



**EHESP**

---

**PHARMACIEN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE**

Promotion : 2010-2011

Date du Jury : **20 SEPTEMBRE 2011**

---

# **LE MAILLAGE TERRITORIAL DES OFFICINES**

---

**Laurence MORVILLERS**

---

# Remerciements

---

Merci à YVES qui m'a soutenue tant au long de cette année que lors de la préparation du concours.

Merci à SYLVIE pour la relecture de ce mémoire.

Merci à CORINNE, STEPHANE, PHILIPPE D, PHILIPPE L (les quatre autres Pharmaciens Inspecteurs stagiaires) qui n'ont jamais hésité à me consacrer un peu de leur temps pour m'expliquer certains points qui m'étaient inconnus.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 ELEMENTS CONSTITUTIFS DU MAILLAGE TERRITORIAL ACTUEL DES OFFICINES EN FRANCE. ....	3
1.1 Rappel historique :.....	3
1.2 Cadre réglementaire actuel : de 1999 à 2007.....	5
1.3 Evolution du nombre des officines sur le territoire français : .....	6
1.4 Position de la France par rapport à quelques pays européens sur les conditions d'ouverture d'une pharmacie et sur la densité officinale :.....	7
1.4.1 Règles d'ouverture d'une officine dans quelques pays européens : .....	8
1.4.2 La densité officinale par rapport à la population et par rapport au territoire :9	
1.5 Eléments qualitatifs du réseau officinal :.....	10
2 MENACES SUR LE MAINTIEN DE L'EQUILIBRE ACTUEL DU MAILLAGE TERRITORIAL DES OFFICINES :.....	13
2.1 Démographie des pharmaciens titulaires d'officine : .....	13
2.1.1 Cartographie française : .....	13
2.1.2 Incidence du vieillissement des pharmaciens titulaires sur le maillage territorial des officines : .....	14
2.2 L'économie officinale fragilisée : .....	14
2.2.1 Eléments impactant l'économie de l'officine : .....	15
2.1.1.1 Frais de personnel : .....	15
2.1.1.2 Coût du stock : .....	15
2.1.1.3 Evolution des besoins en matériel informatique : .....	15
2.2.2 Conséquences directes sur le maillage territorial : .....	15
2.1.2.1 Faillites d'officinaux les obligeant à fermer sans possibilité de revente :.....	15
2.1.2.2 Départs en retraite sans possibilité de revente :.....	16
2.1.2.3 Exemples chiffrés à partir des 2 régions étudiées :.....	17
2.3 Priorités aux regroupements d'officine :.....	17
2.3.1 Définition et principe d'un regroupement d'officines : .....	17
2.3.2 Vrai et « faux » regroupements : .....	18
2.2.2.1 Le vrai regroupement : .....	18
2.2.2.2 Le « faux » regroupement ou principe de la fusion/absorption :.....	18
2.3.3 Dernières modalités de regroupement adoptées par les députés : .....	18
2.3.4 Nombre de regroupements réalisés sur le territoire français :.....	19
2.3.5 Avantages d'un regroupement :.....	20

2.3.6	Inconvénients d'un regroupement : .....	20
2.4	Crainte des officinaux face à la possibilité pour les EHPAD d'avoir leur PUI : ....	20
2.4.1	Mode actuel d'approvisionnement en médicaments des résidents d'EHPAD et son impact sur un chiffre d'affaire d'officine : .....	21
2.4.2	Expérimentation sur la réintégration du prix des médicaments dans le forfait soins des résidents d'EHPAD : .....	22
2.4.3	Analyse des entretiens réalisés auprès d'officinaux concernés par l'éventuelle création d'une PUI dans un EHPAD voisin : .....	23
2.5	Place des pharmaciens dans les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) : ....	23
2.5.1	Objectifs de ces MSP : .....	23
2.5.2	Place des pharmaciens dans les maisons de santé : .....	24
2.5.3	Données chiffrées : .....	24
2.5.4	Incidence de ces MSP sur le maillage territorial des officines : .....	25
2.6	Pro-pharmacie et maillage territorial : .....	25
2.6.1	Origine historique de la pro-pharmacie : .....	25
2.6.2	Principe et intérêts de la pro-pharmacie (article L 4211-3) : .....	26
2.6.3	Diminution du nombre des médecins pro-pharmaciens : .....	26
2.6.4	Incidence de l'exercice de la pro-pharmacie sur le maillage territorial : .....	27
3	FACTEURS DETERMINANTS DU MAILLAGE TERRITORIAL : .....	29
3.1	Création de nouvelles missions pour les pharmaciens officinaux dans le cadre de la Loi HPST : .....	29
3.2	Rôle de l'Agence Régionale de Santé : .....	30
3.2.1	Le Schéma Régional d'Organisation des Soins(SROS) : .....	31
3.2.2	Le groupe de travail « SROS des officines » à l'ARS Nord Pas de Calais : .....	31
3.3	Les orientations possibles pour un juste maintien du maillage territorial : .....	32
3.4	Intérêts professionnels et implications des PHISP dans le maillage territorial des officines : .....	33
	Conclusion .....	35
	Bibliographie .....	36
	Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CNOP** : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

**CROP** : Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens

**CSP** : Code de la Santé Publique

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**GCSMS** : Groupement de Coopération Sanitaire Médico-Social

**HPST** : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**LFSS** : Loi de Financement pour la Sécurité Sociale

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**PHISP** : Pharmacien Inspecteur de Santé Publique

**PRS** : Plan Régional de Santé

**PUI** : Pharmacie à Usage Intérieur

**SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

**SROS** : Schéma Régional de l'Offre de Soins

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

## Introduction

En France, le législateur a souhaité que le médicament soit disponible pour le patient en proximité immédiate. La loi a organisé la répartition des officines sur l'ensemble du territoire en fonction du nombre d'habitants. Le législateur a également souhaité organiser un système visant à assurer une sécurité maximale lors de la dispensation du médicament aux patients. La présence d'un professionnel de santé, facilement accessible, assure la dispensation des médicaments dans des conditions de sécurité et de qualité maximales.

Cette répartition organisée sur tout le territoire constitue le maillage territorial des officines. Le maillage officinal est un des traits caractéristiques de la dispensation pharmaceutique en France. Il s'agit d'un réseau de compétences au service des patients et de la santé publique. La profession pharmaceutique repose sur trois piliers : le maillage territorial, le monopole de compétence pour la délivrance des médicaments, et le principe de propriété puisque seul un pharmacien peut être propriétaire.

Pourtant, certains éléments en matière d'économie de l'officine ou de démographie des pharmaciens titulaires d'officine risqueraient à l'avenir de modifier le maillage territorial. Le réseau officinal est à une croisée de chemins. Sa répartition, acquise au cours de l'histoire est mise à mal par de multiples facteurs.

Comment allons-nous pouvoir pérenniser le réseau officinal de proximité, à l'heure où la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (Loi HPST) replace le pharmacien d'officine grâce aux nouvelles missions officinales (article 38) au premier plan des acteurs de santé ?

N'est étudié dans ce mémoire que le maillage territorial de la France métropolitaine. Les exemples chiffrés feront principalement référence à la région Bourgogne et à la région Nord-Pas de Calais afin d'illustrer l'étude.

Ce mémoire se déclinera en trois chapitres :

Le premier chapitre traitera de l'origine historique ainsi que des caractéristiques quantitatives et qualitatives du maillage territorial. Pour élaborer ce chapitre historique, je me suis exclusivement appuyée sur une recherche bibliographique. Par contre, je tiens à souligner ici que je n'ai pu disposer que de peu d'éléments bibliographiques à propos du sujet qu'est le maillage territorial car même s'il s'agit d'un sujet d'actualité très préoccupant pour l'avenir de l'officine, il n'y a qu'une dizaine d'années où nos politiques

et /ou nos confrères y prêtent attention. Seules trois lois en 70 ans ont contribué à l'élaboration du maillage territorial actuel, dont 2 sur les douze dernières années.

Le deuxième chapitre abordera les différents constats actuels à la fois économiques ou encore démographiques qui pourraient fragiliser ce réseau officinal. D'autres constats comme l'incidence des regroupements d'officines, la création de maisons pluridisciplinaires de santé, l'existence toujours d'actualité de la pro-pharmacie, et la possibilité pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'avoir leur propre pharmacie à usage intérieur (PUI) risqueraient de déséquilibrer le maillage territorial en menaçant la viabilité de certaines officines. Pour expliciter les constats détaillés dans le deuxième chapitre, j'ai procédé à des entretiens avec des pharmaciens officinaux, avec un président de syndicat pharmaceutique. J'ai envoyé un questionnaire au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP) des régions Bourgogne et Nord-Pas de Calais afin de leur demander de me constituer un bilan sur les trois dernières années des regroupements, des faillites et des fermetures d'officine sans revente de clientèle. Dans ce chapitre, je me suis également beaucoup servi des cartographies disponibles sur le site du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP).

Le troisième chapitre traitera de l'évolution de l'acte pharmaceutique et son incidence sur le maillage territorial. A ce propos, j'ai réalisé un entretien avec un inspecteur de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) chargé du rapport<sup>1</sup> sur l'économie de l'officine. Ce chapitre abordera également l'implication des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (PHISP) dans l'identification des besoins d'implantation des officines et leur place dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) ambulatoire.

---

<sup>1</sup> Rapport intitulé Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau de Pierre-Louis Bras, Abdelkrim Kiour, Bruno Maquart et Alain Morin, juin 2011.

# 1 ELEMENTS CONSTITUTIFS DU MAILLAGE TERRITORIAL ACTUEL DES OFFICINES EN FRANCE.

Je commencerai tout d'abord ce premier chapitre par un rappel historique. Je réaliserai ensuite une comparaison de la position de la France en termes de réglementation pour les conditions d'ouverture d'une pharmacie, avec d'autres pays européens<sup>2</sup>. J'établirai une cartographie du nombre des officines sur le territoire français. Après avoir abordé les éléments quantitatifs, je terminerai ce premier chapitre par les éléments qualitatifs du réseau officinal.

## 1.1 Rappel historique :

Quelques dates importantes sont à mentionner dans l'édification et la réglementation du réseau officinal. Sous la Révolution, la loi D'Allarde (2-17 mars 1791) supprime l'ensemble des corporations, y compris celle des apothicaires. L'explosion du charlatanisme qui en découle aussitôt conduit à édicter, quelques jours plus tard, une exception au profit de l'apothicairerie. Force est de constater qu'avant 1945, uniquement une loi et un rapport concernent les apothicaires. Il s'agit de la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803), traitant « des écoles de pharmacies, de l'instruction et de la réception des pharmaciens, de la police de la pharmacie ». Cette loi réaffirme le principe du monopole des pharmaciens. Cette même loi a également créé deux ordres de pharmaciens, reçus à la suite d'un examen identique. Les pharmaciens de 1<sup>ère</sup> classe poursuivaient trois années d'études théoriques dans une des trois écoles de pharmacie créées par la loi et trois années de stage en officine. Ils étaient examinés par le jury de l'école et pouvaient s'établir dans toute la France. Quant aux pharmaciens de 2<sup>ème</sup> classe, ils suivaient exclusivement un stage de huit ans dans une officine, ils passaient leur examen devant un jury départemental et ne pouvaient exercer que dans le département de leur réception. Puis s'en suit, en 1875, le rapport Silva faisant constat de l'évolution des proportions entre le nombre des pharmaciens de 1<sup>ère</sup> classe et celui des pharmaciens de 2<sup>ème</sup> classe au profit de ces derniers qui s'installaient contrairement aux dispositions de la loi du 11 avril 1803, dans les départements ou territoires où ils n'étaient pas « reçus ». Néanmoins, en dehors de certaines modifications, interdisant notamment, le colportage(1936) et le compérage(1938), la loi est restée très longtemps en l'état.

---

<sup>2</sup> Elargi à d'autres pays que ceux de l'Union Européenne.

Jusqu'en 1941, tout français, titulaire du diplôme d'Etat de pharmacien (et âgé d'au moins 25 ans) pouvait ouvrir à son gré une officine, donc la créer librement à l'endroit où il le voulait sans avoir besoin d'aucune autorisation administrative.

A partir de 1941, un « acte dit loi » du 11 septembre, validé par une ordonnance du 23 mai 1945, conduit l'histoire du réseau territorial des officines à évoluer de façon décisive.

La loi du 11 septembre 1941 institue une limitation du nombre des pharmacies, mesure ayant « pour but de ramener à une juste limite une concurrence qui peut devenir préjudiciable à la moralité de la profession » comme l'exposait le rapport qui précédait la loi. Ainsi, pour permettre aux patients d'accéder de manière égale aux officines sur le territoire, dorénavant celles-ci ne purent plus s'installer librement.

La loi du 11 septembre 1941 attribue une licence à toute officine déjà en cours d'exploitation et interdit la création de nouvelles officines sans obtention préalable d'une licence. L'installation d'une officine va dépendre de la population desservie : il ne sera plus possible d'en créer en dessous de 2000 à 3000 habitants selon que l'on se trouve en zone rurale ou en zone urbaine. Cette même loi du 11 septembre 1941 comporte également un plan de redistribution des officines avec recensement des localités où des créations sont à envisager.

L'ordonnance du 23 mai 1945 confirme la notion de répartition. Cette ordonnance conserve le seul principe de n'accorder une nouvelle licence que si le nombre des officines ne dépasse pas une certaine proportion par rapport au chiffre de la population. Elle maintient toutefois la possibilité pour le Ministre d'accorder des dérogations en fonction des besoins de la population.

La plupart des grandes villes comptant déjà plus d'officines que n'en prévoyait la proportion établie par la loi, les créations par voie normale ont été pratiquées dans les localités peu importantes. Quant aux créations par dérogation, elles furent accordées en général dans les nouveaux quartiers des villes en extension ou dans des communes rurales. En conséquence, les deux modes de création se sont conjugués pour conduire à une répartition plus harmonieuse des officines sur le territoire français.

Il est à rappeler que la procédure de création par dérogation doit uniquement être appliquée dans le seul but de rectifier les défauts de répartition des officines au cas où les besoins de la population l'exigeraient. D'ailleurs la loi n° 57-220 du 25 février 1957, donne la possibilité au préfet d'imposer une distance minimale laissée à sa seule appréciation entre deux officines. Les créations en dérogation des quotas de population sont devenues au fil du temps la norme.

La loi n°1999-641 du 27 juillet 1999 a modifié les règles de répartition<sup>3</sup> des officines (articles L.5125-3 et suivants du Code de la Santé Publique). Cette nouvelle loi démographique de 1999 supprime les créations par voie dérogatoire, autorise les regroupements, favorise les demandes de regroupements sur celles de transfert ou de créations. Cette même loi introduit la notion de « desserte optimale de la population résidant à proximité ». Les « zones géographiques » de desserte de la population sont fixées par arrêtés préfectoraux.

La loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 (article 59) cherche toujours à encourager les regroupements et à fermer quasiment toute possibilité de nouvelles créations d'officine.

## **1.2 Cadre réglementaire actuel : de 1999 à 2007**

Le cadre législatif et réglementaire de la répartition des officines de pharmacie a été remanié à deux reprises au cours des douze dernières années.

Jusqu'en 1999, la répartition des officines était régie par l'article L571 du Code de la Santé Publique (CSP). Cet article a été abrogé par l'Ordonnance 2000-548. Il mentionnait que dans les communes d'une population égale ou supérieure à 30 000 habitants, une création d'officine ne pouvait être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie était égal ou supérieur à 3000. En ce qui concerne les communes d'une population égale ou supérieure à 2500 habitants et inférieure à 30 000 habitants, la création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2500. Cet article précise également qu'aucune création n'est possible dans les communes comportant une population inférieure à 2500 habitants dès lors que celles-ci disposent déjà d'au moins une officine ou dès lors qu'elles ne disposent d'aucune officine mais que leur population a déjà été prise en compte pour la création d'une officine dans une autre commune. Cet article L571 du CSP a fortement contribué à façonner le maillage territorial des officines actuel.

Les nouvelles règles d'ouverture des officines en France sont définies par l'article L5125-11 du CSP<sup>4</sup>. Celui-ci précise que l'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue peut être autorisée par voie de transfert lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune est au moins égal à 2500 ; que l'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2500 habitants où au moins une licence a déjà été accordée peut être autorisée par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 3500 habitants recensé dans la commune. Par contre, lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2500 habitants a cessé

---

<sup>3</sup> Développées dans 1.2 point consacré aux seules lois de 1999 et 2007.

<sup>4</sup> Texte consolidé, tel que modifié par l'article 59 de la LFSS pour 2008.

définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2500 habitants, une nouvelle licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert dans cette commune.

Dans la loi de répartition de 2007, le transfert d'une officine peut désormais s'effectuer au sein de la même commune, dans une autre commune du département, ou vers toute autre commune de tout autre département (article L5125-14 du CSP) dès lors qu'il n'entraîne pas la possibilité d'ouvrir une nouvelle officine dans la commune d'origine. Ce dernier point se révèle très important pour l'optimisation du maillage territorial.

En 2006, il y avait en moyenne une officine pour environ 2670<sup>5</sup> habitants. Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, on dénombrait 22386 officines métropolitaines, soit en moyenne une officine pour 2849<sup>6</sup> habitants. Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, dans le Pas de Calais<sup>7</sup>, il y a en moyenne une officine pour 2770 habitants ; dans le Nord, une officine pour 2652 habitants ; dans la Côte d'Or, une officine pour 2882 habitants ; dans l'Yonne, une officine pour 2829 habitants ; dans la Nièvre, une officine pour 2398 habitants ; dans la Saône et Loire, une officine pour 2541 habitants.

### **1.3 Evolution du nombre des officines sur le territoire français :**

Le tableau<sup>8</sup> ci-après permet d'apprécier la variation du nombre d'officines par régions, entre l'année 2005 et l'année 2011. A l'analyse des chiffres, on constate que l'évolution est négative dans toutes les régions sauf pour l'Alsace et la Provence Alpes Côte d'Azur. La moyenne nationale est de 1% de recul du nombre total des officines sur les 6 dernières années. Le Centre de la France a atteint une diminution de 5% tandis que l'Île de France atteint 2%. En ce qui concerne les 2 régions étudiées, la Bourgogne tout comme le Nord Pas de Calais accusent chacune une baisse de 1% du nombre des officines et restent ainsi dans la moyenne nationale.

---

<sup>5</sup> Bulletin de l'Ordre n° 391 Juillet 2006 p.120.

<sup>6</sup> Site [www.ordre.pharmacien.fr/les](http://www.ordre.pharmacien.fr/les) entreprises pharmaceutiques/officines.

<sup>7</sup> Régions Nord-Pas-de-Calais et Bourgogne étudiées dans le cadre de ce mémoire.

<sup>8</sup> [www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/sectionA.pdf](http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/sectionA.pdf) pour l'année 2005 et rapport IGAS RM2011-090P pour l'année 2011.

REGIONS	ANNEE 2005	ANNEE 2011	VARIATION
Alsace	458	459	1
Aquitaine	1301	1279	-22
Auvergne	600	593	-7
Basse-Normandie	513	503	-10
Bourgogne	623	618	-5
Bretagne	1176	1158	-18
Centre	903	859	-44
Champagne-Ardenne	473	469	-4
Franche-Comté	437	436	-1
Haute-Normandie	571	552	-19
Ile-de-France	4168	4048	-120
Languedoc-Roussillon	1020	1015	-5
Limousin	351	346	-5
Lorraine	756	751	-5
Midi-Pyrénées	1095	1090	-5
Nord- Pas-de-Calais	1506	1497	-9
Pays de Loire	1229	1222	-7
Picardie	621	617	-4
Poitou-Charentes	698	690	-8
PACA Corse	2048	2052	4
Rhône-Alpes	2111	2101	-10
<b>TOTAL</b>	<b>22658</b>	<b>22355</b>	<b>-303</b>

#### 1.4 Position de la France par rapport à quelques pays européens sur les conditions d'ouverture d'une pharmacie et sur la densité officinale :

Dans ce point, je ferai tout d'abord une comparaison de la France par rapport à quelques pays européens plus élargis que la seule Union Européenne sur les conditions d'ouverture d'une officine et j'aborderai ensuite la densité officinale tant par rapport à la population qu'au territoire.

#### 1.4.1 Règles d'ouverture d'une officine dans quelques pays européens :

Le tableau<sup>9</sup> suivant reprend les principales règles d'ouverture d'une officine chez certains de nos voisins européens. Ces règles imposent :

- Nécessité de critères démographiques spécifiques pour l'ouverture d'une nouvelle pharmacie.
- Nécessité du diplôme de pharmacien pour être propriétaire d'une pharmacie.

<b>PAYS</b>	<b>Existence de critères démographiques pour l'ouverture d'une nouvelle pharmacie</b>	<b>Si la réponse est NON, l'ouverture est-elle fondée sur des besoins de la population?</b>	<b>Un non-pharmacien peut-il être propriétaire d'une pharmacie?</b>
Allemagne	non	non	non
Autriche	oui	-	non
Belgique	oui	-	oui
Bulgarie	non	non	non
Chypre	non	non	non
Croatie	oui	-	oui
Danemark	non	oui	non
Espagne	oui	-	non
Estonie	oui	-	oui
Finlande	non	oui	non
Grèce	oui	-	non
Hongrie	non	non	oui
Irlande	non	non	oui
Italie	oui	-	non
Lettonie	oui	-	non
Lituanie	non	non	oui
Luxembourg	oui	-	non
Malte	oui	-	oui
Norvège	non	non	oui
Pays-Bas	non	non	oui
Pologne	non	non	oui
Portugal	oui	-	oui
République Tchèque	non	non	oui
Roumanie	non	non	oui
Royaume-Uni	non	oui	oui
Slovaquie	non	non	oui
Slovénie	oui	-	non
Suède	non	oui	non communiqué
Suisse	non	non	oui
Turquie	non	non	non

<sup>9</sup> Livre blanc de la Pharmacie Janvier 2008 Annexe 3 p.75 et Annexe 5 p.79.

Sur 30 pays étudiés, seulement 7 suivent la législation française. Il est surprenant de constater que sur 30 pays cités, dans 16 d'entre eux un non pharmacien peut être propriétaire d'une pharmacie. Peuvent ainsi cohabiter au sein de ces 31 pays avec la France des régimes très divers, allant de la liberté d'installation au régime d'autorisation de type français.

#### **1.4.2 La densité officinale par rapport à la population et par rapport au territoire :**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la France comptait 37,1<sup>10</sup> officines pour 100 000 habitants, soit une pharmacie pour 2696 habitants. Cette densité est une des plus fortes de l'Union Européenne. Seules la Grèce (85 officines pour 100 000 habitants), la Belgique (51) et l'Espagne (48) ont une densité supérieure. D'après l'Association pharmaceutique belge, en 2010, la Belgique comptait 5110 pharmacies soit une pharmacie pour 2115 habitants. A l'opposé, l'Allemagne (26), le Royaume Uni (18), les Pays-Bas(11) ont les densités les plus faibles. En 2009, l'Allemagne comptait 21500 pharmacies d'officines, soit une pour 3800 habitants. Au Pays-Bas, en moyenne, une officine s'adresse à une population comprise entre 7000 et 12000 patients.

Il faut remarquer que les pays qui ont la densité de population la plus forte (Pays-Bas :386 habitants au km<sup>2</sup>, Royaume-Uni : 344, Allemagne : 230) ont la densité officinale la plus faible. C'est l'inverse pour la Grèce (83), l'Espagne (86), la France (110). La Belgique est un contre- exemple : elle a à la fois une densité de population forte (344) et une densité officinale forte pour des raisons historiques (tradition des pharmacies mutualistes).

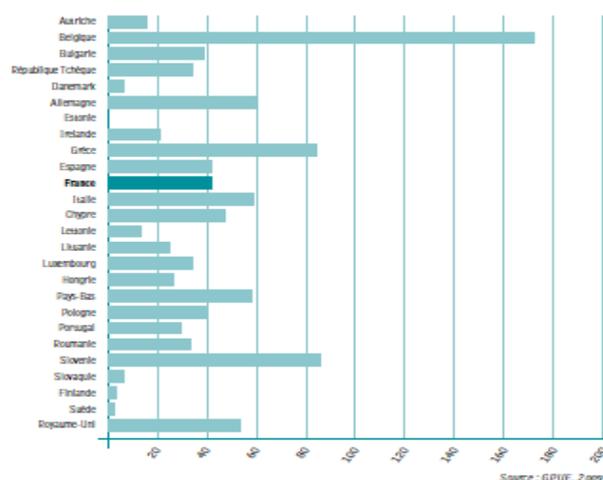
#### Densité de pharmacies par surface territoriale en Europe :

Du graphique<sup>11</sup> suivant, nous pouvons constater que la densité moyenne européenne est de 63,87 pharmacies/1000km<sup>2</sup>.

---

<sup>10</sup> Cour des Comptes Pharmacie d'Officine, p. 196.

<sup>11</sup> Ordre national des pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2011, éléments démographiques, p.26.



Un net clivage apparaît entre les pays qui conditionnent la création d'une officine à des critères démographiques (Grèce, France, Belgique, Espagne) et les pays dans lesquels cette création est libre (Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas).

Un autre facteur explicatif est l'incidence du mode de distribution. Par exemple, aux Pays-Bas, les médicaments à prescription médicale obligatoire sont dispensés par les pharmaciens ou par des médecins généralistes dans quelques zones rurales. Les médicaments à prescription médicale non obligatoire sont disponibles dans les parapharmacies ou supermarchés.

## 1.5 Eléments qualitatifs du réseau officinal :

Plusieurs éléments qualitatifs sont caractéristiques du maillage territorial des officines :

- Sécurité de la dispensation des médicaments ;
- Qualité de la dispensation des médicaments ;
- Libre choix du pharmacien ;
- Facilité d'accès aux médicaments ;
- Permanence des soins.

En France, la dispensation du médicament est sous la responsabilité directe du pharmacien. Ce principe de dispensation garantit à la fois une parfaite sécurité et une parfaite qualité de délivrance du médicament. Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale. Il étudie la prescription médicale afin d'en vérifier l'authenticité, la compatibilité de la dispensation des médicaments prescrits et tout autre absence d'incompatibilité pour le patient (posologie, âge, état physiologique,

pathologies) ou autre prescription médicale ou consommation de médicaments précédemment utilisés par le patient grâce au Dossier Pharmaceutique.

Tout acte de dispensation doit être associé d'une mise à disposition d'informations et de conseils nécessaires au bon usage du médicament. Il s'agit là de la qualité de l'acte de dispensation. Toute délivrance doit être accompagnée de conseils qui ne sont pas matérialisés de façon écrite. Ils prennent des formes différentes. Il peut s'agir par exemple de recommandations sur la prévention, la diététique et l'hygiène.

Le simple fait de trouver un pharmacien à proximité de son domicile voire de son lieu de travail et un autre pharmacien éventuellement peu éloigné permet au patient d'avoir le libre choix de son pharmacien. Cela donne même au patient la possibilité de pouvoir s'orienter vers un pharmacien « spécialisé » en matériel médical, en homéopathie, en phytothérapie etc. En France, tout citoyen est libre de choisir son pharmacien. Il n'y a aucune obligation géographique par rapport à une résidence.

Le pharmacien est un professionnel de santé de proximité. Cela rend l'accessibilité facile aux médicaments. De plus, la pharmacie d'officine est une porte d'entrée incontournable dans la coordination des soins.

Le réseau officinal ainsi établi permet également de garantir une permanence des soins et de ne pas créer de rupture de prise en charge de traitement en cas d'urgence, par exemple. Tout pharmacien est obligé d'effectuer le service de garde selon un roulement défini. Ceci permet à tout citoyen de disposer d'une officine de pharmacie 24 heures sur 24 et ceci 7 jours sur 7.

Ce premier chapitre a permis d'établir l'origine du maillage territorial et de voir qu'uniquement trois lois en 70 ans ont contribué à sa représentation actuelle. Force est de constater, que depuis peu nous assistons à la disparition de nombreuses officines sur l'ensemble de la France. Ce phénomène récent risque d'aller de manière croissante, en effet de nombreuses menaces pèsent sur le développement des officines.

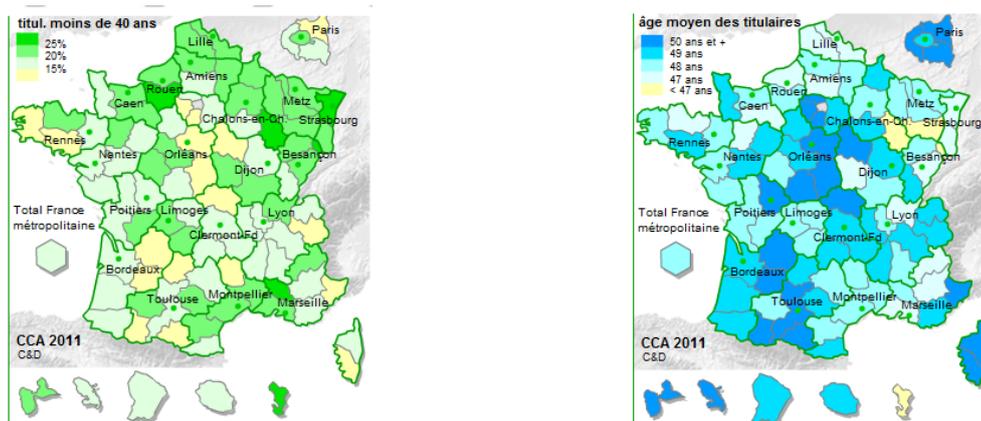
## 2 MENACES SUR LE MAINTIEN DE L'EQUILIBRE ACTUEL DU MAILLAGE TERRITORIAL DES OFFICINES :

Plusieurs facteurs pèsent sur l'équilibre du réseau officinal. J'en ai dénombré six que j'exposerai dans ce chapitre en n'appliquant à mon sens aucune hiérarchie, ni ordre de fréquence. Il s'agit de la démographie des pharmaciens titulaires, de l'économie de l'entreprise officinale, des regroupements d'officines, du développement des maisons de santé pluridisciplinaire (MSP), de la pro-pharmacie, ou encore de la crainte de certains officinaux installés à proximité d'un EHPAD. Je n'ai volontairement pas abordé la vente de médicaments à distance en France pour le développement d'Internet car la France est l'un des derniers pays européens à ne pas avoir réglementé cette activité.

### 2.1 Démographie des pharmaciens titulaires d'officine :

#### 2.1.1 Cartographie française :

Je reprendrai ici les données de cartes<sup>12</sup> de France disponibles sur le site du CNOP où pour chaque département est représentée la proportion des titulaires de moins de 40 ans ainsi que l'âge moyen des titulaires.



A l'analyse de ces deux cartes, on constate que dans la région Nord-Pas de Calais, 25% des titulaires d'officine ont moins de 40 ans. Cela peut être autre s'expliquer par le prix

<sup>12</sup> Ces cartes établissent la situation au 1<sup>er</sup> avril 2011.



## **2.2.1 Eléments impactant l'économie de l'officine :**

### **2.1.1.1 Frais de personnel :**

Le réseau officinal représente plus de 150 000 emplois en France dont 22 600 pharmaciens. Actuellement, l'entreprise qu'est la pharmacie d'officine accuse un recul du taux de marge et une hausse des charges de personnel. D'après les chiffres<sup>13</sup> donnés par l'INSEE, l'accélération des charges de personnel a été de 8,6% par an entre 2002 et 2006, contre 3,7% entre 1989 et 2002.

### **2.1.1.2 Coût du stock :**

Le stock représente pour une entreprise la base même de sa rentabilité, mais il est en même temps un facteur de coût, donc de risque. Un stock moyen officinal comprend entre 8000 et 10 000 références. Ce stock coûte environ 1,25% de sa valeur par mois de stockage. L'idéal est donc de réduire au maximum la durée de stockage c'est-à-dire de vendre la marchandise avant de l'avoir payée au fournisseur de manière à ce qu'il n'y ait pas d'avance de fonds ni même d'immobilisation du capital. Le stock constitue cependant un emploi important des capitaux et les valeurs d'exploitation représentent 15% d'actifs des pharmacies (10% pour la valeur physique et 5% pour les frais de stockage, manutention, perte, casse, vieillissement, frais d'inventaire, assurance).

### **2.1.1.3 Evolution des besoins en matériel informatique :**

En officine, la gestion informatique est nécessaire sur deux plans. Tout d'abord, le pharmacien utilise l'outil informatique par rapport au patient pour la transmission des actes à la caisse d'assurance maladie et pour le suivi de l'historique médicamenteux grâce au dossier pharmaceutique. Le pharmacien titulaire utilise également l'outil informatique pour lui permettre en tant que chef d'entreprise d'avoir en permanence les chiffres comptables afin de l'aider dans la prise de certaines décisions. Le besoin en configuration informatique représente un investissement financier lourd pour une entreprise pharmaceutique.

## **2.2.2 Conséquences directes sur le maillage territorial :**

### **2.1.2.1 Faillites d'officinaux les obligeant à fermer sans possibilité de revente :**

L'économie fragile de certaines officines oblige les titulaires à fermer. Lors de l'entretien avec le co-président d'un syndicat, mon interlocuteur me précisait que les syndicats proposent non seulement la mise en place d'un fond de modernisation et de restructuration aidant au rachat des officines invendables et proposent également des

---

<sup>13</sup> Ces chiffres correspondent à la valeur nationale.

incitations fiscales. Ces incitations fiscales consistent dans le fait de pouvoir amortir les frais liés à la reprise (frais d'acquisition et intérêts d'emprunt).

### 2.1.2.2 Départs en retraite sans possibilité de revente :

D'après les chiffres communiqués sur le site du CNOP<sup>14</sup>, on peut constater que dans chaque département, il reste une part non négligeable de pharmaciens titulaires âgés de plus de 75 ans encore en exercice. Ayant largement dépassé l'âge légal du départ en retraite, un nombre important de pharmaciens décideront dans un proche avenir de vendre leur officine. La majorité de ces officines ne trouveront pas acquéreur étant donné que l'offre sera supérieure à la demande et cela obligera le pharmacien à fermer.

Le tableau<sup>15</sup> qui suit reprend pour chaque région française le nombre de restitutions de licences au cours de l'année 2010, soit pour cause de faillite, soit pour cause de fermeture.

REGIONS	RESTITUTIONS DE LICENCES <sup>16</sup>
Alsace	0
Aquitaine	3
Auvergne	3
Basse-Normandie	2
Bourgogne	2
Bretagne	7
Centre	1
Champagne-Ardenne	1
Franche-Comté	1
Haute-Normandie	7
Ile-de-France	5
Languedoc-Roussillon	0
Limousin	3
Lorraine	0
Midi-Pyrénées	3
Nord- Pas-de-Calais	2
Pays de Loire	7
Picardie	0
Poitou-Charentes	3

<sup>14</sup> [www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)

<sup>15</sup> Chiffres communiqués sur le site du CNOP.

<sup>16</sup> Par cession d'actifs ou de clientèle et fermeture d'officine sans utiliser la procédure de regroupement prévu à l'article L 5125-15 du CSP.

PACA Corse	0
Rhône-Alpes	8
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>

### 2.1.2.3 Exemples chiffrés à partir des 2 régions étudiées :

Le CROP BOURGOGNE en réponse au questionnaire envoyé précise que l'on dénombre lors de ces trois dernières années quatre fermetures d'officines dont deux pour la seule année 2010 (les clientèles de ces officines ayant été revendues au confrère géographiquement le plus proche).

Par contre, il a été observé au cours du premier trimestre 2011, dans le département du NORD un accroissement des restitutions de licence d'officine de pharmacie pour cessation définitive d'activité. C'est ainsi que quatre pharmaciens ont restitué la licence de l'officine qu'ils exploitaient alors que seules deux restitutions avaient eu lieu au cours de l'année 2010.

## 2.3 Priorités aux regroupements d'officine :

Le problème concerne essentiellement les regroupements en zone rurale, puisque ceux-ci risquent d'allonger la distance pour les patients afin d'aller chez leur pharmacien. Par contre, les regroupements<sup>17</sup> en zone excédentaire en officines peuvent être une piste d'action pour le maintien du maillage territorial en diminuant les risques de faillite (donc de fermetures) liés à la concurrence développée entre les officines très proches les unes des autres.

### 2.3.1 Définition et principe d'un regroupement d'officines :

Un regroupement d'officine consiste à la mise en commun par deux ou plusieurs pharmaciens titulaires de leurs officines en un seul outil de travail, de ce fait sur une seule localisation. Phénomène d'actualité, le regroupement de pharmacies est un remède efficace à la baisse de rentabilité de celles-ci. Il devient une nécessité économique pour maintenir une proximité de l'accès aux soins en évitant l'éventuelle fermeture de deux pharmacies proches. L'article L.5125-3 du CSP précise que les regroupements d'officine doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces pharmacies et n'ont pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine. Il existe plusieurs méthodes juridiques et fiscales pour réaliser un regroupement.

<sup>17</sup> Point abordé dans le chapitre 3.

## **2.3.2 Vrai et « faux » regroupements :**

### **2.2.2.1 Le vrai regroupement :**

Le vrai regroupement repose sur le fait que plusieurs officines peuvent être regroupées en un lieu unique à la demande de leurs titulaires. Le lieu de regroupement de ces officines est l'emplacement de l'une d'elles, ou un emplacement nouveau situé dans la commune d'une des pharmacies regroupées. Suite au regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes, les licences ainsi libérées doivent être comptabilisées au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour appliquer les conditions relative à une éventuelle création ou un éventuel transfert. Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) peut, après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens, mettre fin à cette prise en compte à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la délivrance de l'autorisation de regroupement si aucun transfert ni aucune création n'a eu lieu (Article L.5125-15).

### **2.2.2.2 Le « faux » regroupement ou principe de la fusion/absorption :**

Schématiquement, la fusion/absorption consiste à transformer deux officines en une seule. Une licence d'exploitation est ainsi supprimée. Ainsi, un pharmacien titulaire de la licence A et un autre pharmacien titulaire de la licence B dans une même commune décident de se regrouper en acceptant que A rachète la clientèle de B, par exemple. Il y aura alors restitution de la licence de B. A demeurera seul dans la commune. En ville, il est possible de racheter une officine à plusieurs pour réaliser une fusion/absorption.

## **2.3.3 Dernières modalités de regroupement adoptées par les députés :**

Les députés ont adopté une modification des modalités de regroupement des officines dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale(PLFSS) pour 2011. L'objectif était de clarifier les règles d'application des quotas d'officines pharmaceutiques définies par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale(LFSS) pour 2008.

L'article L5125-11 dans ses deux premiers alinéas indique que le nombre de licences prises en compte à l'issue d'un regroupement d'officines dans la même commune ou dans des communes limitrophes est le nombre d'officines regroupées.

Le dispositif dit « de sauvegarde » adopté en 2008 comporte une imprécision qui a donné lieu à des interprétations divergentes sur le point de savoir si la licence issue du regroupement de deux ou plusieurs officines devait être comptabilisée elle aussi. Le dispositif « de sauvegarde » consiste à sécuriser l'opération de regroupement contre l'implantation d'une nouvelle officine au titre d'une des licences libérées, en comptabilisant ces licences pendant au moins cinq ans dans l'application des quotas de

répartition des officines. Il arrive lorsque deux officines se regroupent, qu'elles soient comptabilisées non comme deux pharmacies, mais comme trois, au regard des quotas, bloquant ainsi la création d'une nouvelle officine.

### 2.3.4 Nombre de regroupements réalisés sur le territoire français :

Le tableau<sup>18</sup> suivant représente pour toutes les régions françaises le nombre de regroupements effectués et en cours de réalisation pour l'année 2010. Ce tableau reprend aussi le nombre de licences concernées.

REGIONS	REGROUPEMENTS		
	Réalisés	En cours	Nombre de licences
Alsace	0	0	0
Aquitaine	2	1	6
Auvergne	0	1	1
Basse-Normandie	1	0	1
Bourgogne	2	1	0
Bretagne	3	0	3
Centre	4	0	7
Champagne-Ardenne	1		
Franche-Comté	1	1	2
Haute-Normandie	1	1	4
Ile-de-France	4	3	14
Languedoc-Roussillon	0	0	0
Limousin			
Lorraine	0	0	0
Midi-Pyrénées	1	0	2
Nord- Pas-de-Calais			
Pays de Loire	1	0	2
Picardie	0	0	0
Poitou-Charentes	1	0	1
PACA Corse	0	0	0
Rhône-Alpes	3		3
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>46</b>

<sup>18</sup> Chiffres fournis sur le site du CNOP

A l'analyse de ce tableau, on remarque que les pharmaciens demeurent très frileux à l'idée de pratiquer un regroupement : seuls deux regroupements ont été effectués et un en cours de réalisation pour la région Bourgogne en 2010. Le retour du questionnaire envoyé au CROP de cette région a permis de voir qu'ils s'agissaient des seuls regroupements pratiqués sur la période des trois dernières années.

Quant à la région Nord-Pas de Calais, le retour du questionnaire a mis en évidence un seul regroupement effectué depuis 2008.

### **2.3.5 Avantages d'un regroupement :**

Un regroupement offre la possibilité de dégager à la fois du temps et à la fois une capacité financière pour exploiter certaines spécialités comme par exemple l'orthopédie ou le matériel médical. Un regroupement peut également permettre de développer les nouvelles missions du pharmacien d'officine dans le cadre de la loi HPST comme par exemple l'éducation thérapeutique du patient.

### **2.3.6 Inconvénients d'un regroupement :**

Plusieurs inconvénients d'ordre tout à fait différent peuvent être relevés. On peut penser tout d'abord à un inconvénient d'ordre psychologique puisqu'il ne doit sûrement pas être simple pour deux pharmaciens jusqu'alors « concurrents » de devoir travailler ensemble avec le même outil de travail.

Un autre inconvénient touche la clientèle car il ne faut pas oublier que regroupement ou la fusion/absorption ne signifie pas forcément fusion des clientèles. Une partie de clientèle sera délaissée et perdra en proximité pour rejoindre son pharmacien.

Un autre inconvénient réside dans le fait que toute licence rendue ne garantit la protection d'une nouvelle création que pendant cinq ans uniquement. L'amortissement de l'emprunt pour l'acquisition d'un fonds de pharmacie se faisant sur plus longtemps rend les regroupements quasiment réalisables que dans les communes ne risquant pas de création. Il n'existe, pour le moment, aucun dispositif incitant les pharmaciens à se regrouper, hormis le maintien de la licence de l'officine regroupée.

## **2.4 Crainte des officinaux face à la possibilité pour les EHPAD d'avoir leur PUI :**

Actuellement, peu d'EHPAD disposent de leur propre PUI, ce qui conduit leurs résidents à se procurer leurs médicaments chez les pharmaciens d'officine.

#### **2.4.1 Mode actuel d'approvisionnement en médicaments des résidents d'EHPAD et son impact sur un chiffre d'affaire d'officine :**

L'article L 5126-61 du (CSP) précise que les EHPAD ne disposant pas de PUI « concluent avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein ». Il précise également que les résidents d'EHPAD « conservent la faculté de demander que leur approvisionnement en médicaments soit assuré par un pharmacien de leur choix ».

Concrètement, cela signifie qu'un pharmacien d'officine situé à proximité d'un EHPAD, surtout en milieu rural, a la quasi-totalité, voire la totalité des résidents de l'EHPAD en patients. En milieu urbain, il arrive que des personnes âgées quittant leur domicile pour rejoindre un EHPAD, situé dans un quartier différent, continuent de s'approvisionner chez leur pharmacien habituel soit par leurs propres moyens soit par un système de livraison assuré par le pharmacien.

Il est intéressant de mentionner certains chiffres. Le rapport<sup>19</sup> Pierre-Jean LANCRY a repris des études et enquêtes évaluant la consommation journalière des médicaments dans les EHPAD ne disposant pas d'une PUI (consommation par jour et patient en euros). Je ne reprendrais ici en exemple qu'une donnée basse et une donnée haute.

L'Eurostaf a réalisé en décembre 2007 pour le compte de la Direction de la Sécurité Sociale une étude sur 52 EHPAD<sup>20</sup>. Cette étude a permis de chiffrer la consommation par jour et par patient à 3,89€ en médicaments remboursables et à 3,34€ en médicaments non remboursés.

Le Syndicat National des Etablissements et Résidences pour Personnes Agées a réalisé en avril 2009 une enquête sur 250 EHPAD<sup>21</sup> et a estimé la consommation par jour et par patient à 5,13€ (y compris les médicaments non remboursables).

La lecture des chiffres de ces enquêtes permet d'analyser ce que peut représenter pour un pharmacien officinal, la part de dispensation des médicaments aux résidents de l'EHPAD voisin dans son chiffre d'affaire. La constitution d'une PUI dans un EHPAD proche d'une officine pourrait menacer la pérennité même de l'officine. L'inquiétude des pharmaciens titulaires d'officine semble tout à fait légitime d'autant plus que la part du chiffre d'affaire issu de l'approvisionnement d'EHPAD peut atteindre 19% selon la FSPF.

Leur éventuel dépôt de bilan pourrait en particulier dans certaines zones de désertification sanitaire, constituer un véritable problème de santé publique. Ceci serait préjudiciable

---

<sup>19</sup> LANCRY Pierre-Jean Rapport de la mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des EHPAD Juillet 2009

<sup>20</sup> 52 EHPAD pour un total de 2703 résidents.

<sup>21</sup> 250 EHPAD pour un total de 18 000résidents.

entre autre pour les personnes âgées ne résidant pas en EHPAD et ayant la nécessité d'avoir un pharmacien de proximité.

J'évoquerai un peu plus loin dans ce mémoire l'exemple de pharmaciens titulaires d'officine en milieu rural, confrontés à l'éventuelle ouverture d'une PUI dans un EHPAD voisin.

#### **2.4.2 Expérimentation sur la réintégration du prix des médicaments dans le forfait soins des résidents d'EHPAD :**

En 10 ans, l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD a connu plusieurs étapes, concomitantes aux évolutions de la fixation des modalités de financements des EHPAD. Les Décrets du 26 avril, puis du 4 mai 2001 ont généralisé l'intégration du médicament dans le forfait soins dans les EHPAD. La Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé décide du retour dans l'enveloppe soins de ville des médicaments et des dispositifs médicaux. La LFFS pour 2006 décide la réintégration des dispositifs médicaux. La LFFS pour 2009, dans son article 64, prévoit une expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD, et sa généralisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011. De plus, la LFSS pour 2010 permet la constitution d'une PUI pour les Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Social (GCS-MS).

Les objectifs attendus de la réintégration des médicaments reposent notamment sur l'hypothèse d'un effet régulateur lié à la fixation d'une enveloppe prédéterminée. Cet effet régulateur est concrétisé d'une part par une baisse des coûts totaux des médicaments consommés par les résidents des EHPAD et d'autre part, par une amélioration des prescriptions et du bon usage des médicaments avec des effets attendus sur la santé des résidents.

L'expérimentation a débuté en décembre 2009 et concerne 276 EHPAD volontaires publics ou privés répartis sur l'ensemble du territoire. L'article 80 de la LFSS 2011 prolonge de deux ans l'expérimentation sur la réintégration des médicaments dans le forfait de soins des EHPAD, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2013. L'article 82 de la LFSS 2011 repousse la possibilité de création de PUI dans les GCSMS (mesure initialement prévue dans la LFFS 2010 à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011) au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

### **2.4.3 Analyse des entretiens réalisés auprès d'officinaux concernés par l'éventuelle création d'une PUI dans un EHPAD voisin :**

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai eu l'occasion de réaliser des entretiens avec des pharmaciens titulaires d'officines. Ces derniers manifestaient une certaine crainte à l'annonce de l'ouverture éventuelle d'une PUI dans un EHPAD voisin.

Pour chacun des pharmaciens, l'intégralité des résidents de l'EHPAD sont patients à leurs officines. Les pharmaciens expliquent que leur taux de marge est très important avec les résidents de l'EHPAD car il y a un fort taux de substitution dans leurs prescriptions. Il en ressort pour certains qu'un emploi est menacé, pour d'autres la viabilité de l'officine.

Pour chacun d'entre eux, le gestionnaire de l'EHPAD leur a proposé de continuer à s'approvisionner chez eux en contrepartie de réaliser la préparation des doses à administrer. Pour un des pharmaciens, perdre l'EHPAD en clientèle consisterait à supprimer un emploi de préparateur en pharmacie à temps plein donc réduire de 50 000 euros sur un bilan. Tandis que préparer les doses à administrer nécessite un investissement de 40 000 euros pour l'achat de l'automate, le logiciel et les consommables.

## **2.5 Place des pharmaciens dans les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) :**

Les MSP visent à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé, principalement de 1<sup>er</sup> recours. Les MSP ont vocation à réunir « un noyau dur » de professionnels de santé constitué de médecins généralistes et d'infirmières et si possible de masseurs-kinésithérapeutes. En fonction des opportunités pourront intervenir dans le cadre de la MSP pharmacien, orthophoniste, pédicure-podologue, diététicienne.

Les MSP seront dénommées à l'avenir sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires(SISA).

### **2.5.1 Objectifs de ces MSP :**

Ces MSP sont une réponse à l'évolution de la démographie des professionnels de santé et à l'amélioration de l'aménagement du territoire. Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires. Elles ne concernent pas seulement les zones rurales. L'objectif est d'anticiper des cessations d'activité. Les MSP sont un des outils originaux et innovants à travers lesquels les régions comptent promouvoir une prise en charge globale

et territorialisée des questions de santé. Elles visent à l'amélioration de la continuité du parcours de santé par de nouvelles organisations de travail autour du patient. Ces installations ancrent, de manière pérenne, une offre de soins de proximité sur laquelle peuvent s'articuler un aménagement de l'offre médico-sociale et de nombreux services rendus à la personne.

Les MSP permettent de conforter l'accessibilité, la coordination, la continuité et la permanence des soins. Elles améliorent l'attractivité pour lutter contre la désertification et concourir au maintien de services publics de santé de proximité. Elles développent le champ de l'exercice professionnel en participant à des programmes de santé publique comme la prévention et l'éducation thérapeutique du patient. Elles améliorent la qualité de l'exercice professionnel en créant une dynamique de groupe et en saisissant l'opportunité de décloisonner le soin. Elles innovent les modes de prises en charge à des fins de meilleure efficacité du système.

Pour obtenir le « label » maison de santé, aucune autorisation de l'ARS est nécessaire sauf si celle-ci offre une aide financière (participation uniquement pour des dépenses d'investissement, d'études de faisabilité et pour des dépenses de fonctionnement).

### **2.5.2 Place des pharmaciens dans les maisons de santé :**

Avec la proposition de la loi Fourcade, les pharmaciens ont exprimé leur volonté d'être présents dans les maisons de santé. L'enjeu pour le pharmacien est primordial. Il s'agit pour lui de pouvoir participer au suivi des patients par le biais des protocoles de coopération.

L'article L 4011-1 et L 4011-2 du CSP précise que les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients. Les professionnels de santé soumettent à l'ARS les protocoles de coopération.

Voici un exemple de protocole de coopération où le pharmacien serait impliqué : dans le cas d'une personne diabétique le pharmacien peut en avoir fait le dépistage ainsi que l'éducation thérapeutique de celui-ci tandis que le médecin en assure le traitement et l'infirmière le suivi et l'interprétation des bilans sanguins à l'occasion d'un rendez-vous avec le patient.

### **2.5.3 Données chiffrées :**

Pour la région Nord-Pas de Calais, depuis le début 2011, on dénombre 38<sup>22</sup> projets de MSP pour lesquelles 6 d'entre elles, au moins un pharmacien a émis le souhait de

---

<sup>22</sup> Entretien avec M LEQUEUX responsable de l'offre de soins ARS NORD PAS DE CALAIS.

rejoindre cette structure. L'entretien n'a pas permis d'obtenir d'autres éléments sur ces MSP étant donné qu'il s'agissait de projets en cours d'élaboration.

#### **2.5.4 Incidence de ces MSP sur le maillage territorial des officines :**

Face à la désertification médicale, les MSP sont certes une réponse efficace, mais elles ont des effets pervers sur le maillage des pharmacies.

Doit-on voir dans le désir du pharmacien de rejoindre une MSP un avantage économique pour le pharmacien et /ou une volonté de s'investir dans le suivi du patient ?

Il ne faut pas oublier que ce genre de transfert peut délaissier une partie de la population ou encore faire changer une partie de population de son pharmacien (dans le cas précis où un patient suivrait son médecin dans cette maison de santé et irait de ce fait chez le pharmacien de cette maison de santé). La crainte est dès lors que les médecins se regroupent, l'officine à proximité ou au sein de la MSP voit son activité accroître au détriment des autres pharmacies qui seraient ainsi mises en péril.

### **2.6 Pro-pharmacie et maillage territorial :**

Des médecins peuvent être autorisés à avoir dans leur cabinet un dépôt de médicaments et à les délivrer aux personnes auxquelles ils prodiguent des soins. Ils pratiquent alors la pro-pharmacie.

#### **2.6.1 Origine historique de la pro-pharmacie :**

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI prévoyait déjà la possibilité pour certains officiers de santé de fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils étaient appelés dans les localités où il n'y avait pas de pharmacien ayant officine ouverte. Cette disposition a été reprise par la loi du 11 septembre 1941<sup>23</sup> et a fait l'objet d'une modification opérée par la loi n° 71-1026 du 24 décembre 1971. Actuellement, l'article L.4211-3 (modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010) du CSP traite de la pro-pharmacie.

---

<sup>23</sup> Validée par les articles 29 et 30 de la loi, devenus les articles 84 et 85 du Code de la pharmacie, puis les articles L.594 et L.595 du CSP.

### **2.6.2 Principe et intérêts de la pro-pharmacie (article L 4211-3) :**

Les médecins établis dans une commune dépourvue d'officine de pharmacie peuvent être autorisés par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, qui en informe le représentant de l'Etat dans le département, à avoir chez eux un dépôt de médicaments, et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments remboursables et non remboursables, ainsi que les dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit. Cette dispensation s'effectue selon une liste établie par le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Cette autorisation ne doit être accordée que lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige. Elle mentionne les localités dans lesquelles la délivrance des médicaments au domicile du malade est également autorisée. Elle est retirée dès qu'une officine de pharmacie est créée dans une des communes mentionnées dans l'autorisation. Les médecins bénéficiant d'une autorisation d'exercer la pro-pharmacie sont soumis à toutes les obligations législatives et réglementaires incombant aux pharmaciens. Ils ne peuvent en aucun cas avoir une officine ouverte au public. Ils doivent ne délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leur consultation.

L'exercice de la pro-pharmacie est très utile dans les zones géographiques peu accessibles : par exemple en montagne ou en milieu rural très retiré.

### **2.6.3 Diminution du nombre des médecins propharmaciens :**

Conséquence des facilités de plus en plus grandes des déplacements d'une commune à une autre, ainsi que la création d'officines dans les communes rurales provoquées par les règles de répartition des officines, le nombre de médecins exerçant la pro-pharmacie ne cesse de décroître : il y avait 632<sup>24</sup> médecins propharmaciens en 1961, 289 en 1981 et 152<sup>25</sup> en 1998.

Je préciserai ici qu'il demeure à l'heure actuelle 4 médecins propharmaciens dans la région Nord-Pas de Calais. Par contre, l'existence d'une des 4 pro-pharmacies ne serait plus justifiée en raison d'une faible distance (5 km) entre cette dernière et la pharmacie la plus proche.

---

<sup>24</sup>, AUBY et COUSTOU, Droit pharmaceutique, volume 1, fascicule 11-05, p. 7.

<sup>25</sup> Pharmacies de France, 1998, n°8, p. 18.

#### **2.6.4 Incidence de l'exercice de la pro-pharmacie sur le maillage territorial :**

L'exercice de la pro-pharmacie concurrence directement à la fois les pharmaciens et les médecins installés en milieu rural ou en montagne. En effet, les patients préfèrent consulter un médecin qui a la faculté de délivrer immédiatement des médicaments plutôt qu'à un autre praticien, installé lui aussi en milieu rural ou en montagne, très souvent dans le même périmètre géographique, mais qui n'offre pas cette facilité.

De ce fait, le médecin rural tout comme le pharmacien d'officine installé en milieu rural sont directement concurrencés par le médecin propharmacien. Cette question de concurrence avait été soulevée au Sénat en 1990. Il avait alors été demandé de réglementer davantage la possibilité d'exercer la pro-pharmacie, en arrêtant des mesures qui établiraient un périmètre géographique précis pour son exercice, tenant compte des communes qui sont suffisamment bien desservies. Ces mêmes mesures fixeraient aux médecins un délai déterminé et renouvelable, par le représentant de l'Etat habilité à le faire, la possibilité d'exercer la pro-pharmacie. Cette question est restée sans suite depuis.

### **3 FACTEURS DETERMINANTS DU MAILLAGE TERRITORIAL :**

Comment pérenniser le réseau officinal de proximité à l'heure où la loi HPST reconnaît le rôle du pharmacien d'officine dans les soins de premier recours et détermine ses nouvelles missions ? Le pharmacien fait partie intégrante de l'équipe soignante et contribue ainsi à la prise en charge globale de la population sur un territoire.

#### **3.1 Création de nouvelles missions pour les pharmaciens officinaux dans le cadre de la Loi HPST :**

Le législateur vient d'inscrire dans la loi HPST l'article 36 relatif au conseil pharmaceutique pour le premier recours et l'article 38 relatif au rôle du pharmacien d'officine et à ses nouvelles missions.

Ces dernières, au nombre de huit, renforcent la conception que le pharmacien officinal doit être un acteur de santé de proximité. Il résulte de l'article L. 5125-1-1 A du CSP que, les pharmaciens d'officine :

1° Contribuent aux soins de premier recours.

Les soins de premier recours s'articulent autour de 3 grandes fonctions :

- L'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
- Le suivi du patient et la coordination de son parcours ;
- Le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

2° Participent à la coopération entre professionnels de santé.

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

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

5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients.

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

7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À

ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets.

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

La qualité de professionnel de santé de proximité du pharmacien, fait de la pharmacie d'officine une porte d'entrée facilement accessible au système de soins et le pharmacien un acteur incontournable dans la coordination des soins. Il faudrait d'ailleurs pérenniser cette proximité d'autant plus que dans un proche avenir, le nombre de médecins généralistes aura fortement diminué. Dans la plupart des départements, l'évolution du nombre des médecins généralistes est négative. C'est dans le Pas de Calais, où il y a eu le plus d'arrêt d'activité de médecins généralistes lors du premier trimestre 2011. A cela, s'ajoute une faible attraction de la médecine libérale, moins de 10%<sup>26</sup> des diplômés s'installent en libéral aujourd'hui.

Le double constat d'une désertification médicale et de la nécessité de réorganiser la chaîne des soins auprès du patient (prévention, éducation thérapeutique, information et suivi dans une optique de permanence des soins) conduit le législateur à intégrer le pharmacien d'officine comme un acteur essentiel, susceptible de devenir en pratique un véritable pivot pour la coopération entre professionnels de santé.

L'analyse territoriale se fait actuellement sur une base communale voire au quartier. Compte tenu de l'intégration et de la reconnaissance du rôle du pharmacien d'officine dans l'offre de soins de premier recours (au même titre que le médecin traitant, l'infirmier ou le masseur kinésithérapeute), ce territoire d'analyse est peu cohérent avec les territoires retenus dans l'analyse de l'offre de soins de premiers recours et notamment dans le cadre de la détermination des zones fragiles.

### **3.2 Rôle de l'Agence Régionale de Santé :**

Alors que le réseau officinal s'apprête à vivre d'importantes modifications pour répondre aux enjeux de l'accès aux soins et de la dispensation de proximité, les ARS pourraient prendre part à l'identification des besoins d'implantation des officines comme l'estime Claude Evin, directeur général de l'ARS Ile de France<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Selon Stéphane Ruysen, coprésident de la chambre syndicale des pharmaciens du Finistère, le Quotidien du pharmacien, 18 juillet 2011.

<sup>27</sup> Les Nouvelles Pharmaceutiques Octobre 2010 p. 36.

### **3.2.1 Le Schéma Régional d'Organisation des Soins(SROS) :**

Le SROS est l'outil pour aider à la planification territoriale de l'offre de soins. Le SROS se compose de deux volets : le volet hospitalier et le volet ambulatoire. Le SROS issu de la Loi HPST est dénommé SROS-PRS. Il comporte deux innovations majeures par rapport au SROS : son intégration au sein du Projet Régional de Santé(PRS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

Le SROS constitue désormais un outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, document comportant notamment l'évaluation des besoins de santé et l'offre de soins et la détermination des orientations et objectifs stratégiques de la région en matière de santé. Pour guider le pilotage de la partie ambulatoire du SROS, il faut construire le projet en lien et en concertation avec les acteurs de terrain. La dynamique de construction de celui-ci est un élément déterminant de sa mise en œuvre.

### **3.2.2 Le groupe de travail « SROS des officines » à l'ARS Nord Pas de Calais :**

Les contenus relatés ici sont issus de l'entretien conduit avec la personne chargée de la régulation de l'offre de soins à l'ARS Nord-Pas de Calais. En ce qui concerne cette région, trois groupes de travail s'occupent du volet ambulatoire. Les deux premiers travaillent respectivement sur les soins de premiers recours (pour les professionnels tels que médecins généralistes, infirmiers), et sur les transports sanitaires. Le troisième travaille sur la thématique des officines.

Ce groupe est composé des membres du personnel de l'ARS chargé de la régulation de l'offre de soins, des membres du CROP, des membres de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens, des membres de l'URPS médecins, ainsi qu'un PHISP. Il s'agit pour eux de traiter de la délivrance des médicaments en ambulatoire dans cette région et de s'interroger sur la répartition de l'offre au regard des besoins de la population.

Ce groupe de travail a souhaité établir un diagnostic pour les pharmacies à deux niveaux :

- Un premier niveau qui sera régional et départemental ;
- Un second niveau, affiné au sein de chaque territoire de santé par zone de proximité.

C'est à partir de ce diagnostic que des recommandations vont pouvoir être établies et qu'il sera possible de déterminer des programmes et des actions à mettre en place pour construire une organisation des soins ambulatoires qui répondent aux besoins de santé

de la population. Ce diagnostic a également mis en évidence le fait que 22% des pharmacies sont en surnombre dans les zones urbaines et qu'une moyenne de 2% de la population n'est pas desservie dans son territoire de santé. La région Nord-Pas de Calais comporte quatre territoires de santé.

Le taux de population non desservie atteint 2,6% dans le territoire de santé du Hainaut-Cambrésis alors qu'il est de 1,2% dans le territoire de santé de Métropole-Flandre Intérieure.

### **3.3 Les orientations possibles pour un juste maintien du maillage territorial :**

Au moins trois actions sont plausibles.

- La première action consiste en l'expérimentation de nouvelles conditions d'analyse territoriale :

L'analyse actuelle des besoins, devant permettre l'accord ou le refus d'ouverture d'une pharmacie, se fait à un niveau d'analyse communale voire au quartier. Or l'analyse territoriale des besoins utilisée pour les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes est réalisée au niveau du bassin de vie ou du pseudo canton pour les aires urbaines de plus de 30 000 habitants. De fait et notamment en zone rurale, il y a peu de cohérence entre les territoires d'analyse des besoins, alors même que ces professionnels font partie de la même équipe soignante.

Pour cette raison, une analyse non plus à la commune mais au bassin de vie et au pseudo canton serait plus adaptée.

- La deuxième action consiste à faciliter et à encourager le regroupement dans les zones excédentaires en officines :

Aujourd'hui bon nombre d'officines de pharmacie sont en difficultés sur le plan financier. Ces difficultés sont multifactorielles. L'un de ces facteurs est la concurrence forte dans les zones suréquipées. De ce fait, l'une des solutions qui permettrait de contourner ces difficultés serait de faciliter le regroupement dans les zones suréquipées (au moins trois officines excédentaires). A ce jour, dès lors que deux officines se regroupent, l'on continue à dénombrer sans durée déterminée autant de licences exploitées qu'avant le regroupement. Après un délai de cinq années et si les besoins sont réels, cette modalité de dénombrement peut être réexaminée. Cette durée de cinq années apparaît, au regard des nécessités d'amortissement, trop courte. Il serait souhaitable d'étendre ce délai à 10 ans (5 ans renouvelable une fois).

- La troisième action consiste à faciliter l'exercice quotidien des nouvelles missions des pharmaciens d'officine dans les soins de premier recours :

Plusieurs raisons tendent à faire ce constat comme la méconnaissance de leur rôle, l'absence de formation continue adaptée à ces nouvelles missions et la rémunération de ces dernières.

Au regard de ces constats, il pourrait être possible d'inclure systématiquement les pharmaciens d'officine dans les réflexions autour des projets de santé des maisons, pôles et centres de santé pluri-professionnels et de mener une réflexion commune intégrant l'ensemble des acteurs autour de protocoles de coopération type. Il pourrait également être possible de permettre aux pharmaciens en formation initiale et à ceux en exercice, au travers de la formation continue, de participer à l'éducation thérapeutique du patient.

### **3.4 Intérêts professionnels et implications des PHISP dans le maillage territorial des officines :**

Actuellement, la majorité du corps des PHISP travaille au sein des ARS. Les PHISP peuvent être soit au service de la Santé Publique, soit à l'Offre de Soins, ou encore comme dans le cas de l'ARS Nord- Pas de Calais à la direction de la Stratégie et de l'Evaluation.

Les PHISP connaissent au mieux le territoire de santé et l'implantation des officines puisqu'ils ont en mission déjà de gérer et de procéder à l'autorisation d'éventuels transferts et regroupements d'officines. Dans ce cas précis, les PHISP travaillent en collaboration avec le CROP et les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales qui instruisent également les demandes de regroupements. Les PHISP interviennent pour un avis technique en analysant aussi les conditions minimales d'installation.

Les PHISP peuvent veiller au maintien à la population d'une offre de soins satisfaisante et équitable en matière de dispensation du médicament. Les PHISP trouvent tout à fait leur place pour se prononcer contre une réduction en ordre dispersé, sans planification ni réflexion sur les besoins en termes de maillage du paysage officinal.

D'autant plus, que les PHISP sont déjà très impliqués dans le SROS de Biologie qui consiste à contrôler le regroupement des laboratoires en laboratoires multi-sites avec fermeture ou non de certains sites.

Pourquoi ne pas concevoir un « SROS des officines » où les PHISP seraient impliqués ? A l'ARS Nord- Pas- de Calais, c'est un PHISP de l'Evaluation et de la Stratégie qui travaille en collaboration avec les personnes de la régulation de l'Offre de Soins afin d'établir une cartographie des territoires de santé. Cette cartographie permet de visualiser

les zones de proximité qui ne seraient pas considérées comme desservies par une officine.

Ce SROS pourrait permettre de rééquilibrer certaines zones « surpeuplées » en officines comme les centres villes de grandes villes en faveur de zones désertifiées comme les zones rurales.

## Conclusion

Depuis une dizaine d'années, nous constatons un phénomène nouveau : la cessation d'activité de pharmacies. Ces officines ferment pour différentes raisons : pour faillite (conséquence d'une économie fragilisée), pour des départs en retraite sans possibilité de revente.

Pour d'autres pharmacies, leur viabilité est menacée. La pérennité de certaines pharmacies rurales est en danger. Il s'agit ici d'officines qui approvisionnent en médicaments les résidents d'un EHPAD voisin. Si le prix des médicaments est intégré dans le forfait soins, les gestionnaires d'EHPAD préféreront avoir leur propre PUI et délaisseront le pharmacien officinal pour la dispensation des médicaments.

D'autres pharmaciens optent pour le regroupement entre titulaires d'officines, ou choisissent de rejoindre une maison de santé pluridisciplinaire. Là aussi, ces deux solutions déséquilibrent le réseau officinal en faisant perdre au patient la proximité du pharmacien. Je précise de nouveau ici que ce sont les regroupements en milieu rural qui risquent de nuire à l'équilibre du maillage territorial.

La loi HPST place le pharmacien comme un acteur de santé de proximité et comme un maillon de coordination dans la chaîne des soins. La loi HPST dans son article 38 définit de nouvelles missions pour le pharmacien officinal. Il est donc important à l'heure actuelle d'identifier des outils nécessaires, pour maintenir pérenne ce réseau de compétences au service des patients et de la santé publique que représente le réseau officinal.

Certaines solutions sont tout à fait envisageables comme l'expérimentation de nouvelles conditions d'analyse territoriale en bassin de vie pour être en cohérence avec la répartition des autres professionnels de santé. Une autre possibilité consiste dans le fait d'encourager et de faciliter les regroupements en zone excédentaire en officines et non en zone rurale.

Les inspecteurs de l'IGAS chargés du rapport sur les pharmacies d'officine recommandent une évolution du mode de rémunération en pratiquant un mix sur la marge et sur une rémunération directe dans le cadre des nouvelles missions.

En cumulant toutes ces pistes d'action, la pérennité du maillage territorial peut être envisageable.

---

# Bibliographie

---

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :**

### CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Loi du 11 Septembre 1941 sur la pharmacie et le système de répartition des officines de pharmacie.

Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (Loi HPST).

Circulaire Ministérielle du 5 Mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de 3<sup>ème</sup> génération : Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 Mars 2004.

## **RAPPORTS :**

Rapport RIOLI Juillet 2009.

Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie sur le rôle du pharmacien correspondant Décembre 2009.

Rapport parlementaire sur les médicaments 30 Avril 2008.

Rapport sur la Cour Des Comptes Pharmacie d'Officine p.196.

Rapport du groupe de travail présidé par Pierre DELOMENIE(IGAS) sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées.

Rapport de la mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des EHPAD LANCRY Pierre-Jean, Juillet 2009.

Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur, NAVES Pierre et DAHAN Muriel, Septembre 2010.

Rapport sur les Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau, BRAS Pierre-Louis, KIOUR Abdelkrim, MAQUART Bruno et MORIN Alain, Juin 2011.

### **OUVRAGES ET PERIODIQUES :**

AUBY et COUSTOU Droit Pharmaceutique Volume 1 fascicule 11-05 page 7.

Livre blanc de la Pharmacie Janvier 2008 Annexe 3 page 75 et Annexe 5 page 79.

Bulletin de l'Ordre n°279, FLAHAUT Jean, Décembre 1984.

Bulletin de l'Ordre n° 391, Juillet 2006, pages 120 et 121.

Les Nouvelles Pharmaceutiques, Décembre 2007, page 22.

Les Nouvelles Pharmaceutiques, Octobre 2010, page 36.

Pharmacie de France 1998 n°8 page 18.

### **SITES INTERNET CONSULTES :**

[www.ordre.pharmacien.fr/les entreprises pharmaceutiques/officines](http://www.ordre.pharmacien.fr/les_entreprises_pharmaceutiques/officines).

[www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq\\_152\\_22\\_dossier.pdf](http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq_152_22_dossier.pdf).

[www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_SROS.pdf](http://www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf).

[www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/sectionA.pdf](http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/sectionA.pdf).

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste alphabétique des personnes contactées.

Annexe 2 : Questionnaire de recueil de données envoyé au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

Annexe 3 : Guide d'entretien avec un pharmacien ayant effectué un regroupement.

Annexe 4 : Guide d'entretien avec un co-président de syndicat de pharmaciens d'officine.

Annexe 5 : Guide d'entretien avec des pharmaciens titulaires d'officine proches d'un EHPAD.

Annexe 6 : Guide d'entretien avec une personne chargée de la régulation de l'offre de soins en ARS.

## **ANNEXE 1 : Liste alphabétique des personnes contactées.**

---

Monsieur BEAURAIN : pharmacien titulaire d'officine.

Madame GAUDRY : pharmacien titulaire d'officine.

Monsieur LEBECQUE : pharmacien titulaire d'officine et co-président d'un syndicat de pharmaciens d'officine.

Monsieur LECQUEUX : personne chargée de l'offre de soins à l'ARS NORD-PAS de CALAIS.

Madame LEHRE : pharmacien titulaire d'officine.

Monsieur MORIN : inspecteur des affaires générales et sociales.

**ANNEXE 2 : Questionnaire de recueil de données envoyé au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens**

---

FICHE DE RECUEIL DE DONNEES A L'ATTENTION DE  
MONSIEUR LE PRESIDENT ET LES MEMBRES DU CONSEIL DE  
L'ORDRE DES PHARMACIENS DU NORD-PAS DE CALAIS SUR  
LE SUJET DU MAILLAGE TERRITORIAL DES OFFICINES

---

Laurence Morvillers

Pharmacien Inspecteur de Santé Publique stagiaire à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes (EHESP), je réalise un mémoire sur le thème « du maillage territorial des officines et son évolution actuelle ».

De ce fait, je vous sollicite dans l'objectif d'obtenir des informations essentiellement chiffrées sur les officines et sur la démographie des pharmaciens titulaires de votre région.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir répondre à cette fiche de recueil d'informations.

**QUESTIONNAIRE CONCERNANT LES OFFICINES :**

- 1) Nombre total des officines pour le NORD :
  
- 2) Nombre total des officines pour le PAS DE CALAIS :
  
- 3) Nombre de regroupements d'officines :

	2008	2009	2010
NORD			
PAS DE CALAIS			

- 4) Nombre de fermetures d'officine :

	MOTIF	2008	2009	2010
NORD	Faillite			
	Départ en retraite sans revente			
	Fermeture avec revente clientèle au confrère le plus proche			
PAS DE CALAIS	Faillite			
	Départ en retraite sans revente			
	Fermeture avec revente clientèle au proche confrère			

5) Nombre d'officines ayant bénéficié d'un transfert pour rejoindre une maison médicale pluridisciplinaire :

	2008	2009	2010
NORD			
PAS DE CALAIS			

6) Nombre d'officines excédentaires par rapport à la population dans les principales villes de la région NORD-PAS DE CALAIS :

**Région NORD :**

CAMBRAI :

DUNKERQUE :

LILLE :

MAUBEUGE :

VALENCIENNES :

**Région PAS DE CALAIS :**

ARRAS :

BOULOGNE :

CALAIS :

SAINT OMER :

## **QUESTIONNAIRE CONCERNANT LA DEMOGRAPHIE DES PHARMACIENS**

### **TITULAIRES :**

- 7) Quelle est la moyenne d'âge des pharmaciens titulaires du NORD PAS DE CALAIS en 2010 ? (ou année précédente si l'information n'est pas connue) :
  
- 8) Quelle est la proportion des pharmaciens titulaires de plus de 60 ans du NORD PAS DE CALAIS en 2010 ? (ou année précédente si l'information n'est pas connue) :

**Je vous remercie pour votre précieuse participation**

**Je vous remercie de me retourner ce document si possible avant le 10 Avril 2011 par courriel : [laurence.morvillers@gmail.com](mailto:laurence.morvillers@gmail.com)**

**Ou par courrier à :**

**Laurence Morvillers**

**124 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny Résidence le Jacquard appt 121**

**62100 CALAIS**

Si vous le désirez, je me tiens à votre disposition pour vous donner un exemplaire de ce mémoire.

## ANNEXE 3 : Guide d'entretien avec un pharmacien ayant effectué un regroupement

### Guide d'entretien avec un pharmacien ayant effectué un regroupement

- 1) Depuis combien de temps étiez-vous installé comme titulaire avant le regroupement ? *Pourriez-vous répondre à cette même question pour votre associé ?*
- 2) Pourquoi avoir pris la décision de ce regroupement ?
- 3) Quelle a été la durée d'élaboration de ce regroupement ?
- 4) Pourriez-vous préciser dans quelle tranche de chiffre d'affaire votre officine se situait avant votre regroupement ? *Pourriez-vous répondre à cette même question pour votre associé ?*
- 5) Pourriez-vous préciser la tranche de chiffre d'affaire dans laquelle se situe votre officine actuellement avec l'effet du regroupement ?
- 6) Vous restait-il beaucoup d'années à rembourser votre prêt bancaire pharmaceutique avant votre regroupement ? *Pourriez-vous répondre à cette même question pour votre associé ?*
- 7) Avez-vous vu une réelle fusion de vos 2 clientèles ?
- 8) Ce regroupement vous a-t-il permis de dégager à la fois du temps et à la fois une capacité financière pour développer certaines spécialités comme par exemple l'orthopédie ou le matériel médical ?
- 9) Ce regroupement vous permettra t-il de mieux développer les nouvelles missions du pharmacien d'officine dans le cadre de la loi HPST ?

**ANNEXE 4 : Guide d'entretien avec un co-président de syndicat de pharmaciens  
d'officine**

---

**Guide d'entretien avec un président de syndicat de pharmaciens d'officines**

- 1) Pourquoi concevez-vous le maillage territorial des officines comme un problème ?
- 2) Comment voudriez-vous le traiter à la fois en ville avec la surpopulation officinale et en milieu rural ?
- 3) Depuis combien de temps les syndicats étudient-ils ce problème ?
- 4) Pourriez-vous m'expliquer en quoi consistent les mesures d'incitations fiscales pour l'achat de pharmacies « invendables » que vous proposiez lors des dernières élections URPS ?

**ANNEXE 5 : Guide d'entretien avec des pharmaciens titulaires d'officine proches  
d'un EHPAD**

---

**GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX PHARMACIENS D'OFFICINE**

Je réalise actuellement mon mémoire sur le maillage territorial des officines. J'aimerais de ce fait vous poser quelques questions tant sur le profil socio-économique que tant sur le profil médico-géographique de votre officine. Vos coordonnées m'ont été communiquées par les pharmaciens inspecteurs de Bourgogne que vous aviez contactés.

Je vous précise que cet entretien reste totalement anonyme. Il me permet uniquement d'analyser les profils des officines qui seraient en difficulté avec l'ouverture d'une pharmacie à usage intérieur dans leur EPHAD voisine.

**PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE DE VOTRE OFFICINE :**

- 1) Depuis combien d'années êtes-vous installé ?
- 2) Quel est le statut juridique de votre officine ?
- 3) Etes-vous seul titulaire de votre officine ?

*Sous-question à aborder en fonction de la réponse :*

Si vous n'êtes pas seul titulaire de votre officine, combien d'associés êtes vous au sein de votre officine ?

- 4) Puis-je connaître votre chiffre d'affaire ?

Je vous demanderai simplement de vous situer dans les tranches indicatives que je vais vous citer :

- Moins de 800Ke
- De 800Ke à 1.000Ke
- De 1.000Ke à 1.200Ke
- De 1.200Ke à 1.800Ke
- De 1.800Ke à 2.400Ke
- Plus de 2.400Ke

4) Quelle est la répartition en pourcentage des taux de TVA des ventes pour votre officine ?

- 2,1%
- 5,5%
- 19,6%

5) Avez-vous subi une baisse de marge sur les 3 dernières années ?

*Sous-question à aborder en fonction de la réponse :*

Si oui, combien avez-vous perdu de points ou de dixième de points par rapport à l'année précédente ?

2008/2009/2010

6) Avez-vous déjà remboursé le prêt bancaire correspondant à l'acquisition du fond de commerce de votre officine ?

*Sous-question à aborder en fonction de la réponse apportée :*

Si oui : depuis combien d'années ?

Si non : Combien d'années vous restent t'il à rembourser ?

Avez-vous eu besoin déjà de renégocier votre prêt bancaire ? sur quel délai ?

Envisagez-vous de renégocier votre prêt bancaire dans un avenir très proche ?

7) Pourriez-vous me décrire tant quantitativement que tant qualitativement l'effectif de votre personnel ?

8) Quelle est votre opinion sur les regroupements d'officine ?

9) Faites-vous déjà l'objet d'un regroupement d'officine ?

Si oui : depuis combien d'années ?

## **PROFIL GEOGRAPHIQUE ET ENVIRONNEMENT MEDICAL DE VOTRE OFFICINE :**

Questions concernant votre officine :

- 1) Pourriez-vous me faire un bref descriptif géographique de votre officine ?
- 2) Combien y-a-t'il d'habitants dans votre commune ?
- 3) Combien y-a-t'il d'officines dans votre commune ?
- 4) Combien y-a-t'il de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de professionnels paramédicaux dans votre commune ?

Questions concernant l'EPHAD :

- 1) Depuis combien d'années l'EPHAD est elle ouverte ?
- 2) Combien de résidents y-a-t-il dans l'EPHAD ?
- 3) Quelle est la proportion de résidents de l'EPHAD patients à votre officine ?
- 4) Quelle est la distance entre l'implantation de l'EPHAD et votre officine ?
- 5) Existe-t-il des moyens de transports publics entre l'EPHAD et votre officine ?
- 6) Etes-vous déjà pharmacien référent pour l'EPHAD ?

*Sous-question à aborder en fonction de la réponse donnée :*

Si oui : Avec quel délai le gestionnaire de l'EPHAD vous paye t-il la facture ?

Le gestionnaire de l'EPHAD vous a-t-il sollicité pour la préparation des doses à administrer ?

Quels sont vos commentaires ou les points que vous auriez aimé aborder auxquels je n'aurai pas pensé dans cet entretien.

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration et je m'engage à vous envoyer un exemplaire de mon mémoire.

**ANNEXE 6 : Guide d'entretien avec une personne chargée de la régulation de l'offre de soins en ARS**

---

**Guide d'entretien avec une personne chargée de la régulation de l'offre de soins à l'ARS de LILLE**

- 1) Pourquoi intégrer le maillage territorial des officines dans le SROS ambulatoire ?
- 2) Qui en est chargé au sein de l'ARS ?
- 3) Avec quels partenaires extérieurs envisagez-vous d'aborder le problème du maillage territorial des officines ?
- 4) Comment et sur quels points traitez vous ce sujet ?
- 5) Avez-vous fixé un échéancier ?
- 6) Quelles sont les conclusions (éventuellement déjà existantes) de travail de l'ARS sur le maillage territorial des officines ?
- 7) Selon vous le développement des maisons pluridisciplinaires de santé peut-il avoir une incidence sur le maillage territorial des officines ?
- 8) Pourriez-vous préciser l'évolution de ce type de structure dans la région Nord-Pas de Calais ?
- 9) Combien de pharmaciens ont-ils le projet de rejoindre ce type de structure ?

A