorisation de mise sur le marché
AMO : Assurance maladie obligatoire
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
ANTI-PCSK9 : Proprotéine convertase subtilisine kexine 9
AOD : Anticoagulants oraux directs
ARS : Agence régionale de santé
ASAFO-PHARMA : alerte sécurisée automatisée aux fausses ordonnances
AuRA : Auvergne-Rhône-Alpes
AVC : Accident vasculaire cérébral
AVK : Antivitamine K

B

BAL : Boîte aux lettres électronique
BCG : Bacille Calmette-Guerin
BHD : Buprénorphine haut dosage
BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
BPM : Bilan médical de médication
BU : bandelette urinaire

C

CDS : Centre de santé
CEIP : Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CIF : Contre-indication formelle
CIP : Club inter-pharmaceutique
CKD-EPI : Chronic kidney disease epidemiology collaboration
CNAM : Caisse nationale d'Assurance Maladie
CNO : Compléments nutritionnels oraux
CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOP : Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

cp : Comprimé

CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPC : Cadre de prescription compassionnelle
CPE : Carte de personnel d'établissement
CPS : Carte professionnelle de santé
CPS / e-CPS : Carte de professionnels de santé
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCDC : Centre régionaux de coordination des dépistages des cancers
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP : Code de la santé publique
CSS : Code de la sécurité sociale

D

DAP : Demande d'accord préalable
DC : Dénomination commune
DCI : Dénomination commune internationale
DFG : Débit de filtration glomérulaire
DMP : Dossier médical partagé
DP : Dossier pharmaceutique
DPC : développement professionnel continu

E

EEE : Espace économique européen
EFG : Enfant forme galénique
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ePEP : Plan d'éducation personnalisé électronique
ESCAP : Equipe de soins coordonnés avec le patient
ESP : Equipes de soins primaires
ESS : Equipe de soins spécialisés

F

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIT : Fiche d'information thérapeutique
FSE : Feuille de soin électronique

G

Gé : Générique

H

HAS : Haute autorité de santé
HD : Honoraires de dispensation

Hib : Hæmophilus influenzae de type b
HNPPC : Hereditary non-polyposis colorectal cancer
HPV : Human papillomavirus

I

IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IIM : Infection invasive à méningocoque
INCa : Institut national du cancer
INS : Identité nationale de santé
IP : infection à pneumocoque
IPA : Infirmier en pratique avancée
IST : Infection sexuellement transmissible
ITR : Indication thérapeutique remboursable
IVG : Interruption volontaire de grossesse

J

JO : Journal officiel

L

LAD : Logiciel d'aide à la dispensation
LAP : Logiciel d'aide à la prescription
LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale
LGO : Logiciel de gestion à l'officine
LPP : Liste des produits et prestations
LRM : Logiciel de régulation médicale

M

MES : Mon espace santé
MITM : médicament d'intérêt thérapeutique majeur
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
MSSanté : Messagerie sécurisée de santé
MTE : Marge thérapeutique étroite

N

NIR : Numéro d'inscription au répertoire
NR : Non remboursé
NS : Non substituable

O

OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS : Organisation mondiale de la santé

P

PH : Prescription hospitalière
PIH : Prescription initiale hospitalière
PIRS : prescription initiale réservée à certains spécialistes
PMR : Préparation magistrale remboursable
POD : Produits officinaux divisés
PPP : Plan personnalisé de prévention
PRS : Prescription réservée à certains spécialistes
PS : Professionnel de santé
PUI : Pharmacie à usage intérieur

R

RH : Réserve hospitalière
ROR : Rougeole oreillon rubéole
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
ROSP-BUPS : Rémunération sur objectifs de santé publique - bon usage des produits de santé
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

S

SAMU-SAS : Service d'aide médicale urgente - service d'accès aux soins
SCOR : Scannérisation des ordonnances
SMR : Soins médicaux et de réadaptation
SP : Surveillance particulière
SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité
TM : ticket modérateur
TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

U

UE : Union européenne

V

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VRS : Virus respiratoire syncytial

Z

ZAC : Zones d'actions complémentaires
ZIP : Zones d'intervention prioritaires



Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes

26 rue d'Aubigny
BP 13074 - 69395 Lyon cedex 03

Assurance Maladie AuRA - mission pharmacie - service communication - publication décembre 2025 - crédit photos : Adobe Stock



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun