

# La régulation du réseau des pharmacies d'officine

OCTOBRE 2016

Olivier **LE GALL** • Vincent **JAOUEN** •  
Bruno **VINCENT** • Marie **MAGNIEN**

**IGF**

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES





Inspection générale  
des finances

N° 2016-M-016

Inspection générale des  
affaires sociales

N° 2016-023R

## RAPPORT

# LA RÉGULATION DU RÉSEAU DES PHARMACIES D'OFFICINE

Établi par

**Olivier LE GALL**  
Inspecteur général des finances

**Marie MAGNIEN**  
Inspectrice des finances

**Vincent JAOUEN**  
Inspecteur des affaires sociales

**Bruno VINCENT**  
Inspecteur des affaires sociales

Avec la participation  
d'Hélène CHARTIER  
Stagiaire à l'IGAS

**- OCTOBRE 2016 -**



## Rapport

### SYNTHESE

La structuration actuelle du réseau officinal est plus le produit de l'histoire que de la réglementation actuelle. Le code de la santé publique autorise aujourd'hui les nouvelles installations d'officine (par transfert ou création) uniquement dans les communes comptant au moins 2 500 habitants (3 500 sur quelques territoires comme l'Alsace et la Moselle). Or, la majorité des communes équipées d'une officine en France compte justement moins de 2 500 habitants : si une officine ferme sur ces communes, la réglementation empêche donc toute réouverture une fois la licence correspondante supprimée. Au-delà de 2 500 habitants sur la commune, la réglementation autorise l'installation d'une officine supplémentaire par tranche de 4 500 habitants (2 installations à partir de 7 000 habitants, et ainsi de suite). Un deuxième critère réglementaire essentiel à la détermination du lieu d'installation des nouvelles officines porte sur l'obligation de choisir une implantation infracommunale permettant une « desserte optimale de la population résidente ».

Au regard des critères populationnels réglementaires, 91% des officines sont implantées dans des territoires en surdensité officinale. Dès lors, les leviers à la main des administrations de santé, en particulier des Agences régionales de santé, pour réellement être en capacité de réguler le réseau officinal et de l'articuler avec le reste de l'offre de soins de premier recours présente localement sont très réduits, et ce d'autant plus que la réglementation contraint, comme indiqué précédemment à implanter les officines à proximité du lieu de résidence des populations sans prise en compte des lieux où se situent les autres professionnels de santé du territoire (ex. maison, centre ou établissement de santé). La réglementation répondant plus à une logique d'aménagement du territoire que de stratégie concertée d'accès aux soins a dès lors pour effet de réduire progressivement le nombre d'officines en France.

On observe ainsi une réduction continue du nombre d'officines depuis les années 2000 (sur les cinq dernières années, -2,6%). Ces fermetures ne sont pas le reflet d'une crise économique majeure traversée par le secteur dans la mesure où les cas de liquidation judiciaire sont rares. De plus, même si le chiffre d'affaires des pharmacies n'a plus la croissance forte qu'il a connu dans le passé, les performances de gestion du secteur restent satisfaisantes (liasses fiscales 2014). Il est néanmoins indéniable que la sortie progressive depuis 2008-2009 de la bulle intervenue à partir du début des années 2000 sur le prix de cession des officines a pu mettre en difficultés certains pharmaciens ayant acheté trop cher leur officine, en particulier dans les métropoles, au regard de l'évolution des prix du médicament (cf. politique de baisse des prix). Près de la moitié des fermetures d'officine sont par ailleurs le résultat d'initiatives de pharmaciens désirant restructurer l'offre locale via des regroupements et rachats-fermetures.

Malgré les centaines de restitutions de licence intervenues ces dernières années, les fermetures d'officine ne posent jusqu'à présent pas de difficulté globale d'accès au médicament pour la population dans la mesure où la quasi-totalité des fermetures surviennent dans des territoires au préalable en surdensité officinale. In fine, 97% de la population métropolitaine vit aujourd'hui à moins de 10 minutes en voiture d'une officine (0,5% se situant à plus de 15 minutes). Les cas d'éloignement sont rares et concentrés dans des territoires isolés ou montagneux, et vraisemblablement - mais cela appellerait des analyses plus approfondies que celles que la mission a pu conduire - dans certains quartiers de la politique de la ville.

## Rapport

Les microsimulations d'évolution du réseau dans les 5 à 10 ans faites à l'échelle communale par la mission montrent que les fermetures d'officines vont certainement se poursuivre mais n'impacteront que faiblement l'accès au médicament de la population : ainsi, dans dix ans, ce serait 96% de la population qui se situerait à moins de 10 minutes en voiture d'une officine (0,8% de la population résidant alors à plus de 15 minutes). Ces microsimulations prennent en compte l'âge des pharmaciens titulaires et de leurs adjoints, la santé économique des officines et l'attractivité des territoires pour un repreneur potentiel au regard notamment de l'évolution de la population locale, de l'âge des médecins généralistes de la commune, du nombre de commerces implantés ou encore de l'éloignement plus ou moins grand au pôle urbain le plus proche.

Face à ce constat, il n'apparaît pas nécessaire de mener des actions nationales d'envergure sur le réseau. L'orientation préconisée par la mission est de doter les ARS de leviers d'intervention leur permettant de développer une véritable stratégie d'implantation des officines non pas exclusivement selon des logiques d'aménagement du territoire mais suivant une politique intégrée d'offre de soins de premier recours. Cela passe non seulement par une intégration pleine et entière des problématiques officinales dans les projets régionaux de santé, ce qui est rare aujourd'hui, mais aussi par l'utilisation, à diffuser, d'un distancier-temps de la population à l'officine la plus proche. Les actions à prendre devront concilier des objectifs potentiellement contradictoires mais inhérents au métier de pharmacien d'officine qui est à la fois un entrepreneur et un professionnel de santé.

Suivant cette orientation générale, la mission propose trois scénarios de régulation répondant chacun à des objectifs différents et complémentaires, les trois scénarios étant présentés par ordre de priorité : 1) Traiter les difficultés et spécificités locales dans une logique d'articulation accrue entre professionnels de santé ; 2) Faire émerger des officines ayant une meilleure robustesse économique, une productivité accrue et une plus grande capacité à endosser de nouveaux services en lieu et place des officines les plus petites des territoires surdensés ; 3) Dynamiser l'évolution du réseau via un assouplissement de la réglementation et une sécurisation juridique accrue des opérations engagées.

Le premier scénario vise à donner aux ARS les moyens de traiter les zones peu attractives où l'offre officinale pourrait être défaillante ou, à l'inverse, où l'offre officinale existe mais où l'offre médicale risque dans l'avenir de faire défaut. L'objectif est de doter les ARS d'une boîte à outils pour traiter ces différentes situations au cas par cas : succursales d'officine, pharmabus, dispensation à domicile, diversification des missions des pharmaciens, aides spécifiques à des officines considérées par les ARS comme prioritaires, prorogation sur décision de l'ARS de la durée de vie d'une licence après une fermeture. Ces différentes mesures pourraient utilement s'appuyer sur la création d'un nouveau rôle de « pharmacien référent » facilitant les échanges dématérialisés entre médecins, pharmaciens et patients.

Le second scénario a pour objectif de permettre l'accroissement de l'offre de services des officines ainsi que la poursuite de la politique de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, ce qui requiert de réorganiser le réseau notamment pour les officines les plus petites en territoire surdense. La mission préconise de favoriser sur ces territoires d'un côté les regroupements via l'autorisation - spécifiquement réservée à ces opérations - de conservation de plusieurs locaux non contigus et l'amortissement anticipé des frais de travaux induits par les regroupements et d'un autre côté les rachats-fermetures via une suppression temporaire des droits de mutation.

## Rapport

**Le troisième scénario vise quant à lui à donner une meilleure résilience au réseau en favorisant les évolutions.** Cela requiert en premier lieu de faciliter les transferts par une révision du critère infracommunal d'implantation suivant la « desserte optimale de la population résidente ». En effet, ce critère répond mal aux besoins et nouveaux modes de déplacement des populations (ex. besoin de pouvoir aisément se stationner, articulation avec les lieux d'implantation des autres services en santé, voire des autres commerces, implantation sur des nœuds de transport tels que des gares) et est source de nombreux contentieux. Cette notion étroite d'optimalité suivant la résidence des populations empêche dès lors au réseau de suivre l'évolution des besoins de la population. Il est donc souhaitable d'élargir la notion en prenant en compte les usages de la population. La dynamisation des évolutions du réseau nécessite aussi d'élargir la notion de population de référence au-delà du périmètre communal dans les territoires en sous densité officinale, de développer les logiques d'appel à projet porté par les ARS pour les transferts et de supprimer l'interdiction d'opération pendant 5 ans après une première opération. Cela doit aussi passer par la sécurisation juridique des opérations engagées, la mission ayant constaté un niveau anormalement élevé de contentieux engagés à l'encontre des décisions des ARS ; la recommandation consiste à rendre obligatoire une phase de conciliation amiable préalable à tout recours contentieux.



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>1. LA PHARMACIE D’OFFICINE, UNE ACTIVITE A LA CROISEE DES CHEMINS .....</b>	<b>9</b>
1.1. UN MAILLAGE DENSE MAIS PEU EVOLUTIF .....	9
1.1.1. <i>Un réseau globalement dense, plus dense que celui des autres professionnels de santé.....</i>	<i>9</i>
1.1.2. <i>Des outils de restructuration complexes et peu sollicités.....</i>	<i>13</i>
1.1.3. <i>Des officines se répartissant en trois grandes catégories .....</i>	<i>15</i>
1.2. DES MUTATIONS ECONOMIQUES SUSCITANT DES INQUIETUDES DANS LA PROFESSION MALGRE DES PERFORMANCES DE GESTION SATISFAISANTES .....	16
1.2.1. <i>Une mutation économique rapide du secteur.....</i>	<i>16</i>
1.2.2. <i>Une affirmation en tant que professionnel de santé dont la traduction dans les faits est lente</i> <i>22</i>	
1.2.3. <i>Une profession pourtant inquiète quant à son avenir.....</i>	<i>23</i>
1.3. SELON DES SCENARIOS REALISTES D’EVOLUTION DU RESEAU OFFICINAL, LE TEMPS D’ACCES DE LA POPULATION NE SERA IMPACTE QUE MODEREMENT A COURT ET MOYEN TERME .....	27
<b>2. LA CONCILIATION D’OBJECTIFS POTENTIELLEMENT CONTRADICTOIRES REQUIERT LA MISE EN PLACE D’UNE STRATEGIE TERRITORIALE D’IMPLANTATION DES OFFICINES CONFIEE A CHAQUE ARS COUPLEE A DES ASSOULPISSEMENTS NATIONAUX.....</b>	<b>29</b>
2.1. LA CONCILIATION COMPLEXE MAIS NECESSAIRE ENTRE DIFFERENTES LOGIQUES .....	29
2.1.1. <i>L’officine : levier d’aménagement du territoire versus service en santé .....</i>	<i>29</i>
2.1.2. <i>Le pharmacien : entrepreneur et professionnel de santé.....</i>	<i>30</i>
2.1.3. <i>Un pilotage éclaté qui rend difficile cette conciliation .....</i>	<i>30</i>
2.2. TROIS SCENARIOS DE REGULATION DU MAILLAGE OFFICINAL.....	31
2.2.1. <i>Traiter les zones où l’offre officinale ou médicale est défaillante dans des territoires peu attractifs : diversifier les modes d’intervention des ARS.....</i>	<i>32</i>
2.2.2. <i>Harmoniser le maillage : moins d’officines de petites tailles pour accroître leur robustesse économique, leur productivité et leur capacité à exercer de nouvelles missions .....</i>	<i>40</i>
2.2.3. <i>Dynamiser l’évolution du réseau via un assouplissement de la réglementation et une sécurisation juridique accrue des opérations engagées .....</i>	<i>43</i>



### Introduction

Par lettre de mission du 22 janvier 2016, Michel SAPIN, ministre des Finances et des comptes publics, Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la Santé et Christian ECKERT, secrétaire d'Etat chargé du budget ont commandé à l'Inspection générale des finances et à l'Inspection générale des affaires sociales un rapport sur la régulation du réseau officinal.

Cette mission s'inscrit dans la continuité de la recommandation 30 du rapport de l'Igas de 2011 « Pharmacies d'officine : rémunération, mission, réseau » appelant à la conduite par les administrations d'un travail de repérage des difficultés potentielles d'accès au médicament, complété d'une analyse des problématiques locales de surdensité du réseau. La présente mission est en effet centrée sur la question du maillage ; elle reprend néanmoins à son compte les trois orientations majeures du rapport de l'Igas de 2011, à savoir la nécessité d'une diversification des missions des pharmaciens, d'un pilotage de leur revenu et d'un suivi renforcé des actes qu'ils pratiquent<sup>1</sup>.

A la suite du rapport de l'Igas de 2011, une étude pilotée par la Direction générale de l'offre de soins a été réalisée par les Agences régionales de santé (ARS) en 2014. La mission a pris connaissance de ces travaux, elle les approfondit ici via une analyse de la situation économique du secteur, des microsimulations à l'échelle communale et une étude sur l'accès aux officines pour les populations résidant dans des quartiers de la politique de la ville.

La mission regrette le manque de diagnostics sur le secteur officinal, et ce malgré la recommandation faite en 2011 de la nécessité de mobiliser des moyens pour pouvoir apprécier en continu la situation du secteur. Un temps conséquent a dès lors dû être consacré par la mission à collecter, agréger et croiser des données actuellement dispersées et inexploitées dans différentes administrations (DGFIP, DREES, DGOS, CNAMTS, Ordre des pharmaciens, Insee, CGET,...).

Les éléments de diagnostic, dont le détail est présenté dans les annexes thématiques du rapport, s'appuient sur différentes sources de données :

- Les liasses fiscales
- Les données extraites du répertoire partagé des professionnels de santé (en particulier pour les données relatives à l'implantation des pharmacies et au profil socio-démographique des pharmaciens)
- La base permanente des équipements élaborée par l'Insee
- Une enquête auprès des étudiants en pharmacie et une auprès des titulaires d'officine

La mission a mené des auditions des administrations et des professionnels du secteur et pris connaissance de la documentation pertinente identifiée. Elle a sollicité les conseillers aux affaires sociales de l'Allemagne, de l'Espagne et du Royaume-Uni à des fins comparatives. Elle a enfin effectué des déplacements en Ile-de-France ainsi qu'en région Auvergne-Rhône Alpes afin de rencontrer des acteurs locaux confrontés à des problématiques tantôt de surdensité tantôt de sousdensité officinale.

---

<sup>1</sup> Ces trois orientations restent en effet pleinement d'actualité dans la mesure où, à l'exception de quelques modestes avancées sur la diversification des missions des pharmaciens, aucune évolution notable n'a été réalisée depuis 2011. La question du renforcement du contrôle de la qualité des actes pratiqués par les pharmaciens pourrait par exemple être structurante.

## Rapport

La première partie du rapport présente un diagnostic de la situation actuelle et des évolutions probables du réseau officinal. La seconde partie propose trois scénarios de régulation du maillage répondant chacun à des objectifs différents et complémentaires, les scénarios étant présentés par ordre de priorité.

### 1. La pharmacie d'officine, une activité à la croisée des chemins

#### 1.1. Un maillage dense mais peu évolutif

##### 1.1.1. Un réseau globalement dense, plus dense que celui des autres professionnels de santé

La France se situe dans une situation médiane en Europe tant du point de vue du nombre moyen d'habitants par officine, une officine pour 3076 habitants en moyenne, que du point de vue du nombre moyen de km<sup>2</sup> par officine, une officine pour 29 km<sup>2</sup> en moyenne<sup>2</sup>. En valeur absolue, la France est le seul pays de l'Union Européenne qui compte, avec l'Espagne et l'Allemagne, plus de 20 000 officines sur son territoire, ce qui traduit le fait que ces trois pays sont parmi les plus peuplés et les plus grands d'Europe (pour plus de détails, voir l'annexe relative à l'accessibilité des médicaments dans les territoires, partie 1.1).

Les données collectées auprès de la Drees et retravaillées par la mission montrent que 8 380 communes de France métropolitaine ont au 1<sup>er</sup> janvier 2016 une ou plusieurs officines sur leur territoire, pour un total sur l'ensemble du territoire de 21 663 officines<sup>3</sup>. Parmi ces communes équipées, 51% sont des communes de moins de 2 500 habitants<sup>4</sup>, et ce alors même que les règles actuelles d'installation de nouvelles officines n'autorisent l'implantation de nouvelles officines que dans les communes de plus de 2 500 habitants (cf. tableau ci-dessous): cette situation, en apparence paradoxale, s'explique par le fait qu'une fois une officine installée sa licence perdure tant qu'il existe de nouveaux pharmaciens pour la reprendre.

---

<sup>2</sup> Statistiques établies à partir des données transmises par l'Ordre des pharmaciens.

<sup>3</sup> Ces données sont tirées des fichiers RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) transmis par l'Ordre des pharmaciens aux services de l'Etat.

<sup>4</sup> Notons cependant ces communes équipées de moins de 2 500 habitants desservent dans 64% des cas une population supérieure à 2 500 habitants du fait des communes avoisinantes non équipées en pharmacie : pour plus de détails, voir les travaux sur la « zone théorique d'influence » de chaque officine dans l'annexe Accessibilité du médicament dans les territoires. Cette forte proportion de communes de moins de 2 500 habitants desservant des populations à proximité supérieures à 2 500 habitants est en grande partie le résultat des pratiques antérieures d'implantation des officines où au tournant des années 1990-2000 était appliqué à chaque territoire un raisonnement dit « en escargot » consistant à rattacher chaque commune à une commune équipée (ou à équiper) d'une officine.

## Rapport

**Tableau 1 : Seuils démographiques successifs applicables à la création d'officines**

Nombre d'habitants total de la commune	Condition entre 1999 et 2007	Condition entre 2008 et 2011	Condition depuis 2012
Population < 2 500	Si la population n'est pas déjà desservie et si elle se situe dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës, dont la population totale est au moins égale à 2 500 habitants	En cas de fermeture d'une officine existante qui desservait plus de 2 500 habitants	
2 500 ≤ population < 30 000	2 500 habitants par pharmacie	1 officine à partir de 2 500 habitants	1 officine à partir de 2 500 habitants
Population ≥ 30 000	3 000 habitants par pharmacie	puis une de plus par tranche de 3 500 habitants	puis une de plus par tranche de 4 500 habitants

Source : code de santé publique. Ce tableau ne détaille pas les règles spécifiques pouvant exister dans les DOM (ex. Mayotte) ou en Alsace-Moselle (1<sup>er</sup> seuil à 3 500 habitants au lieu de 2 500 habitants). Il est à noter qu'au-delà de ces critères des dérogations ont pu par le passé être accordées.

D'après des travaux menés par la Drees en 2009<sup>5</sup>, les pharmacies sont le service en santé le mieux réparti sur le territoire, devant les médecins généralistes libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers, et ce, que l'on prenne en référence les lieux de vie de la population en générale ou uniquement ceux des plus de 75 ans. Le *Portrait des professionnels de santé* établi par la Drees en février 2016 confirme cette bonne répartition, la pharmacie restant, au regard de l'indicateur d'APL (accessibilité potentielle localisée)<sup>6</sup> en tête des services en santé avec les médecins généralistes.

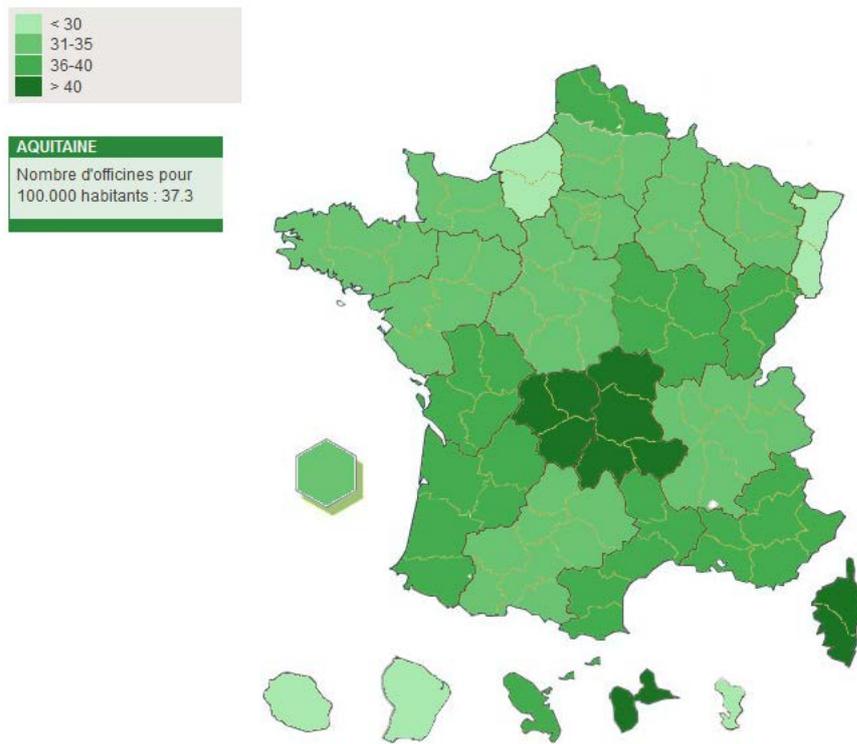
On relève néanmoins de fortes disparités entre territoires. Ainsi que l'illustrent les deux cartes ci-dessous, il existe de gros écarts territoriaux, écarts qui varient d'ailleurs selon que l'on retienne comme indicateur la densité en fonction du nombre d'habitants ou en fonction de la superficie.

<sup>5</sup> Source : Insee – Base permanente des équipements au 1<sup>er</sup> janvier 2008, exploitation Drees in « Localisation des professionnels de santé libéraux », Muriel Barlet et Clémentine Collin, *Comptes nationaux de la santé 2009*.

<sup>6</sup> La Drees et l'Irdes ont développé au cours des années 2000 ce nouvel indicateur prenant en compte de façon synthétique population et superficie : l'APL (Accessibilité potentielle localisée) s'exprime en nombre d'équivalent temps plein accessibles pour 100 000 habitants, pondérés en fonction de leur consommation de soins. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre et la demande des communes environnantes (pour plus de détails, voir l'annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires). Cependant, les simulations présentées par la mission dans le présent rapport s'appuient sur un autre indicateur, à savoir un distancier-temps à l'officine la plus proche, et non sur l'APL dans la mesure où la mission a jugé cet indicateur insuffisamment pertinent : en effet, contrairement aux médecins généralistes dont l'activité est en grande partie contrainte par un emploi du temps non extensible (ce qui rend pertinent d'analyser le nombre d'ETP de médecins pour 100 000 habitants), les pharmacies ne subissent pas la même contrainte : il n'existe pas de calendrier de rendez-vous (une personne venant, au pire, à une heure de pointe fera de la queue mais sera de toute façon reçue au comptoir) et si une pharmacie fait face à un flux trop important de clientèle il existe plusieurs stratégies pour servir l'activité sans avoir à ouvrir une pharmacie supplémentaire (recrutement de pharmaciens adjoints ou de préparateurs, inciter les clients à décaler leur venue à des heures creuses, spécialiser les comptoirs en fonction des demandes,...).

## Rapport

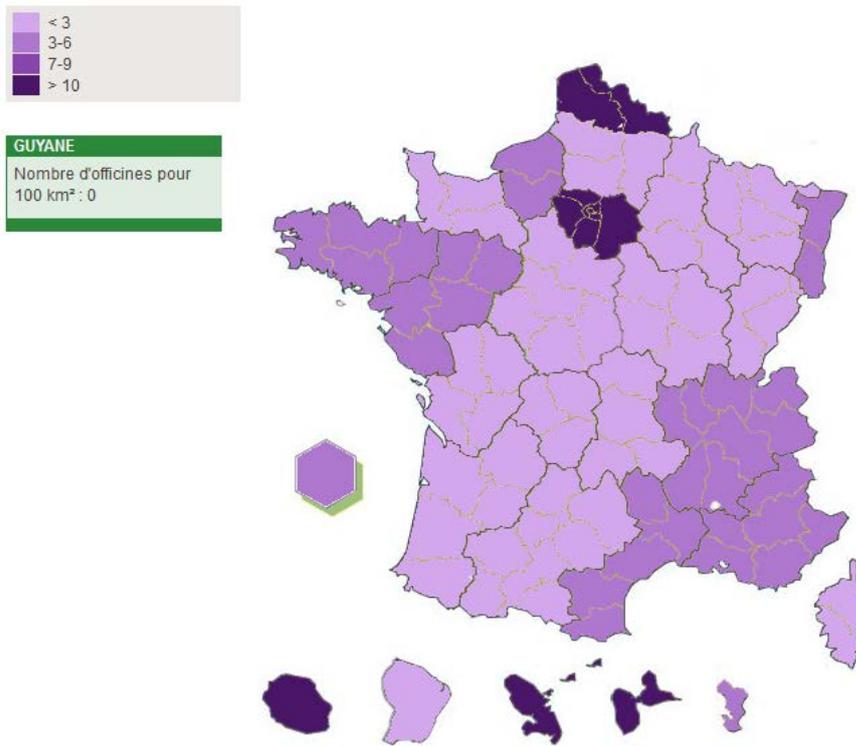
**Carte 1 : Nombre d'officines pour 100 000 habitants**



Sources : *Ordre national des pharmaciens, mars 2016 - Insee, 2013*

Source : *Ordre national des pharmaciens, mars 2016 - Insee 2013.*

Carte 2 : Nombre d'officines par carreau de 100 km<sup>2</sup>



Source : Ordre national des pharmaciens, mars 2016

Source : Ordre national des pharmaciens, mars 2016.

Au-delà de ces disparités, il reste que 97% des français vivent aujourd'hui à moins de 10 minutes en voiture d'une officine<sup>7</sup> et 99,5% à moins de 15 minutes (soit moins de 300 000 personnes à plus de 15 minutes). Ces statistiques, bien qu'elles illustrent la grande accessibilité des officines en France – point sur lequel s'accorde la quasi-totalité des acteurs auditionnés par la mission - mesurent cependant de façon imparfaite l'accessibilité de la population : en effet, elles ne prennent pas en compte les situations différenciées que peuvent connaître les individus au regard de leurs capacités (possession ou non du permis et d'une voiture, capacité à la conduire, fréquence des déplacements, par exemple au titre du travail, d'autres activités de consommation, ou de loisirs à proximité du lieu d'implantation de l'officine la plus proche, présence de proches pouvant faciliter les retraits de médicaments en pharmacie) et de leurs besoins (fréquence d'utilisation des services de la pharmacie). La dimension subjective de l'accessibilité est une problématique encore non étudiée à ce jour, raison pour laquelle la Drees envisage de mener une enquête afin de mieux mesurer le phénomène.

**RECOMMANDATION N°1 : Obtenir une définition subjective de la notion d'accessibilité**

<sup>7</sup> Statistique établie en collaboration avec la Drees à partir du logiciel Metric suivant la moyenne des temps de circulation en heures creuses et pleines. Pour plus de détails sur la méthodologie suivie, voir l'annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires.

## Rapport

Une telle enquête serait d'autant plus utile qu'elle permettrait de mieux tirer les conséquences à des analyses actuelles sur l'accessibilité. Car, ainsi que l'ont mentionné bon nombre d'interlocuteurs de la mission, la notion de distance ne s'apprécie pas de la même façon en ville et à la campagne : tandis qu'une personne vivant en ville de grande taille mesure la distance à pied ou en transport en commun, une personne résidant à la campagne considèrera davantage les distances en temps de voiture. En d'autres termes, un trajet de dix minutes en voiture peut être un temps perçu comme tout à fait raisonnable à la campagne (qui plus est pour des personnes amenées à prendre systématiquement leur véhicule dès qu'elles font leurs courses ou désirent accéder à des services de proximité comme l'école, la banque ou un établissement de santé) mais vécu comme un temps excessivement long en milieu urbain. Clarifier cette question de l'appréciation subjective de la distance à l'officine la plus proche est nécessaire car elle permettrait de mieux prendre en compte les capacités différenciées de mobilité des individus, et ce quelque soit la densité du maillage officinal où ils vivent. Elle pourrait notamment conduire à plus encourager les pharmaciens à pratiquer de la dispensation à domicile lorsque, par exemple en milieu urbain dense, des personnes âgées, handicapées ou alitées ne sont pas en mesure de se déplacer jusqu'à l'officine. Ce rôle accru des pharmaciens doit être articulé intelligemment avec les tâches déjà remplies par le personnel infirmier (forfait soins).

### 1.1.2. Des outils de restructuration complexes et peu sollicités

Le réseau officinal apparait en de nombreux endroits en surdensité, et si globalement la viabilité économique n'est pas menacée, on peut s'interroger sur la capacité du réseau à répondre à des besoins d'offre de santé accrus. En effet, le maillage de petites officines en forte concurrence les unes avec les autres ne favorise pas le développement de nouveaux services qui exigent de disposer d'espaces et d'effectifs de pharmaciens en quantité suffisante.

Les règles en vigueur de structuration du réseau officinal sont en grande partie un héritage des réglementations antérieures successives ainsi que de la volonté d'éviter toute déstabilisation brutale du réseau et de définir des critères les plus objectifs possibles dans le but de rendre les décisions administratives moins fragiles sur le plan juridique ; ce qui d'une part rend ces règles très contraignantes et rigides et d'autre part ne permet pas toujours de répondre de façon adéquate aux besoins de la population.

La mission présente en annexe les différentes opérations qui peuvent concerner les licences d'officine (création, transfert, regroupement, rachat-fermeture, restitution). La réglementation impose de disposer d'une licence délivrée par l'ARS pour pouvoir exploiter un commerce pharmaceutique. La licence détermine l'emplacement où l'officine doit être implantée. Divers articles du code de la Santé publique fixent les conditions d'installation, de transfert, de regroupement et de restitution de licence.

Les installations et les transferts, en particulier d'une commune à une autre, sont rares. Cette situation provient de la quasi saturation du réseau actuel et de la complexité des règles d'installation, source de nombreux contentieux :

- La quasi saturation du réseau actuel : au regard des critères actuels d'installation des officines (voir tableau ci-dessus), 81% des communes ayant des officines sont en surdensité officinale ; exprimé en nombre d'officines, cela signifie que 91% des officines sont dans des communes surdenses par rapport à ces critères. Au total, seulement quelques dizaines de communes en France ont une taille et un nombre d'officines qui autoriseraient l'installation de nouvelles pharmacies. Il est par conséquent difficile pour un pharmacien souhaitant effectuer un transfert de trouver une commune où effectuer son opération.

## Rapport

- la complexité des règles d'installation est également une source de nombreux contentieux, en partie en raison d'objectifs contradictoires : par exemple, si les officines doivent être implantées de manière à desservir de façon optimale la population résidente (Article L5125-3 du CSP), les ARS ont également la faculté de prendre des arrêtés régionaux fixant une distance minimale entre deux officines. L'un ou l'autre de ces critères sont le point d'appui de nombreux recours contentieux de la part de pharmaciens – ou de leurs conseils spécialisés - lorsqu'ils s'estiment lésés par le déplacement d'un concurrent à proximité de leur officine ou de prescripteurs ou bien encore sur un lieu plus passant. Les mêmes arguments sont avancés lors de regroupements dans la mesure où, pour accéder à de plus grands locaux, il est fréquent qu'un regroupement soit couplé à un transfert. Cette complexité suscite un risque juridique fort qui peut dissuader un certain nombre de professionnels à réaliser ces opérations. Les opérations de transfert s'avèrent dès lors particulièrement délicates sur le plan administratif pour les professionnels (tant en raison des durées jugées excessives de traitement que des risques de recours associés)<sup>8</sup>.

Aussi les opérations de regroupement et de rachat-fermeture s'avèrent-elles assez marginales en nombre. Sur la deuxième moitié de l'année 2015, seulement 20 regroupements ont été effectués sur la France entière, auxquels on peut ajouter 22 rachats-fermetures<sup>9</sup>. Si les titulaires sont généralement critiques envers les obligations administratives associées à ces deux types d'opération, il n'est pas apparu lors des entretiens menés avec des titulaires ayant réalisé ce type d'opération que ce soit principalement une question de complexité administrative qui freine ces démarches.

Concernant les rachats-fermetures, les professionnels soulignent volontiers qu'une incitation fiscale, telle que le droit d'amortir la licence rachetée, pourrait favoriser ces opérations mais que l'absence d'une telle mesure n'était pas la cause principale du faible nombre actuel de ces opérations. En effet, les principaux freins tiennent au fait que, si l'officine à racheter souffre d'une défaillance de gestion, d'une charge financière liée à un coût d'acquisition trop élevé ou de l'absence probable de repreneur, le concurrent ne voit guère d'intérêt à effectuer un rachat-fermeture sachant que l'officine concernée pourrait potentiellement disparaître d'elle-même sans que le concurrent n'ait rien à dépenser<sup>10</sup>. A cela s'ajoute l'incertitude quant au degré de report de la clientèle rachetée vers l'officine ayant participé à l'opération.

Les principaux freins au regroupement sont eux davantage liés à des questions culturelles, techniques et économiques :

- Culturelles d'abord : les pharmaciens se ressentent dans bon nombre de cas comme des concurrents et ne perçoivent pas nécessairement l'intérêt de se regrouper avec leur confrère le plus proche. A cela s'ajoute le fait qu'une des raisons importantes qui motive les personnes à être pharmacien titulaire d'officine tient à la liberté d'organisation dans le développement de leur commerce. Le fait de se regrouper nécessite à l'inverse le partage d'une vision commune quant au devenir de l'officine (plus finalement que dans le cas de la simple association via un partage du capital de l'officine où les pharmaciens détenteurs ne sont pas nécessairement en cogérance de l'officine) ;

---

<sup>8</sup> Voir les réponses des professionnels à la question : « *Avez-vous été confronté à des difficultés pour mener à bien cette ou ces opérations ?* » - cf. annexe relative à la démographie et aux aspirations de la profession de pharmacien.

<sup>9</sup> Données transmises par l'Ordre des pharmaciens à la mission.

<sup>10</sup> Le risque de voir un repreneur arriver est en revanche une incitation à s'engager dans un rachat-fermeture.

## Rapport

- Techniques ensuite : les projets de regroupement s'accompagnent généralement d'un projet d'agrandissement soit sur l'une des officines participant au regroupement soit sur un nouveau site. Dans ce dernier cas, les pharmaciens porteurs du projet sont confrontés aux difficultés détaillées ci-dessus concernant les transferts. Dans ces différents cas, ils ont à trouver des nouveaux locaux soit pour se déplacer soit pour s'agrandir. Dans les environnements urbains où le foncier est rare et coûteux, cette recherche est particulièrement difficile.
- Economiques enfin : la situation économique des officines fait qu'en règle générale, lorsqu'elles n'ont pas de problème de gestion et n'ont pas fait l'objet d'un coût d'acquisition trop élevé, celles-ci sont en mesure de poursuivre leur activité de façon pérenne, ce qui est faiblement incitatif à se regrouper. Par ailleurs, le regroupement présente le risque de diminuer le chiffre d'affaires global des officines regroupées suite à la perte d'une part de la clientèle qui se détournerait vers d'autres officines que celles participant au regroupement. Ce risque est très sensible dans les communes où la densité en officine est élevée et où la concurrence peut être très forte, communes qui concentrent beaucoup de petites officines et qui seraient donc les plus pertinentes pour promouvoir des regroupements d'officines.

Les différents éléments présentés ci-dessus expliquent le relatif statu quo du réseau et pourquoi les officines ne sont pas incitées à se regrouper. Les regroupements apparaissent ainsi comme des opérations exceptionnelles qui résultent soit du réalisme économique des différents acteurs, par exemple deux officines sur deux communes voisines qui vont se regrouper pour faire face à la baisse démographique de leur zone d'implantation, soit d'une bonne entente entre différents titulaires d'une même ville qui vont voir un véritable intérêt à se regrouper pour proposer une offre de meilleure qualité à leurs usagers ou pour améliorer leur cadre de vie professionnel (ex. diminution des plages horaires de présence dans l'officine si les deux titulaires étaient au préalable seuls).

En conclusion, les outils mis à disposition par la réglementation pour réorganiser le réseau apparaissent inadaptés au regard des enjeux sous-jacents. En effet, ils ont été pensés pour organiser un réseau en développement et non pour réguler un réseau constitué et dense. Ils apparaissent alors soit trop rigides dans le cas des transferts, soit sans effets pour les regroupements, dans le sens où ils ne favorisent pas particulièrement des opérations qui permettraient indéniablement au réseau afin de réduire les coûts de délivrance du médicament et envisager le développement de nouvelles missions en permettant l'émergence d'officines de taille plus importante, disposant de davantage de surface d'accueil de la clientèle, de personnels et de moyens d'investissement.

### 1.1.3. Des officines se répartissant en trois grandes catégories

L'analyse des données économiques, territoriales et sociodémographiques des officines conduit à les classer en trois groupes (pour plus de détails sur la méthode statistique utilisée, voir l'annexe relative à la situation économique et financière des officines, partie 6.4) :

- ◆ le premier, qui représente 31 % de l'ensemble, regroupe des officines de grands pôles urbains (71 000 habitants en moyenne), et particulièrement de Paris, Lyon ou Marseille, de taille sensiblement supérieure à la moyenne tant en termes de chiffre d'affaires que de nombre de salariés. Leur niveau d'endettement est plus élevé et leur score de fragilité économique plus fréquemment supérieur à 4 que la moyenne. Ces officines dispensent relativement moins de médicaments remboursés que les autres et leurs performances d'exploitation, du taux de marge commerciale à l'excédent brut d'exploitation, sont moindres. Leur modèle économique semble donc fondé sur le développement de l'activité, porté par une stratégie de prix bas et le développement de la vente de médicaments non-remboursés et de produits parapharmaceutiques ;

## Rapport

- ◆ le deuxième groupe, qui représente 58 % de l'échantillon, est constitué d'officines de pôles urbains, particulièrement de communes de petite et moyenne taille, qui se caractérisent par une bonne santé économique (scores de 0 et 1 nettement plus fréquents qu'ailleurs et scores de 5 ou 6 nettement moins fréquents). Il s'agit d'établissements dont l'activité repose davantage sur le médicament remboursé, qui dégagent une marge commerciale, une marge brute et des performances d'exploitation supérieures à la moyenne dans un contexte relativement moins concurrentiel mais également moins dense en médecins généralistes et en EHPAD ;
- ◆ enfin le troisième groupe, qui représente 11% des officines, rassemble essentiellement des officines rurales (de petites communes multipolarisées ou isolées ou de la couronne de grands pôles urbains), où la densité en pharmacies de la commune, mais également la densité en médecins généralistes et en EHPAD sont plus importantes qu'ailleurs, probablement parce que ces établissements ont un champ d'attraction qui dépasse les frontières communales. Il s'agit d'officines de taille plus réduite, tant en termes de chiffre d'affaires que d'effectifs salariés, mais leur activité, qui repose davantage que la moyenne sur le médicament remboursé, leur permet de réaliser des performances d'exploitation supérieures à la moyenne.

### 1.2. Des mutations économiques suscitant des inquiétudes dans la profession malgré des performances de gestion satisfaisantes

#### 1.2.1. Une mutation économique rapide du secteur

- ◆ Une mutation économique rapide

Les acteurs du secteur officinal affirment, de façon presque unanime, que le modèle économique de l'officine est en crise, appelant du même coup la fixation d'un nouveau cadre économique offrant une meilleure prévisibilité aux acteurs sur les évolutions à venir<sup>11</sup>.

Si la mission ne partage pas cette appréciation pessimiste, elle reconnaît néanmoins que les difficultés et les incertitudes ressenties actuellement par les acteurs du secteur proviennent incontestablement de la conjugaison de deux phénomènes constatés au cours des années 2000 : 1) l'existence d'une bulle sur le prix d'achats des officines qui a culminée en 2008 (cf. graphique ci-dessous, déconnexion des prix de cessions des officines par rapport aux fondamentaux économiques)<sup>12</sup>, 2) les effets de la politique accrue de maîtrise des dépenses de médicaments couplée à la réforme du calcul de la rémunération.

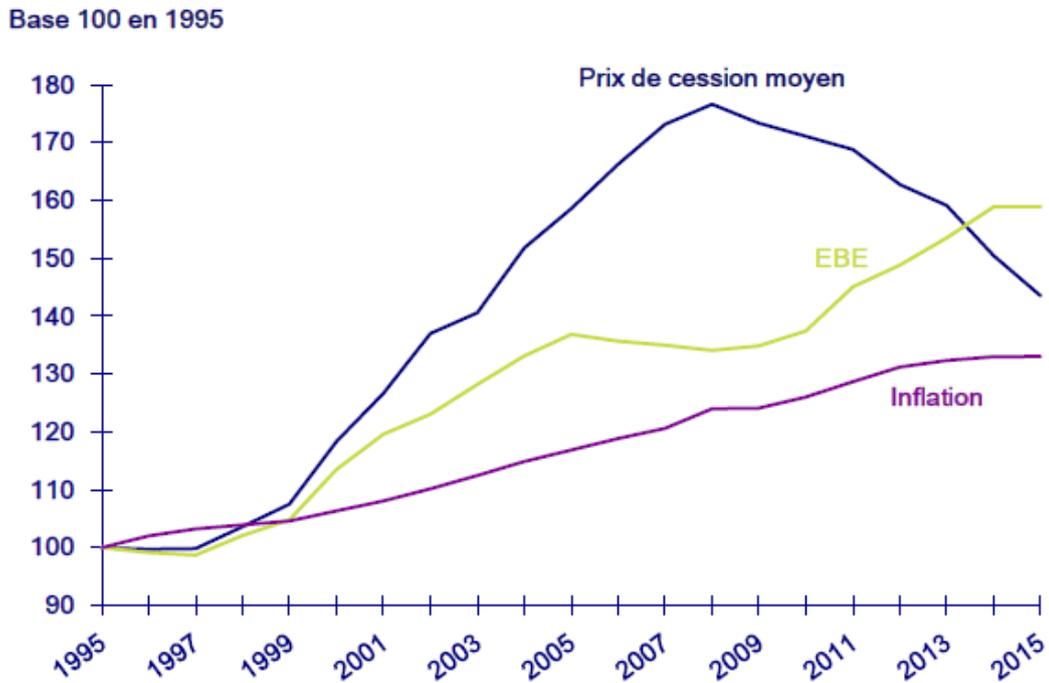
---

<sup>11</sup> Voir le « Manifeste pour la pharmacie française » rendu public le 5 juillet 2016 signé par l'ensemble des acteurs du secteur (Ordre, syndicats, groupements, association étudiante).

<sup>12</sup> Usuellement, le prix des officines est exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires, comme c'est le cas pour la vente d'autres fonds de commerce. D'après les données d'Interfimo, le prix de cession moyen des pharmacies équivaut à 76 % du chiffre d'affaires hors taxe en 2015, soit environ 1,2 M€. Il est plus élevé pour les pharmacies de grande taille (82 % du CA lorsque celui-ci dépasse 1,5 M€) et plus faible pour pharmacies de petite taille (68 % du CA lorsque celui-ci est inférieur à 1,5 M€). Le prix des officines qui avait atteint un pic à 95 % du chiffre d'affaires en 2007-2008, décroît sensiblement et continûment depuis (-3 points par an environ). Il existe néanmoins des disparités territoriales : entre 2014 et 2015, il y a eu une forte baisse des prix de cession en Ile de France alors que le prix des pharmacies rurales n'a quasiment pas baissé.

## Rapport

**Graphique 1 : Évolution du prix de cession des pharmacies, de l'excédent brut d'exploitation et de l'inflation sur la période 1995-2015**

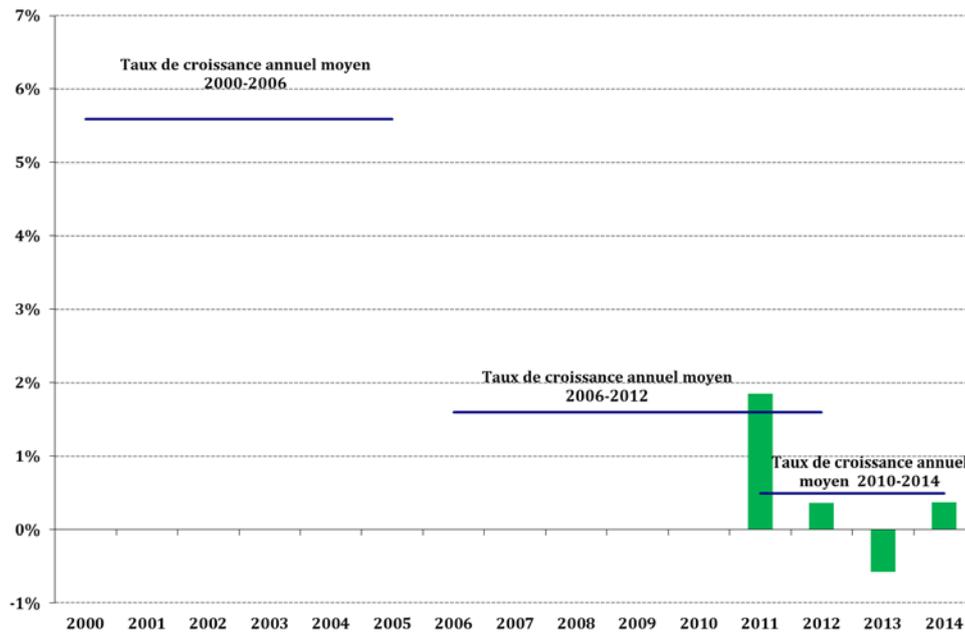


*Source : Interfimo.*

Les anticipations de forte croissance du chiffre d'affaire ont conduit banques et pharmaciens à contracter des prêts importants au début des années 2000, prêts dont le remboursement est devenu difficile pour certains pharmaciens du fait de la diminution non anticipée du taux de croissance du chiffre d'affaires du secteur liée à la politique de maîtrise des dépenses de médicaments.

## Rapport

**Graphique 2 : Taux de croissance annuel du chiffre d'affaires moyen des officines de pharmacie depuis 2000**



*Source : DGFIP, calculs mission pour les données 2011 à 2014. Données issues de la publication « Les pharmacies depuis 2000, mutations d'un secteur très réglementé », A. Ferrante, Insee Première, 2014, pour les périodes 2000-2006 et 2006-2012.*

Dans le même temps, la répartition du chiffre d'affaires des officines a progressivement évolué vers une diminution de la part du médicament remboursable, même si celui-ci représente aujourd'hui encore près des trois quarts du chiffre d'affaires moyen des officines (cf. tableau ci-dessous). L'Insee constatait ainsi une érosion de la part du chiffre d'affaires associée au médicament, et en particulier au médicament remboursable entre 2000 et 2012 (de 93,2% à 87,4% pour le médicament ; de 85% à 75,8% pour le médicament remboursable uniquement).

**Tableau 2 : Composition du chiffre d'affaires des pharmacies 2000-2012**

Produits pharmaceutiques	Part dans le chiffre d'affaires en % en 2000	Part dans le chiffre d'affaires en % en 2012	Évolution en % entre 2000-2012
Médicaments	93,2	87,4	-6%
<i>Dont médicaments non remboursables</i>	8,2	11,6	41%
Produits parapharmaceutiques	3,3	6,0	82%
<i>Dont produits d'hygiène et de beauté</i>	2,5	4,4	76%
Dispositifs médicaux	1,0	3,7	270%
Autres	2,5	2,9	16%

*Source : « Les pharmacies depuis 2000 », INSEE, décembre 2014. Calculs mission.*

Les travaux de la mission sur la période plus récente (2010-2014) sont cohérents avec ceux de l'Insee et attestent de la poursuite du phénomène (part du médicament remboursable dans le chiffre d'affaires passant de 76,7% à 73,4% sur la période).

## Rapport

**Tableau 3 : Évolution de la composition du chiffre d'affaires en fonction du taux de TVA applicable aux biens et services vendus entre 2010 et 2014**

Part dans le CA total... en %	2010	2014	Delta 2010-2014
Du médicament remboursable	76,7	73,6	-3,1
Des produits imposés au taux intermédiaire ou réduit de TVA	12,7	13,7	1,0
Des produits imposés au taux normal de TVA	9,1	11,3	2,2
Des biens et services exonérés de TVA	0,3	0,4	0,1
Des biens et services imposés à d'autres taux de TVA	1,2	0,8	-0,4

Source : DGFIP, calculs mission<sup>13</sup>.

En parallèle, on assiste à l'augmentation très rapide de la part du chiffre d'affaires associé à d'autres ventes : ainsi, les produits qui sont souvent disposés devant le comptoir (parapharmacie, aides techniques) ont plus que doublé sur la période en part du chiffre d'affaires du secteur (cf. tableaux ci-dessus).

- ◆ Des performances d'exploitation du secteur officinal qui continuent d'être satisfaisantes même si certains éléments indiquent une situation moins favorable aujourd'hui qu'hier

---

<sup>13</sup> Schématiquement, le taux particulier de 2,1 % de TVA correspond aux médicaments remboursables, le taux réduit de 5,5 % est appliqué aux préservatifs, produits de protection hygiénique féminine ainsi qu'aux appareillages, équipements et matériels pour handicapés, le taux réduit de 10 % (7 % jusqu'au 1er janvier 2014) correspond aux médicaments non remboursables par la sécurité sociale, aux dispositifs médicaux comme les béquilles, cannes, et déambulateurs ainsi qu'aux compléments alimentaires ou au lait infantile, le taux normal de 20 % (19,6 % jusqu'au 1er janvier 2014) s'applique aux produits de parapharmacie (hygiène, beauté), aux dispositifs médicaux tels que les pansements, le matériel de contention ainsi qu'aux locations de matériel tels que les lits médicalisés et aux médicaments vétérinaires ou destinés à être administrés à des animaux. Les honoraires ou indemnités perçus par les pharmaciens d'officine, qui se rattachent à la livraison ou délivrance de produits et constituent un élément indissociable du prix de vente, sont soumis au taux de TVA applicable au produit (ex : honoraire de dispensation ou honoraire de garde). En revanche, les prestations de services d'intérêt général tels que les entretiens pharmaceutiques en accompagnement des patients sont exonérées de TVA.

## Rapport

Le taux de marge commerciale des pharmacies a continué à progresser en dépit de la réforme de son calcul. En effet, depuis 1990, les pharmaciens d'officines perçoivent une marge commerciale dite dégressive lissée complétée, depuis 2015, d'un honoraire de dispensation pour la vente de médicaments remboursables<sup>14</sup>. En dépit des baisses de prix des médicaments et des réformes de son calcul, la marge commerciale en valeur a progressé de plus de 1 % par an entre 2010 et 2013 et dans une moindre mesure (0,3 %) en 2014, grâce à la substitution croissante des médicaments génériques aux médicaments princeps. Sa progression étant plus rapide que celle du chiffre d'affaires, le taux de marge commerciale a crû, passant de 27,6 % à 28,7 %. En dépit de l'encadrement de la marge de distribution, le taux de marge commerciale des pharmacies est dès lors légèrement supérieur à celui pratiqué par l'ensemble du commerce de détail en 2013 (28 %). La dynamique de la marge commerciale présente néanmoins des disparités en fonction de la commune d'implantation, phénomène qui s'est accru depuis 2010. Les officines des communes isolées ou multipolarisées ont vu leur marge commerciale diminuer de 0,7 % par an en moyenne, alors qu'elle était d'un niveau plus faible qu'ailleurs en 2010 (401 K€). En revanche, la marge commerciale des officines des petits et moyens pôles urbains et leur couronne ainsi que celles des officines de Paris, Lyon et Marseille, qui dépassait 450 K€ en 2010, a progressé de près de 2 % par an en moyenne.

Ces différents constats indiquent que les inquiétudes de la profession semblent peu fondées et tiennent largement au fait que la profession suit démesurément l'évolution du chiffre d'affaires alors même que les indicateurs de performance d'exploitation sont plutôt bien orientés.

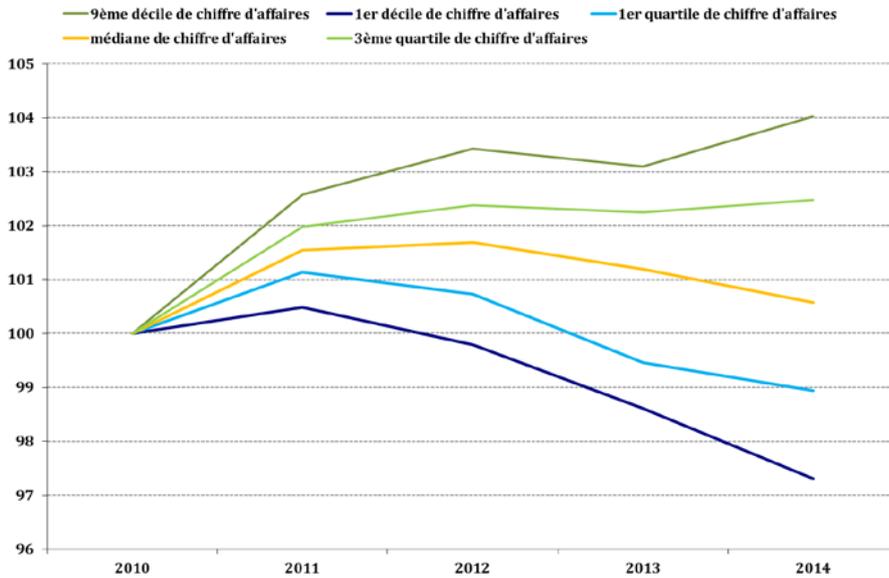
### ◆ Le modèle en déclin de la petite officine

Outre le fait que le chiffre d'affaires du secteur ne connaît plus les croissances fortes qu'il a connu dans le passé (ce qui ne signifie pas que le secteur ne parvient plus à dégager de marge), la répartition de ce chiffre d'affaires entre les officines se fait de moins en moins à l'avantage des petites officines (cf. graphique ci-dessous). Ainsi, tandis que les officines ayant le plus gros chiffre d'affaires (9<sup>ème</sup> décile, c'est-à-dire celles ayant le chiffre d'affaires parmi les 10% des officines faisant le plus d'activité ; 3<sup>ème</sup> quartile, c'est-à-dire celles ayant le chiffre d'affaires parmi les 25% des officines faisant le plus d'activité) enregistrent entre 2010 et 2014 une croissance de leur chiffre d'affaires, celui des plus petites (1<sup>er</sup> décile ou 1<sup>er</sup> quartile de chiffre d'affaires) est, en revanche, en nette diminution. A noter que la médiane (50% des officines ont un chiffre d'affaires inférieur et 50% des officines ont un chiffre d'affaires supérieur) est quasi stable sur la période. On assiste donc à une recomposition qui s'accompagne d'une croissance des grosses officines et d'un déclin des petites officines.

---

<sup>14</sup> Si le prix des médicaments non remboursables et des produits parapharmaceutiques sont libres, le prix des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, dans ses différentes composantes, est régulé en France. De ce fait, la marge commerciale réalisée par les pharmaciens sur la vente de marchandises est en grande partie encadrée par la législation, ce qui les différencie des autres acteurs du commerce de détail.

Graphique 3 : Évolution des déciles et quartiles de chiffres d'affaires des officines sur la période 2010-2014 – base 100 en 2010



Source : DGFIP, calculs mission.

◆ Des officines fragiles dans les grands pôles urbains

L'analyse économique met en évidence la robustesse de la situation économique et financière de la majorité des officines. Il est cependant possible d'identifier des situations de fragilité localisées. Pour cela, la mission a développé une méthode de scoring permettant de classer les officines selon leur degré de fragilité économique et financière (pour plus de détails voir l'annexe relative à la situation économique et financière des officines, partie 6.1). Cette méthode permet d'établir qu'environ 10 % des officines peuvent être considérées comme fragiles économiquement et financièrement<sup>15</sup>. Ces officines se concentrent dans les grands pôles urbains<sup>16</sup>. Cet élément explique pourquoi même en retenant l'hypothèse de la fermeture de ces officines, les simulations d'évolution du réseau officinal et de l'accessibilité au médicament de la population n'en sont que peu impactées (voir partie 1.3 ci-dessous). Cette analyse est cohérente avec l'étude de la localisation des fermetures d'officines observées entre 2011 et fin 2015 où près de 90%<sup>17</sup> des fermetures se sont concentrées dans des communes de plus de 2 500 habitants en surdensité officinale avant la fermeture (59% dans des communes de plus de 10 000 habitants en surdensité)<sup>18</sup>.

<sup>15</sup> Ce scoring a été construit à partir des liasses fiscales 2014 et correspond donc à l'état économique du secteur fin 2014.

<sup>16</sup> Les officines des communes isolées ou multipolarisées ont certes un chiffre d'affaire en moyenne plus faible mais elles ont des performances de gestion plus élevées.

<sup>17</sup> Un peu moins de 700 fermetures.

<sup>18</sup> Moins de 5% des fermetures (35 cas d'officines) ont concerné des communes pour lesquelles l'officine qui a fermé était la dernière officine. Il faut noter que ce type de fermeture peut parfois s'expliquer par la présence dans une commune voisine d'une autre officine, l'accessibilité au médicament pour la population n'étant dès lors pas impactée de façon majeure par la fermeture.

### 1.2.2. Une affirmation en tant que professionnel de santé dont la traduction dans les faits est lente

Les pharmaciens sont diplômés à l'issue de six années de formation en tant que professionnels de santé. Leurs études débutent depuis 2010 par la première année commune aux études de santé (PACES) qui est marquée par l'examen d'entrée à l'une des quatre professions de santé médicales (médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique). Cet investissement fort de l'Etat dans la formation des pharmaciens vise à assurer la qualité des conseils dans la délivrance du médicament aux patients.

Les pharmaciens déclarent être très attachés à cette qualité de professionnels de santé. Dans cette logique, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) adoptée en 2009 a été bien accueillie<sup>19</sup> par la profession dans la mesure où son article 38 visait à étendre les missions de santé des pharmaciens. Notons néanmoins que cette orientation a été peu suivie d'effet depuis. La mission considère cependant que gain de productivité et amélioration de la qualité sont deux objectifs qui ne sont pas contradictoires.

Outre l'impact sur le modèle économique, les pharmaciens considèrent les limites des initiatives prises par les pouvoirs publics pour conforter ce rôle de professionnel de santé. En effet, peu de ROSP (rémunérations sur objectifs de santé publique) ont été mises en œuvre. La mise en place des entretiens AVK <sup>20</sup>a été bien reçue par la profession et les patients ; en revanche, les entretiens asthme ont été jugés trop complexes à mettre en œuvre et les rémunérations insuffisantes et trop tardives par rapport aux coûts associés. Lorsque les pouvoirs publics ont en 2015 à l'occasion du projet de loi pour la modernisation du système de santé proposé d'autoriser les pharmaciens à pratiquer des vaccinations, ils se sont heurtés à l'opposition forte des médecins ce qui a conduit au retrait du texte. De manière générale, les pharmaciens estiment assurer diverses missions de santé publique pour lesquelles ils ne sont pas rémunérés (soins de premier recours, éducation thérapeutique des patients...).

---

<sup>19</sup> Article 38 de la loi HPST de 2009 : « I.-Le chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine » ;

2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1 A ainsi rédigé :

« Art.L. 5125-1-1 A.-Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

« 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

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

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

« 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement 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. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de 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.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »

<sup>20</sup> Traitement chronique par activitamine K (article 28.1 de la convention nationale pharmaceutique).

## Rapport

Cependant, en l'état actuel des choses, ainsi que le pointait déjà l'Igas dans son rapport de 2011 sur la pharmacie d'officine, rien ne permet de retracer les interventions en santé des pharmaciens autres que la délivrance de médicaments et les quelques actes donnant lieu à une rémunération spécifique (ex. entretiens AVK et asthme). Un effort doit clairement être fait en ce sens, comme le recommandait l'Igas en 2011 pour par exemple l'enregistrement des interventions des pharmaciens auprès des médecins lors du contrôle des ordonnances.

La vision des usagers de la pharmacie est-elle plus ambivalente ? Si certains voient le pharmacien en premier lieu comme un commerçant, une part des usagers considère que l'officine constitue un relais de santé de proximité indispensable, au point que certains usagers déclarent que s'ils devaient choisir entre avoir un médecin ou avoir une officine à proximité, l'officine serait davantage importante à leurs yeux car elle demeure accessible librement pendant ses heures d'ouverture et permet donc l'accès immédiat à un professionnel de santé.

### 1.2.3. Une profession pourtant inquiète quant à son avenir

#### 1.2.3.1. Un pessimisme de la profession en grande partie surévalué

- ◆ Les sources d'inquiétude exprimées par la profession
  - **Les fermetures d'officines** : les représentants de la profession mettent régulièrement en avant le volume croissant de restitutions de licence (cf. « une officine ferme tous les deux jours ») qu'ils estiment être le reflet d'une crise profonde du modèle économique de la pharmacie française.
  - **La remise en cause du modèle officinal actuel** : nombre d'acteurs du secteur craignent l'ouverture du capital à des non pharmaciens ou la suppression du monopole pharmaceutique (par exemple avec l'arrivée de la grande distribution).
  - **La concurrence des PUI et des officines se spécialisant dans les PDA pour les EHPAD** : des craintes fortes existent que l'approvisionnement des EHPAD soit détourné des officines de proximité auprès desquelles ils s'alimentent généralement. Les résidents de l'EHPAD ont un droit fondamental au libre choix de leurs professionnels de santé ; toutefois, en l'absence d'expression du choix par le patient, l'EHPAD peut se substituer à lui et déterminer auprès de quelle(s) pharmacie(s) il s'approvisionnera en médicament<sup>21</sup>. Traditionnellement la pharmacie la plus proche était retenue, ce qui contribuait au maintien d'une présence officinale pour l'ensemble des populations résidant à proximité. Les craintes du secteur portent sur le développement à la fois des pharmacies à usage intérieur (PUI) dans les Ehpads et des officines se spécialisant dans la préparation des doses administrées (PDA) et captant du même coup le marché d'Ehpads très éloignés du lieu d'implantation de l'officine équipée d'un robot à PDA.

---

<sup>21</sup> En l'absence de choix personnel exprimé par le patient, l'EHPAD peut exercer ce choix en son nom, au titre d'un mandat exprès donné par le patient ou son représentant légal, ou au titre de la gestion d'affaires, si le patient ne pouvait exercer ce choix, ni donner de mandat, ou encore se faire représenter à cette fin (art. 1372 du Code civil).

## Rapport

- **L'émergence de la vente en ligne** : l'émergence de la vente en ligne cristallise de vives réticences. Elle est autorisée depuis 2011 au niveau européen et a fait l'objet d'une transposition dans le droit français fin 2012. Les modalités de vente en ligne font l'objet d'échanges intenses entre d'une part le Ministère de la Santé qui veut inscrire celles-ci dans une démarche de qualité renforçant le rôle de professionnel de santé des pharmaciens avec des garanties fortes accompagnant ce type de vente (et pouvant induire donc un moindre développement de la vente en ligne) et d'autre part l'Autorité de la concurrence qui considère pour sa part que les projets d'arrêtés du Ministère génèrent des formalités qui dépassent les seules considérations de santé publique, notamment de limitation des risques de commercialisation de contrefaçons.
  - **Les départs en retraite de prescripteurs** : les pharmaciens s'inquiètent des départs à la retraite des prescripteurs à proximité de leurs officines et des conséquences économiques associées. La profession est très alarmiste sur ce sujet considérant que la perte du ou des prescripteur(s) condamne à plus ou moins long terme l'officine concernée.
- ◆ Des inquiétudes que ne partage pas la mission même si certains sujets pourraient appeler des études d'impact plus approfondies
- **Sur les fermetures d'officine** : la forte mise en avant du nombre de fermetures d'officine par les acteurs du secteur donne une vision largement déformée de la situation réelle des officines et s'avère finalement préjudiciable au secteur lui-même. Certes la restitution de licence correspond à une réduction de l'offre officinale ; toutefois elle n'est pas nécessairement le reflet de difficultés économiques sectorielles. Ainsi sur les 85 suppressions de licence intervenues au deuxième semestre 2015, seules 9 concernaient des liquidations judiciaires, dont certaines seraient liées à une mauvaise gestion ; près de la moitié concernaient des restructurations du réseau positives et à l'initiative des acteurs de la profession eux-mêmes (un quart de regroupement et un quart de rachats fermetures). Enfin, parmi les restitutions sèches de licence, plusieurs concernent des cas de pharmacies où la fermeture de l'officine n'a rien à voir avec une difficulté liée à une défaillance du modèle économique officinale (ex. décès ou maladie du titulaire, non renouvellement du bail, revalorisation du pas de porte, expropriation, annulation de licence). Au final, moins d'un tiers des fermetures d'officine sont des fermetures qui sont intervenues faute de repreneur. A cela s'ajoute le fait que la quasi-totalité des fermetures sont intervenues en milieu urbain en surdensité officinale, si bien que d'après les données de l'Ordre, il n'y aurait qu'une seule officine pour laquelle la fermeture poserait un problème de desserte de la population en médicaments (en l'occurrence, cela concernerait une officine qui était implantée dans un quartier de la politique de la ville).
  - **Sur la remise en cause du modèle officinal actuel** (capital des pharmacies à des pharmaciens et monopole pharmaceutique de la distribution de médicaments) : si la pression du secteur de la distribution est indéniablement forte, le législateur a l'an passé à l'occasion de l'adoption de la loi de modernisation du système de santé décidé de ne pas remettre en cause ce modèle, ce qui devrait être de nature à rassurer la profession.
  - **Sur la concurrence des PUI et des officines se spécialisant dans les PDA pour les EHPAD** : la problématique ne se pose vraiment, du point de vue du maillage, que dans les zones faiblement peuplées où la présence d'un EHPAD participe significativement à la viabilité économique de l'officine desservant la zone.  
Le modèle d'approvisionnement en médicament des EHPAD est certes en train d'évoluer. Ainsi, ceux qui ont une taille suffisante peuvent chercher à internaliser

## Rapport

l'achat de médicaments en recourant à une PUI (Pharmacie à Usage Intérieur). La taille critique à atteindre pour rentabiliser une PUI (pharmacien gestionnaire, locaux adaptés...) suggère néanmoins que les EHPAD pour lesquels une PUI serait rentable (et qui sont donc de gros EHPAD) ont de fortes chances d'être implantés dans des zones résidentielles denses, ce qui implique que l'EHPAD ne contribue vraisemblablement que faiblement à l'équilibre économique des officines de proximité. La desserte en médicament ne semble ainsi que peu menacée par la création de PUI.

Concernant les officines parvenant à déployer des investissements dans des robots pour automatiser la préparation des doses à administrer (PDA)<sup>22</sup>, elles peuvent se trouver en situation de desservir un grand nombre d'EHPAD, ce qui de facto concurrence certaines officines installées à proximité de ces derniers. Les travaux rétrospectifs effectués par la mission sur l'évolution du nombre de lits d'EHPAD par commune tendent à montrer que l'impact sur le chiffre d'affaires des officines est mineur (voir l'annexe relative à la situation économique et financière des officines, partie 6.2.2). Cependant, ce point appellerait des travaux plus poussés pour identifier si des officines considérées comme prioritaires au regard de la densité officinale d'un territoire pourraient être mises en difficulté du fait de la perte éventuelle du marché d'un EHPAD.

- **Sur l'émergence de la vente en ligne** : la vente en ligne de médicament sans ordonnance est faiblement développée en France (seules 301 officines ont ouvert un site de vente en ligne). Un certain nombre d'acteurs de la profession estiment de plus que, même en assouplissant la législation, la vente en ligne a peu de perspectives de développement : d'après ces derniers, la population serait à la fois fortement attachés à accéder au médicament sans délais de livraison des produits (et donc en se rendant directement en officine) et trop craintifs des risques de fraudes en ligne (vente de faux médicaments). La mission estime néanmoins qu'une analyse plus approfondie des besoins et souhaits de la population dans ce domaine serait souhaitable. Les expériences étrangères ont ainsi tendance à montrer que le développement de l'achat en ligne reste relativement faible : ainsi la vente en ligne de médicaments en Belgique ne représente que 1,7% de l'activité des pharmaciens en 2012. En Allemagne, après 10 ans de recul, le pays compte 3 000 pharmacies en lignes sur les 20 900 officines, où l'automédication sur internet ne représenterait pourtant que 7% du chiffre d'affaire de l'automédication. Au Royaume Uni où la vente en ligne de médicaments sur ordonnance est autorisée et encadrée, la Royal Pharmaceutical Society estimerait le phénomène à 3 ou 4%, soit une part très résiduelle des ventes (voir l'annexe relative à la délivrance de médicaments en dehors de l'officine, partie 4.3.2).

---

<sup>22</sup> La PDA désigne le reconditionnement à l'avance des médicaments dans des piluliers nominatifs, selon la posologie et la durée du traitement. Elle ne concerne que les médicaments de forme orale solide anhydre stable (comprimés et gélules essentiellement).

## Rapport

- **Sur les départs en retraite de prescripteurs** : la mission relève l'existence de plusieurs centaines d'officines en France qui n'ont pas de médecins sur leur commune, preuve qu'il est possible d'avoir une officine sans médecin immédiatement à proximité (plus d'une centaine étant même dans la situation où le prescripteur le plus proche en dehors de la commune a lui-même une autre officine sur sa commune). Dans ce cadre, la mission a sollicité la CNAM afin d'analyser les pratiques des usagers au regard des lieux de résidences, de prescription et d'achat de médicaments mais celle-ci n'a pu fournir des données utiles dans les délais compatibles avec ceux de la mission, qui considère malgré tout qu'il est impératif de mener une telle étude. Pour les pharmaciens confrontés au départ de prescripteur(s), il semblerait que le constat soit moins pessimiste que ne le disent bon nombre d'acteurs du secteur. Les titulaires concernés ont relevé de façon immédiate une baisse du CA, essentiellement lié à la perte des traitements aigus et une baisse temporaire du CA sur les autres produits, mais ils notent qu'il s'agit d'un phénomène temporaire qui a souvent exigé de leur part un véritable réinvestissement dans le mode de fonctionnement de leur officine. Evidemment, ces témoignages ne peuvent résumer l'ensemble des situations et il est également fort possible que dans certains cas le départ d'un ou plusieurs prescripteurs ne soit que le signal d'un déclin démographique ou d'une moindre attractivité locale qui finira par toucher la ou les officines du secteur comme tous les autres commerces.

### **RECOMMANDATION N°2 : étudier les pratiques des patients quant à leur lieu d'achat de médicaments au regard de leur lieu de résidence et du lieu de la prescription**

**Bilan d'étape** : le risque actuel est que le discours pessimiste l'emporte parce que simplificateur et provoque une perte d'intérêt pour certaines officines alors qu'elles pourraient être rentables et qu'il serait justifié qu'elle puisse trouver un repreneur. La représentation que se font les étudiants en pharmacie de la profession officinale s'en ressent : certains excluent la spécialisation officinale en raison des inquiétudes économiques supposées généralisées à l'ensemble du réseau.

#### **1.2.3.2. Une morosité qui dépasse le seul champ professionnel**

La morosité de la profession dépasse le seul champ des professionnels du secteur : en effet les étudiants rencontrés par la mission ou interrogés par questionnaire ont exprimé une forte sensibilité aux inquiétudes de la profession.

La spécialité officine a fortement perdu en attractivité au cours des dernières années : alors qu'elle comptait pratiquement 60% des étudiants en pharmacie il y a une dizaine d'années, elle n'en compte plus qu'un tiers aujourd'hui. Il ne faut pas nécessairement s'inquiéter de cette évolution à court terme étant donné l'effet de compensation associé à l'allongement des carrières des pharmaciens en exercice (cf. report du départ en retraite) et au fait qu'on estime à environ 2 500 le nombre de diplômés en pharmacie qui seraient actuellement au chômage<sup>23</sup>. Cependant, à plus long terme, cette diminution des effectifs étudiants dans la filière officinale doit interroger d'une part sur la capacité de la spécialité à demeurer attractive auprès d'étudiants de haut niveau et d'autre part sur la capacité de la spécialité à former un nombre de titulaires futurs suffisants et suffisamment motivés pour assurer le maintien de la desserte en médicament sur l'ensemble du territoire, voire envisager le développement de nouvelles missions.

---

<sup>23</sup> Source : Pôle emploi.

## Rapport

Enfin, plusieurs acteurs ont attiré l'attention de la mission sur les enjeux psychosociaux liés aux difficultés de certains titulaires et les enjeux RH dans le secteur liés à la tension sur l'emploi de préparateurs en pharmacie qui pourrait découler de la difficulté accrue à recruter des pharmaciens adjoints. Ces sujets pourraient appeler des analyses spécifiques que la mission n'a pas menées ici (adéquation du volume de préparateurs formés, convention collective, niveau de rémunération et évolution de carrière des préparateurs et des pharmaciens adjoints, baromètre social des titulaires).

### **1.3. Selon des scénarios réalistes d'évolution du réseau officinal, le temps d'accès de la population ne sera impacté que modérément à court et moyen terme**

La mission a réalisé une vingtaine de simulations d'évolution du réseau à court terme (d'ici 5 ans) et à moyen terme (d'ici 10 ans). L'élément simulé est la distance-temps en voiture de chaque commune à la commune la plus proche équipée d'une officine<sup>24</sup>. Ces simulations sont faites au niveau des communes et non à l'échelle de chaque officine. Elles prennent en compte une grande variété de paramètres<sup>25</sup> :

- Age des titulaires d'officines et de leurs adjoints ;
- Santé économique des officines ;
- Attractivité plus ou moins grande de chaque territoire<sup>26</sup> ;
- Evolution de l'offre médicale par commune.

Ne sont présentés ici que les résultats majeurs (pour plus de détails, voir les parties 2 et 3 de l'annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires), à savoir le scénario d'évolution considéré comme le plus réaliste ainsi qu'un stress test (cf. tableau ci-dessous).

Le scénario réaliste repose sur l'hypothèse que les communes faiblement attractives, où tous les titulaires et adjoints sont âgés (plus de 55 ans ou de 60 ans selon les simulations), perdront leur(s) officine(s) dans les années à venir, à quoi s'ajoute la fermeture des officines considérées comme fragiles économiquement. La mission est consciente que tout en l'ayant dénommé « réaliste », ce scénario est en fait relativement pessimiste et ce pour plusieurs raisons :

- Les officines fragiles économiquement aujourd'hui peuvent se redresser dans l'avenir (par exemple, du fait d'une fin de remboursement d'emprunt) ;
- Les enquêtes réalisées auprès de la profession et des étudiants en pharmacie indiquent que l'attrait pour les zones rurales reste fort, contrairement à ce qui est souvent dit pour les professions médicales. Ce décalage d'appétence tient au fait que le pharmacien titulaire n'est généralement pas isolé professionnellement dans la mesure où il a souvent auprès de lui un ou plusieurs adjoints ou préparateurs en pharmacie et que les officines en milieu rural sont souvent exposées à une concurrence moindre que les officines urbaines.

---

<sup>24</sup> Une commune elle-même équipée d'une officine a une distance considérée comme nulle.

<sup>25</sup> Le choix de ces paramètres résulte des différentes auditions réalisées par la mission qui ont conduit à pointer leur importance.

<sup>26</sup> Sont pris en compte dans l'attractivité des variables populationnelles (évolution de la population), économiques (du secteur officinal), géographiques (situation ou non d'isolement géographique de la commune concernée), d'aménagement (quantité de services de proximité disponibles sur la commune) et médicales (âge des médecins).

## Rapport

Le stress test repose quant à lui sur une hypothèse délibérément forte : en supposant le non remplacement des médecins généralistes libéraux (ou salariés en centre de santé) âgés, les officines seules sur leur commune fermeraient si au moins la moitié des médecins de la commune partaient en retraite. Ce scénario, volontairement pessimiste mais non dénué de fondement, vise à identifier l'impact sur le réseau officinal d'une dégradation majeure du réseau médical dans les années à venir, en particulier dans les territoires ruraux. Etant donné sa nature excessive et peu probable, la mission a dénommé ce scénario « Stress Test ».

**Tableau 4 : Evolution du réseau officinal en fonction d'un scénario réaliste et d'un stress test**

Population	Aujourd'hui		Scénarios à court terme				Scénarios à moyen terme			
			Réaliste		Stress Test		Réaliste		Stress Test	
	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%
<b>A plus de 10 min</b>	1 928 683	3,0%	2 144 267	3,4%	2 690 664	4,2%	2 527 765	4,0%	4 908 244	7,7%
<b>A plus de 15 min</b>	297 071	0,5%	351 494	0,6%	491 447	0,8%	494 907	0,8%	1 237 628	1,9%
<b>A plus de 20 min</b>	92 425	0,1%	109 398	0,2%	152 215	0,2%	161 733	0,3%	371 304	0,6%

Communes	Aujourd'hui		Scénarios à court terme				Scénarios à moyen terme			
			Réaliste		Stress Test		Réaliste		Stress Test	
	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%
<b>A plus de 10 min</b>	7235	20,2%	7757	21,7%	8730	24,4%	8633	24,2%	12427	34,8%
<b>A plus de 15 min</b>	1667	4,7%	1870	5,2%	2264	6,3%	2362	6,6%	4288	12,0%
<b>A plus de 20 min</b>	600	1,7%	688	1,9%	818	2,3%	904	2,5%	1631	4,6%

Superficie	Aujourd'hui		Scénarios à court terme				Scénarios à moyen terme			
			Réaliste		Stress Test		Réaliste		Stress Test	
	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%
<b>A plus de 10 min</b>	11896128	21,9%	12834331	23,6%	14477149	26,6%	14524690	26,7%	20642145	38,0%
<b>A plus de 15 min</b>	3525795	6,5%	3937118	7,2%	4733953	8,7%	4991110	9,2%	8564292	15,8%
<b>A plus de 20 min</b>	1469716	2,7%	1679579	3,1%	2031027	3,7%	2214720	4,1%	3872934	7,1%

Source : Igas-Igf à partir des données Drees (logiciel Metric)-RPPS, 2016, France métropolitaine. Note de lecture : d'après le scénario réaliste, à moyen terme, 0,8% de la population métropolitaine (494 907 personnes) vivrait à plus de 15 minutes d'une commune équipée d'une officine répartie sur 2 264 communes représentant 8,7% de la superficie de la France.

Le principal enseignement est qu'à court terme (moins de 5 ans) la situation évoluera peu, même dans le scénario du Stress Test : ainsi la population à plus de 15 minutes passerait de 0,5% à 0,6% (scénario réaliste) ou à 0,8% (Stress Test). Notons cependant que ces évolutions mineures peuvent avoir un écho réel dans la population : en effet, dans le cadre du scénario réaliste ce serait presque 700 000 personnes<sup>27</sup> (sur plus d'un millier de communes) qui verraient leur distance à la commune équipée la plus proche augmenter, tout en restant inférieure à 15 minutes pour la très grande majorité. Dans le cadre du stress test, ce chiffre serait de 2,3 millions de personnes<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Ce chiffre est un minorant car il ne prend pas en compte le fait que pour les raisons évoquées précédemment, en infra-urbain, les distances à l'officine la plus proche peuvent évoluer sans que la méthode utilisée ici ne permettent de l'identifier.

<sup>28</sup> Sachant de plus que les éventuelles fermetures en milieu urbain en surdensité officinale pourront induire une augmentation de la distance infracommunale à l'officine la plus proche pour les citoyens, ce chiffre est donc un minorant.

## Rapport

A moyen terme, les scénarios divergent fortement : le scénario réaliste conduit à anticiper une évolution modérée (la proportion de personnes vivant à plus de 15 minutes passerait de 0,5% à 0,8%) tandis que le stress test indique une multiplication presque par quatre des populations éloignées d'une officine, sans pour autant que la proportion de la population concernée ne dépasse 2% (passage de 0,5% à 1,9%). Pour le scénario réaliste, le nombre de personnes subissant une augmentation de leur distance à l'officine la plus proche serait à moyen terme de 1,8 millions de personnes.

Notons que les situations d'éloignement (population à plus de 15 ou 20 minutes d'une officine) restent concentrées dans certaines régions principalement : ainsi deux régions (Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, Auvergne-Rhône-Alpes) concentreraient plus de 42% de ces personnes risquant, selon le scénario réaliste à moyen terme, de vivre à plus de 15 minutes d'une commune équipée. Relevons aussi la spécificité de la Corse pour qui l'éloignement pourrait représenter une part très conséquente de sa population (une personne sur six à plus de 15 minutes, contre une personne sur dix aujourd'hui). Cela appelle donc clairement une stratégie différenciée des ARS sur le sujet.

## **2. La conciliation d'objectifs potentiellement contradictoires requiert la mise en place d'une stratégie territoriale d'implantation des officines confiée à chaque ARS couplée à des assouplissements nationaux**

### **2.1. La conciliation complexe mais nécessaire entre différentes logiques**

#### **2.1.1. L'officine : levier d'aménagement du territoire versus service en santé**

La réglementation pose des critères de nombre d'habitants par commune pour déterminer les territoires où il est autorisé d'installer de nouvelles officines. En cela, la réglementation repose en grande partie sur une logique d'aménagement du territoire, logique qui doit pourtant trouver sa bonne articulation avec les objectifs de santé publique et d'efficacité du système de soins. La pharmacie est par ailleurs souvent considérée comme un facteur d'attractivité important d'une commune dans la mesure où la présence d'une pharmacie générerait du passage profitable à l'activité des commerces à proximité. Plusieurs cas ont ainsi été rapportés à la mission de la part d'élus locaux exprimant non seulement le souhait qu'une officine s'installe dans leur commune, mais aussi que cette dernière s'implante dans le centre-bourg afin de le redynamiser, ce souhait d'une localisation dans le centre de la commune rejoignant de fait l'obligation réglementaire d'une « desserte optimale de la population résidente ».

Or, cette logique exclusive d'aménagement du territoire consistant à implanter les officines en fonction du lieu où habite la population s'articule parfois difficilement avec les besoins et pratiques de la population, non seulement par rapport à leur santé mais aussi plus généralement par rapport à leurs déplacements ou habitudes de consommations. La prééminence de la notion de résidence complique ainsi à ce jour – quand elle ne les rend pas impossible - les transferts d'officine à proximité des nouvelles maisons de santé, souvent installées en périphérie des communes là où le foncier est disponible et peu coûteux, ou des lieux de passage fortement fréquentés par la population. Certaines ARS, comme en Auvergne-Rhône Alpes, intègrent pleinement les pharmacies dans leur diagnostic territorial de l'offre de premier recours en santé. Cependant, les ARS sont peu outillées pour développer une véritable stratégie d'implantation des officines en lien avec les autres professionnels de santé du fait de la nature des critères d'installation existants.

## Rapport

### 2.1.2. Le pharmacien : entrepreneur et professionnel de santé

Les auditions conduites par la mission ont montré la multiplicité des attentes et rôles dévolus aux pharmaciens. Non seulement les patients attendent du pharmacien la délivrance des médicaments mais aussi du conseil. Le pharmacien remplit d'autres fonctions mais elles ne sont pas toujours toutes perçues par la population : à titre d'illustration, la fonction d'analyse de la posologie des médicaments prescrits par les médecins, qui peut conduire dans certains cas à revenir vers le médecin pour revoir avec lui la prescription, est moins clairement identifiée par les patients alors qu'elle est essentielle à l'acte de dispensation, qui loin d'être un acte mécanique doit nécessiter une analyse critique de la prescription fondée sur une interrogation adaptée des personnes (autres médicaments consommés, modalités de prise,...).

Dans le même temps, le pharmacien est identifié comme un commerçant entrepreneur. Les investigations de la mission, faites notamment au travers des enquêtes conduites auprès des étudiants, montrent que cette dimension du métier occupe une part importante dans la motivation des personnes à s'orienter vers la pharmacie d'officine : en effet, la possession d'une officine offre l'opportunité de réaliser des projets librement déterminés (ex. spécialisation sur tels segments de produits plutôt que sur tels autres (homéopathie, PDA, orthopédie, dispositifs médicaux...), mise en place de certaines prestations ou pas (entretien AVK, asthme,...), stratégie de développement (rénovation des locaux, transfert, regroupement, discount...), ce qui constitue une dimension stimulante du métier, contrairement aux pharmaciens de l'industrie ou à l'hôpital qui évoluent eux dans des environnements souvent plus complexes, de plus grande taille et sur lesquels ils ont moins l'impression d'avoir prise.

A ces deux dimensions du métier de pharmacien (professionnel de santé et entrepreneur), doit s'en ajouter une troisième : le pharmacien doit contribuer à la maîtrise des dépenses. En effet, le médicament occupe une place importante dans l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

### 2.1.3. Un pilotage éclaté qui rend difficile cette conciliation

Selon que l'on balance vers l'analyse économique du secteur officinal comme marché (avec un suivi des marges des pharmacies, données accessibles via les liasses fiscales) ou vers la dimension professionnelle de santé (avec un suivi des revenus des pharmaciens d'officine, données qui seraient accessibles via l'impôt sur le revenu des pharmaciens mais qui n'est pas utilisées à ce jour dans cette perspective), c'est le pilotage du secteur et de la profession qui est impacté. A cela s'ajoute le fait qu'il n'est pas ressorti des investigations de la mission que le coût macroéconomique de distribution du médicament soit actuellement un indicateur suivi par les administrations en charge du domaine.

Les pharmaciens, bien qu'étant considérés comme des professionnels de santé, ne font pas toujours l'objet d'un suivi commun avec les autres professions de santé. Plusieurs éléments attestent de ce pilotage éclaté. Ainsi, aussi bien du côté de l'assurance maladie que de certains services centraux de l'Etat, les pharmaciens ne sont pas suivis par le bureau en charge des professionnels de santé mais par celui en charge des produits de santé. Cette situation s'explique aisément par la spécificité de leur rémunération qui est, encore à ce jour, fortement indexée sur les prix des médicaments. Ce décalage est un inconvénient à l'heure où une coordination accrue entre professionnels de santé est souhaitée.

## Rapport

D'un point de vue territorial, l'illustration la plus frappante de cette déconnexion entre les pharmaciens d'un côté et les autres professions de santé d'un autre est la quasi absence des pharmacies et des pharmaciens dans les projets régionaux de santé adoptés par chaque ARS et ce, alors même que les ARS sont largement conscientes de l'importance de l'accès au médicament pour la population et de la nécessité d'une bonne articulation entre les pharmacies et les autres acteurs en santé des territoires. L'explication la plus vraisemblable à cette situation réside dans la faiblesse des outils à la disposition des ARS pour mener une véritable stratégie territoriale d'implantation des officines.

A titre d'exemple, si une officine importante pour la population dans une commune isolée de moins de 2 500 habitants rend sa licence (ex. départ en retraite du titulaire sans repreneur), l'ARS n'est pas en mesure de prendre des mesures spécifiques pour garantir la prise en charge de la population (ex. prorogation de licence, solutions alternatives pour desservir la population – voir ci-dessous les propositions faites par la mission).

Une autre illustration de cette insuffisante coordination concerne l'implantation des maisons de santé : tandis que les pharmaciens doivent respecter des règles d'implantations nationales strictes (quota communal, proximité au lieu de résidence de la population), les maisons de santé ont une grande liberté dans le choix de leur lieu d'implantation, tant et si bien qu'il est fréquent que ces maisons s'installent sur des lieux où il n'y a pas d'officines à proximité, alors même qu'une ou plusieurs officines peuvent être présentes sur la même commune. Les ARS ne disposent à ce jour d'aucun levier leur permettant de mieux articuler ces différentes implantations et donc de mieux répondre aux besoins de la population.

### 2.2. Trois scénarios de régulation du maillage officinal

Au vu des constats sur la situation économique actuelle du réseau et sur son évolution probable dans les années à venir, la mission estime qu'il n'existe pas de risque généralisé de défaillance mais seulement des risques ponctuels et localisés. C'est la raison pour laquelle la mission appelle avant tout à une plus large autonomie donnée aux ARS ainsi qu'à quelques ajustements de la réglementation actuelle. Il est en effet souhaitable de laisser une large marge d'appréciation aux ARS dans la stratégie à adopter pour réguler le réseau officinal et de les doter pour cela d'une boîte à outils leur permettant de mieux structurer le réseau officinal et de prévenir d'éventuelles difficultés localement identifiées.

Dans cette logique, il est judicieux de pleinement intégrer dans les projets régionaux de santé portés par les ARS l'offre officinale afin de favoriser une meilleure articulation entre professions de santé.

**RECOMMANDATION N°3 : Décliner les priorités des projets régionaux de santé (accès aux soins, prévention, conseil à l'usager,...) par des mesures relatives à l'offre officinale.**

Cette recommandation favorisera non seulement une meilleure articulation entre professions de santé dans les territoires mais aussi un suivi accru d'officines considérées comme d'attention prioritaire (ex. officine seule dans un territoire étendu, officine dans des quartiers politiques de la ville) ou de zones où le maillage officinal doit être restructuré.

La mission relève qu'une coordination accrue entre professions de santé n'implique pas systématiquement que ces dernières interviennent exactement sur la même zone d'influence : en effet, une pharmacie doit à la fois être accessible pour la population et suffisamment grosse pour être viable économiquement ; elle peut donc couvrir un territoire parfois plus étendu que celui des médecins généralistes d'une commune. Si l'indicateur APL est pertinent pour suivre l'offre médicale et paramédicale par territoire, il apparaît à la mission que c'est un distancier-temps à l'officine la plus proche qui est l'indicateur de pilotage le plus adapté concernant l'offre officinale.

**RECOMMANDATION N°4 : Généraliser l'utilisation par les ARS d'un distancier-temps à l'officine la plus proche comme indicateur de suivi du maillage officinal**

Cette recommandation nécessite la création par la Drees d'un outil simplifié tiré du logiciel Metric et sa diffusion aux directions de l'offre de soins des ARS. Une analyse différenciée pourra utilement être faite lorsque le logiciel Metric le permettra entre les zones urbaines densément peuplées (distancier-temps à pied ou en transport en commun à l'officine la plus proche en infracommunal) et les zones rurales faiblement denses (distancier-temps en voiture à la commune la plus proche équipée d'une officine). Cette approche nouvelle, pour le moment cantonnée au suivi du réseau par les ARS, pourrait s'accompagner, sur un territoire rural en sous densité officinale, d'une expérimentation consistant non plus à prendre en compte des critères populationnels pour l'implantation des officines mais des critères croisant la distance-temps à l'officine la plus proche et les besoins en médicament des populations.

**RECOMMANDATION N°5 : Expérimenter sur un ou plusieurs territoires ruraux l'utilisation d'un distancier-temps entre officines pour déterminer l'implantation des officines.**

Cette innovation, centrale aux yeux de la mission car porteuse d'une stratégie d'implantation orientée sur les problématiques d'offre de soins plus que d'aménagement du territoire, devra au préalable faire l'objet d'une concertation entre les services de l'Etat, l'assurance maladie, la profession et des représentants des usagers.

Les scénarios présentés ci-dessous sont plus cumulatifs qu'alternatifs même si la mission fait le choix ici de les présenter par ordre de priorité. En effet, une même région peut avoir des territoires où il y aura demain une officine et plus de médecins généralistes, d'autres dans la situation exactement inverse, des territoires en surdensité officinale où l'enjeu majeur est de parvenir à avoir des officines de plus grande taille, des territoires où le nombre et la taille des officines sont satisfaisants mais leur localisation infra-communale non. L'objectif est de confier aux ARS des leviers d'intervention sur le réseau, grâce auxquels elles pourront déployer leur stratégie territoriale de l'offre officinale suivant le schéma proposé ci-dessus.

**2.2.1. Traiter les zones où l'offre officinale ou médicale est défaillante dans des territoires peu attractifs : diversifier les modes d'intervention des ARS**

Les territoires, selon leurs caractéristiques propres, ne seront pas dans les années à venir confrontés aux mêmes difficultés : certains n'auront plus d'officines, d'autres en posséderont encore ; certains n'auront plus de médecins généralistes (ou auront des médecins généralistes difficiles d'accès), d'autres non. La mission préconise de doter les ARS d'une boîte à outils leur permettant d'apporter des réponses différenciées selon les besoins des territoires. Schématiquement, deux situations sont présentées ci-dessous : les territoires n'ayant plus demain d'officines d'un côté, les territoires possédant encore une officine mais en situation de sous densité médicale de l'autre. Il serait souhaitable que les ARS initient rapidement, sous l'égide de la DGOS, une batterie d'expérimentations afin de tester les différents outils proposés ici.

### **2.2.1.1. Résoudre les difficultés d'accès au médicament dans les territoires qui n'auront demain plus d'officine**

Les ARS doivent disposer de suffisamment d'autonomie pour pouvoir accompagner les pharmaciens qui assurent la desserte de territoires très peu denses et pour lesquels il peut y avoir un risque d'accès au médicament. Pour ces territoires, identifiés selon des critères définis au niveau national (cf. distancier de chaque commune à la commune équipée la plus proche par exemple), il pourrait être développé une boîte à outils dans laquelle les ARS pourraient piocher pour développer leur stratégie de desserte dans les zones les moins rentables économiquement. Parmi ces outils, il pourrait être envisagé de :

- **Autoriser la création de succursales** : Lorsqu'une pharmacie ne trouve pas de reprenneur, celle-ci pourrait être reprise par une pharmacie du même territoire - territoire défini suivant un appel à projet de l'ARS à partir d'un zonage prédéterminé - et transformée en succursale, potentiellement ouverte sur un temps plus réduit. Une borne digitale pourrait être installée dans la succursale pour permettre aux habitants de transmettre leurs ordonnances à l'officine mère afin que celle-ci ajuste ses stocks en prévision des jours d'ouverture. A titre de comparaison, les succursales sont autorisées en Allemagne et au Royaume Uni. En Allemagne où le capital des officines doit être détenu par des pharmaciens (contrairement au Royaume Uni), ces derniers peuvent posséder jusqu'à deux succursales et les conditions à respecter sont les suivantes : existence d'une pharmacie principale, appartenance à la même intercommunalité ou à des intercommunalités voisines des trois pharmacies, exploitation de la pharmacie principale personnellement par le pharmacien, désignation par écrit par le pharmacien principal des pharmaciens exploitant les succursales.
- **Autoriser la mise en place de Pharmabus** : Lorsque des enclaves de population se trouvent à une distance trop importante de l'officine, un système de bus doté des médicaments de base pourrait desservir ces zones. Plusieurs interlocuteurs rencontrés ont mentionné l'existence de ce type de pratique, notamment dans des lieux au tourisme saisonnier. Là encore, les nouveaux outils digitaux devraient permettre aux usagers de transmettre leurs ordonnances préalablement au passage du bus.
- **Favoriser la livraison/dispensation longue distance** : Certaines pharmacies proches de zones sous-denses pourraient être labellisées par l'ARS et rémunérées spécifiquement pour certains actes de dispensation à domicile. La délivrance de médicaments à domicile se ferait sur prescription médicale (ou dans le cadre de protocoles définis avec possibilité de contrôle de l'Assurance Maladie) en contrepartie d'un remboursement des frais de déplacement du pharmacien (temps, moyen de transport), ce qui rejoint en cela les préconisations du rapport de l'Igas de 2011. Ce financement pourrait être pris en charge par le soutien des mairies concernées au titre de leur action sociale en faveur des personnes âgées, par la caisse primaire d'assurance maladie et par les mutuelles.

## Rapport

Dans tous ces cas, le dossier devrait être établi selon un appel à projet de l'ARS qui définirait selon des critères nationaux les zones spécifiques concernées par des difficultés d'accès au médicament. Les investigations de la mission la conduisent d'ores et déjà à pointer l'intérêt de telles mesures dans deux départements : la Lozère et les Alpes maritimes. En effet, non seulement ces territoires ont déjà une partie importante de leur population en situation de fort éloignement des officines mais aussi cette situation risque de s'y aggraver dans les années à venir : outre le fait que ces territoires sont excentrés et peu attractifs pour des repreneurs (alors même qu'un nombre conséquent de pharmaciens vont partir en retraite dans un avenir proche), une proportion importante des officines installées y sont en situation de difficultés économiques accrues (entre 15 et 17%). Notons cependant que bon nombre de territoires ruraux ou montagneux ne cumulent pas de cette manière les situations de faiblesse, le diagnostic des situations locales devant être mené au cas par cas par chaque ARS.

### **Recommandation n°6 : Autoriser les ARS à lancer des appels à projets en faveur du développement de modes d'intervention spécifiques (succursales, pharmabus, dispensation à domicile,...) dans des territoires considérés comme en sous densité officinale**

Ces mesures pourraient utilement s'appuyer sur une innovation complémentaire à même de renforcer le rôle de professionnel de santé du pharmacien : instituer un rôle de pharmacien référent du patient<sup>29</sup>. L'idée consiste ici à ce que les patients, sur la base du volontariat, puissent, suivant leur libre choix, désigner à l'assurance maladie et à leur médecin traitant un pharmacien référent : cela permettrait à ce médecin de transmettre par voie dématérialisée<sup>30</sup> les ordonnances au pharmacien désigné<sup>31</sup> qui pourrait ainsi préparer les médicaments et les faire parvenir au patient (via une succursale, un pharmabus ou une livraison/dispensation à domicile) sans que ce dernier n'ait eu à se déplacer jusqu'à l'officine. Une telle mesure est particulièrement pertinente dans les territoires éloignés des officines et pourrait être un support concret de dialogue et de coordination entre médecins et pharmaciens. Elle s'inscrit de plus dans la continuité des actions engagées ces dernières années (ex. entretien Avk, asthme) conduisant à tisser un lien plus étroit entre les pharmaciens et les patients.

### **RECOMMANDATION N°7 : Expérimenter dans les territoires en sous densité officinale la mise en place d'un pharmacien référent du patient permettant de faciliter la relation entre médecin-pharmacien-patient tout en limitant les déplacements des populations résidant dans des communes isolées.**

Cette recommandation fait écho à la recommandation présentée ci-dessous de diversification des tâches des pharmaciens, les deux pouvant être utilement couplés dans leur mise en œuvre afin de renforcer leur efficacité.

La mission a également analysé la question des médecins propharmaciens, mais au regard des difficultés bien plus importantes dans le maillage des médecins, il ne semble pas que cette voie constitue une réponse adaptée aux zones en sous densité officinale (pour plus de détails voir la partie 3 de l'annexe relative à la délivrance de médicament en dehors de l'officine).

---

<sup>29</sup> L'article 38 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a déjà introduit la notion de « pharmacien référent » en Ehpad sans PUI (pharmacie à usage intérieur). Ce pharmacien qui conventionne avec l'Ehpad concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.

<sup>30</sup> La mission reprend ici à son compte la recommandation 37 du rapport de l'Igas de 2011 consistant à développer la dématérialisation à la source de l'ordonnance en promouvant l'e-prescription.

<sup>31</sup> Il est à noter que, via le dossier pharmaceutique, tous les pharmaciens peuvent avoir connaissance des médicaments ayant donné lieu à un remboursement de l'assurance maladie pour les patients.

## Rapport

### **2.2.1.2. Utiliser l'officine comme poste avancé de soins de premier recours dans les territoires où l'offre médicale sera demain difficile d'accès**

#### *2.2.1.2.1. L'articulation entre réseaux officinaux et médicaux*

Face au manque de médecins que rencontrent certains territoires, des stratégies d'implantation de maisons et centre de santé se développent afin d'éviter l'isolement professionnel et la surcharge de travail des professionnels restant en fonction. Il n'y a cependant pas à ce jour d'articulation explicite entre le choix du lieu d'implantation de ces maisons et les lieux où sont implantées les pharmacies. Il serait dès lors souhaitable que les ARS développent une stratégie, en lien avec les collectivités territoriales, pour parvenir à une bonne articulation entre réseaux officinaux et médicaux dans ces situations.

**RECOMMANDATION N°8 : Prendre autant que possible en compte les lieux d'implantation des officines dans la détermination des sites optimaux d'installation des maisons et centres de santé lorsque l'offre médicale est difficile d'accès sur un territoire.**

Cette recommandation vise à permettre une meilleure articulation entre offre médicale et offre officinale. Elle concerne aussi bien les CESP (contrat d'engagement de service public) et les PTMG (contrat de praticien territorial de médecine générale) que les choix infra-communaux d'implantation des maisons et centres de santé. Dans le même ordre d'idée, il serait souhaitable d'accroître la coordination entre les gardes de pharmaciens et les gardes de médecins. De nombreux pharmaciens rencontrés par la mission ont ainsi indiqué qu'ils étaient dubitatifs vis-à-vis de leurs obligations de garde, puisqu'ils sont contraints d'ouvrir leur officine sur un territoire dénué de médecin de garde et donc dans l'incapacité de délivrer les médicaments d'urgence car ceux-ci nécessitent le plus souvent une ordonnance. Ce dernier point illustre à nouveau la nécessité d'articuler l'évolution des deux réseaux, cela pouvant s'accompagner d'un développement de délégations de compétences des médecins à d'autres professionnels de santé dans les territoires où l'offre médicale est défailante (voir ci-dessous).

## Rapport

### 2.2.1.2.2. *La diversification des missions des pharmaciens*

Actuellement, près de 600 communes regroupant un peu plus de 700 000 personnes possèdent une officine sans qu'il y ait de médecins généralistes sur la commune. Les départs en retraite de médecins généralistes dans les dix prochaines années<sup>32</sup> (dont bon nombre seront difficiles à remplacer au regard de la démographie des médecins), pourraient, à périmètre constant du réseau officinal, conduire à ce que nombre passe à 1 334 communes en tout, concernant alors presque 2 millions de personnes (dont presque un quart vivant alors à plus de dix minutes du premier médecin généraliste)<sup>33</sup>. Les non remplacements risquent de plus d'accentuer la difficulté d'accès aux médecins encore installés, en particulier dans les territoires déjà en situation déficitaire. En l'absence d'une politique qui viendrait à contraindre les choix d'installation des médecins généralistes, ce contexte délicat (éloignement plus grand de l'offre médicale et difficulté accrue d'obtention d'un rendez-vous auprès des médecins généralistes) risque de modifier les comportements et attentes des populations concernées vis-à-vis de leurs pharmaciens eux accessibles sans rendez-vous et gratuitement.

La mission a d'ores et déjà pu constater au cours de plusieurs auditions que, dans certains territoires, les pharmaciens sont d'ores et déjà sollicités pour des actes dépassant leur rôle habituel : prédiagnostic, orientation, petits soins... Ces interventions se font actuellement sans cadre légal et sans accompagnement au regard de la coordination avec les autres professionnels de santé, de la formation et de la rémunération des pharmaciens. Ces évolutions vont dans le sens du souhait exprimé par la majorité des acteurs de la profession à savoir renforcer la dimension « professionnel de santé » dans le métier de pharmacien. Elles font écho à certaines expériences étrangères (ex. services « avancés » et « renforcés » au Royaume Uni, programme « Más servicios, mejor salud »<sup>34</sup> en Espagne ; voir l'annexe relative à la contribution à la mission des conseillers aux affaires sociales de l'Espagne, de l'Allemagne et du Royaume Uni).

Suivant la recommandation précédemment faite, la mission estime nécessaire que chaque ARS identifie les territoires et officines appelant une attention particulière : cette attention doit naturellement porter sur l'accès au médicament de la population mais aussi sur le rôle renouvelé que pourrait avoir le pharmacien, aux côtés d'autres professionnels de santé, dans des territoires subissant une forte difficulté d'accès à l'offre médicale (ces territoires pouvant d'ailleurs être urbains comme ruraux).

**RECOMMANDATION N°9 : Tester, via des expérimentations locales dans des zones prédéterminées par les ARS, une diversification des missions des pharmaciens dans les officines isolées ou présentes sur des territoires où l'offre médicale devient difficile d'accès.**

Cette recommandation rejoint les préconisations du rapport de l'Igas de 2011 (ex. vaccination, angine). Ces expérimentations pourraient porter sur une grande variété de problématiques, à déterminer en fonction des besoins locaux de la population identifiés par chaque ARS.

Dans tous les cas, ces expérimentations appelleront :

- des autorisations, un suivi et un bilan spécifiques des ARS concernées,

---

<sup>32</sup> D'après les données transmises par la Drees et les calculs effectués par la mission, c'est 27,6% des médecins généralistes exerçant en libéral ou en centre de santé qui ont aujourd'hui plus de 60 ans et qui partiront donc vraisemblablement en retraite dans les dix prochaines années.

<sup>33</sup> Suivant la simulation du scénario réaliste à moyen terme, c'est 1027 communes qui seront équipées d'une officine mais qui n'auront pas de médecins généralistes sur la commune (équivalent à 1,6 millions d'habitants) ; parmi elles, 279 regroupant 341 000 personnes seront à plus de 10 minutes du premier médecin généraliste.

<sup>34</sup> Traduction : « Plus de services pour une meilleure santé ».

## Rapport

- un conventionnement avec la CPAM visant à mettre en place dans ces territoires des rémunérations spécifiques,
- une coopération formalisée entre professionnels de santé, avec en particulier les médecins généralistes les plus proches, afin de clarifier les rôles et responsabilité de chacun,
- une formation préalable des pharmaciens autorisés à pratiquer ces nouvelles missions.

L'objectif de ces expérimentations est de tirer, d'ici deux à trois ans, des enseignements généralisables à l'ensemble des territoires répondant aux mêmes caractéristiques (à savoir, présence d'une ou plusieurs officines avec une offre médicale difficilement accessible sur le territoire).

### *2.2.1.2.3. La préservation d'officines considérées comme prioritaires*

La détermination de « zones théoriques d'influence »<sup>35</sup> pour chaque commune équipée d'une officine (cf. partie 1.3) permet d'identifier des officines qui desservent un volume important de population (plus de 2 500 habitants) avec des distances-temps moyens d'accès relativement élevés : lorsque ces officines sont seules sur leur commune, on peut alors considérer qu'elles jouent un rôle stratégique pour l'accès au médicament de la population. La mission a identifié 544 officines se trouvant dans cette situation en France métropolitaine aujourd'hui<sup>36</sup>. Ces officines sont le point d'accès en médicament le plus proche pour 6 239 communes regroupant 2,4 millions d'habitants, la principale région concernée étant la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne (environ un cinquième de l'ensemble). Bon nombre de ces officines ont des tailles relativement réduites : la médiane de leur chiffre d'affaires est de 1,3 million d'euros en 2014, et le premier quartile inférieur de 930 000 euros<sup>37</sup>. Suivant le zonage en aire urbaine établi par les pouvoirs publics en 2010, la moitié de ces officines sont installés sur des communes isolées en dehors de l'influence d'un pôle urbain ou des communes multipolarisées en dehors de la couronne immédiate d'un pôle urbain.

---

<sup>35</sup> La zone d'influence théorique d'une commune équipée d'une officine intègre toutes les communes et leurs populations pour lesquelles la commune équipée étudiée est la plus proche.

<sup>36</sup> Ce chiffre a été déterminé en prenant le décile supérieur de la distance-temps à la commune centre de la « zone d'influence théorique » des communes équipées de France métropolitaine. N'ont été ici conservées dans les décomptes finaux des 544 que les communes ne possédant qu'une seule officine et dont la population appartenant à la « zone théorique d'influence » dépasse les 2500 habitants.

<sup>37</sup> Résultat légèrement au quartile de l'ensemble des officines de France métropolitaine.

**Tableau 5: Officines considérées comme prioritaires et leur zone d'influence théorique, France métropolitaine, 2016**

Région	Officines		Communes dans la zone théorique d'influence		Population dans la zone théorique d'influence	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Ile-de-France	6	1,1%	56	0,9%	31 669	1,3%
Centre-Val de Loire	39	7,2%	329	5,3%	163 587	6,9%
Bourgogne-Franche-Comté	64	11,8%	871	14,0%	252 238	10,6%
Normandie	33	6,1%	389	6,2%	178 430	7,5%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	33	6,1%	482	7,7%	166 080	7,0%
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	<b>98</b>	<b>18,0%</b>	<b>1 480</b>	<b>23,7%</b>	<b>463 545</b>	<b>19,5%</b>
Pays de la Loire	14	2,6%	100	1,6%	68 476	2,9%
Bretagne	9	1,7%	50	0,8%	43 264	1,8%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	56	10,3%	548	8,8%	217 756	9,2%
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	74	13,6%	898	14,4%	289 267	12,2%
Rhône-Alpes Auvergne	76	14,0%	700	11,2%	326 954	13,7%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	30	5,5%	245	3,9%	126 056	5,3%
Corse	12	2,2%	91	1,5%	52 115	2,2%
<b>France métropolitaine</b>	<b>544</b>	<b>100,0%</b>	<b>6 239</b>	<b>100,0%</b>	<b>2 379 437</b>	<b>100,0%</b>

Source : Igas-Igf. Note de lecture : est considérée comme prioritaire ici une officine seule sur sa commune, desservant sur sa zone d'influence théorique plus de 2500 habitants vivant à une distance moyenne de l'officine dans le décile supérieur des habitants les plus éloignés en France.

98% de ces officines sont installées dans des communes comportant moins de 2 500 habitants : il est donc particulièrement important que les ARS s'assurent de la pérennité de ces officines car, en l'état actuel de la législation, si ces officines ferment, il n'est plus possible d'en rouvrir une lorsque la licence est supprimée. Il serait donc souhaitable de se doter de mesures tant préventives (éviter une fermeture) que curatives (faciliter la réouverture d'une officine prioritaire dans une commune de moins de 2 500 habitants si l'officine précédemment installée a fermé) pour éviter toute situation de difficulté pour la population. A titre de comparaison, le Royaume Uni a mis en place en 2006 des contrats spécifiques pour les « petites pharmacies essentielles » là où il apparaît nécessaire d'implanter une pharmacie mais que cette dernière, au regard de son environnement de population, n'y est pas viable économiquement<sup>38</sup>.

**RECOMMANDATION N°10 : Expérimenter la mise en place, au titre du maintien d'un service public, d'aides spécifiques pour les pharmaciens (ou pharmacies) exerçant dans des territoires considérés comme prioritaires par les ARS**

<sup>38</sup> Entre 2006 et 2015, une centaine d'officines au Royaume Uni ont été concernées par ce contrat national spécifique auquel était associé un soutien financier du National Health Service. A compter de mars 2015, la compétence sur le financement de ces contrats a été transférée aux autorités locales.

## Rapport

Ces officines devraient faire l'objet d'un suivi annuel plus spécifique de la part des ARS afin d'anticiper d'éventuelles difficultés (économiques, reprise en cas de départ en retraite,...). Des aides spécifiques pourraient être délivrées par l'assurance maladie, l'Etat ou des collectivités territoriales à l'appui d'un ciblage préalable des territoires par les ARS. Les aides pourraient être de nature variée (aides pour mise aux normes des locaux, revenu minimum garanti du pharmacien pendant la durée d'un plan de retour à l'équilibre économique, ...). Dans cette logique, la mission rappelle ici l'utilité qu'il y aurait à mettre en œuvre les recommandations du rapport de l'Igas de 2011 relatives au pilotage du revenu des pharmaciens titulaires.

### **RECOMMANDATION N°11 : Proroger de un à cinq ans la durée de vie de la licence d'une officine considérée par l'ARS comme prioritaire mais qui aurait fermé**

Cette mesure permet de proroger la possibilité d'installation d'un pharmacien sur une commune comptant pourtant moins de 2 500 habitants. Elle pourrait utilement être couplée à d'autres mesures (ex. désignation possible, dans la zone prioritaire définie par l'ARS, d'une autre commune jugée plus pertinente d'installation de la pharmacie, aides à l'installation d'un nouveau pharmacien si le territoire est peu attractif, dérogation possible sur les seuils de nombre de pharmaciens en fonction du chiffre d'affaires). Elle devra de plus s'accompagner d'une communication en ligne de l'ARS des zones correspondantes où un transfert ou une création d'officine serait possible, suivant en cela l'exemple britannique<sup>39</sup>.

La question de la répartition des gardes entre les officines est aussi un sujet important dans les territoires où l'offre officinale existe encore sans être pléthorique. Les gardes sont organisées par les organisations représentatives de la profession de façon à assurer un accès continu au médicament à distance raisonnable. Pour ce faire, est mise en place une rotation de garde entre les officines, sans prendre en compte leur taille. Il pourrait être envisagé de structurer, lorsque c'est possible, ces rotations selon le nombre de pharmaciens titulaires travaillant dans l'officine afin que le pharmacien titulaire seul dans une commune n'ait pas autant de gardes à assumer que l'officine employant plusieurs pharmaciens et qui est donc en capacité de mutualiser les efforts. En effet, l'ouverture de pharmacies sur des plages horaires étendues (nuit, week-end, jours fériés) est une contrainte de service public importante dont il faut s'assurer de la bonne répartition entre officines.

---

<sup>39</sup> Au Royaume Uni, les Health and Wellbeing Boards locaux évaluent l'adéquation entre pharmacies d'officine / services pharmaceutiques et besoins des populations dans leurs pharmaceutical needs assessment (PNA). Les manques éventuels sont mentionnés dans le PNA, qui est lui-même publié sur un site internet. Les candidats peuvent alors postuler pour combler le manque identifié, ou alors le NHS England peut lui-même inviter des pharmaciens afin d'assurer une réponse aux besoins.

### **2.2.2. Harmoniser le maillage : moins d'officines de petites tailles pour accroître leur robustesse économique, leur productivité et leur capacité à exercer de nouvelles missions**

#### **2.2.2.1. Un enjeu pour l'offre de service des officines et pour la poursuite de la baisse du prix des médicaments**

La taille des officines est un élément déterminant pour les questions de viabilité économique et de qualité de l'offre. En effet, la taille des officines impacte directement les composantes de l'offre, puisqu'une officine de grande taille sera en mesure de disposer d'un large référencement produit et donc en mesure de répondre aux divers cas, mêmes les plus rares, présentés par les patients. Egalement, une officine de grande taille pourra davantage garantir la confidentialité aux comptoirs, proposer des espaces de confidentialité et adapter son rayonnement aux clients à mobilité réduite. Sur les aspects économiques, une telle officine est plus à même d'amortir ses coûts de structure et d'augmenter sa marge. Il apparaît, statistiquement, que les officines dégagant un chiffre d'affaires supérieur à 1 million d'euros présentent une meilleure rentabilité, à l'exception de celles qui ont consacré leur croissance sur le seul développement de leur chiffre d'affaires en favorisant les bas prix au détriment de leur marge (modèle dit « low-cost »).

Ainsi, il ressort que favoriser l'émergence de structures plus grosses permettrait de favoriser d'une part leur équilibre économique et d'autre part d'offrir des locaux plus adaptés aux besoins des patients. En outre, le développement de structures plus importantes, comportant plusieurs employés dans l'officine, permettrait de concentrer les pharmaciens sur des tâches davantage tournées vers l'accompagnement du patient, telles l'éducation thérapeutique ou les entretiens pharmaceutiques spécifiques (AVK, asthme,...).

Enfin, l'émergence de structures plus solides économiquement permettra de poursuivre l'effort engagé sur la réduction du prix du médicament en compensant les baisses de chiffres d'affaires par des économies de structure. L'enjeu n'est pas ici de faire grossir les officines qui sont déjà les plus importantes mais d'identifier comment parvenir à ce que les officines de petite taille se regroupent pour former des officines de taille plus importante afin de gagner en productivité pour réduire le coût de délivrance du médicament.

#### **2.2.2.2. Une nécessité : favoriser les regroupements et rachats-fermetures dans les zones les plus denses**

Concernant les zones où la surdensité est la plus forte, a été évoquée, à plusieurs reprises, auprès de la mission l'idée d'un droit de préemption de l'ARS sur les officines en liquidation, lorsqu'il y aurait une offre de reprise de la part d'un pharmacien, ou un mécanisme de rachat de licence à des pharmaciens volontaires. Cette préemption ou rachat par l'ARS visant à diminuer le nombre de licences en circulation pourrait être financé par un fonds dont les ressources pourraient prendre la forme d'une taxe additionnelle sur les plus-values des pharmacies qui se vendent par ailleurs dans la même région. Cette solution accélérerait certainement la restructuration du réseau. La mission n'y est toutefois pas favorable, estimant que le réseau n'a pas nécessairement besoin de tels outils pour sa réorganisation et doutant de l'ampleur d'une telle mesure, les moyens financiers disponibles du fonds ne pouvant être par définition que limités. A cela s'ajoute le fait que la constitution d'un tel fonds pourrait détourner les pharmaciens d'opérations de rachats-fermetures que la mission appelle par ailleurs à développer.

## Rapport

Dans les zones les plus denses en officine, il est donc indispensable de favoriser les regroupements entre officines et les rachats-fermetures d'officines par d'autres pharmacies afin d'atteindre les objectifs décrits dans la partie précédente, c'est-à-dire faciliter l'émergence d'officines de taille suffisante et permettre à ces officines de disposer de locaux plus adaptés. Dans certaines zones très denses, le transfert d'officine est rendu quasi impossible par la menace de recours des concurrents ce qui empêche le moindre regroupement (celui-ci nécessitant souvent, dans la même opération, un transfert).

### ◆ Les rachats-fermetures

Un certain nombre d'acteurs du secteur officinal souhaiteraient encourager les rachats-fermeture via la possibilité pour une pharmacie d'amortir la clientèle rachetée à une officine restituant alors sa licence. La possibilité d'amortir un actif immatériel semble toutefois difficilement envisageable dans la mesure où cela créerait un précédent spécifique pour les pharmaciens vis-à-vis d'autres professions (notaire, avocat,...). Une suppression des droits de mutation dans le cadre d'un rachat fermeture pourrait être toutefois envisagée voire testée pendant un temps limité, en restreignant l'opération à des zones identifiées comme surdenses selon des critères nationaux. Le fait de la cantonner à une durée déterminée limiterait les effets d'aubaine et serait un élément d'incitation provisoire permettant une accélération de la restructuration du réseau (ex. niches fiscales à extinction automatique, sauf reconduction, d'ici 5 ans).

**Recommandation n°12 : Encourager les rachats-fermetures entre officines via une suppression temporaire des droits de mutation dans les zones considérées comme surdenses suivant des critères définis au niveau national.**

Le critère national utilisé pour définir la surdensité pourrait être les seuils populationnels retenus dans le code en se centrant sur les communes de plus de 2 500 habitants : si une commune a un nombre d'officines supérieur, elle serait considérée comme surdense et donc éligible à ce dispositif incitatif de rachats-fermetures.

### ◆ Les regroupements

Deux mesures pourraient faciliter les regroupements d'officines, en particulier dans les zones en surdensité officinale. Elles concernent les locaux des officines qui se regroupent et l'amortissement des travaux engagés dans le cadre d'un regroupement.

Actuellement, les regroupements sont rares dans les zones surdenses car il est difficile d'agrandir le local d'une des officines objet du regroupement ou de trouver un nouveau local plus grand pour s'installer : non seulement les locaux disponibles sont rares et chers mais aussi, du fait de la forte concurrence, les pharmaciens qui entreprennent ce type de démarche s'exposent généralement à des procédures contentieuses longues et coûteuses de la part d'autres pharmaciens contestant l'opération de transfert.

## Rapport

Afin d'encourager malgré tout le regroupement de plusieurs officines, la possibilité de conserver les différents locaux, par définition non contigus, des officines antérieures, devrait être étudiée. Cela permettrait à la nouvelle officine de posséder différents points de vente ou bien un lieu de stockage découplé du lieu de vente. En effet, cela sécuriserait les pharmaciens engagés dans l'opération pour qui la clientèle d'un point de vente fermé aurait moins le risque de se reporter sur une officine concurrente. Cela permettrait de plus de prendre en compte un des principaux facteurs pour lesquels les regroupements sont rares en milieu urbain : la rareté des locaux de grande taille disponible. Pour des questions de logistique, il ne semble toutefois pas raisonnable d'autoriser qu'une officine possède, après regroupement(s), plus de deux points de vente. Au cas par cas et zone géographique par zone géographique, l'ARS devrait déterminer la distance raisonnable entre les deux locaux. Une telle mesure pourrait conduire à déconnecter physiquement les stocks d'un point de vente de médicaments ou à spécialiser un point de vente sur certaines prestations spécifiques (ex. entretien pharmaceutique, orthopédie,...). La possibilité de spécialiser chaque local constituerait une incitation positive au regroupement pour les pharmaciens volontaires dans la mesure où elle offrirait des perspectives de développement qui n'existent pas actuellement pour les pharmacies.

### **Recommandation n°13 : Autoriser la conservation de plusieurs locaux non contigus dans le cadre d'un regroupement dans les zones définies comme sur-denses suivant des critères définis nationalement.**

Cette mesure présente un avantage important : elle permet une reconstitution du réseau en diminuant le risque de contentieux dans la mesure où aucun changement de localisation n'intervient, il serait donc délicat pour un recourant d'apporter la démonstration qu'il y a un intérêt à agir pour déposer un recours contre cette opération. Elle représenterait une vraie nouveauté pour le maillage officinal en France mais il est à noter que cette pratique existe déjà dans d'autres pays d'Europe où il n'y a par exemple pas d'obligation à ce que les entrepôts de stockage soient contigus de l'officine accessible au public (ex. Royaume Uni). Etant donné l'innovation que représente une telle mesure, une phase d'expérimentation, en concertation avec les représentants de la profession, serait utile dans certains territoires en surdensité officinale forte. En effet, cette recommandation ne nécessite pas obligatoirement de remettre en cause la règle imposant une contiguïté entre le lieu de stockage et le lieu de vente<sup>40</sup> mais la mission considère qu'un assouplissement de la réglementation sur ce point serait utile.

Une deuxième mesure d'incitation au regroupement consisterait à autoriser un amortissement anticipé des frais de travaux occasionnés par un regroupement. A ce jour, ces frais sont échelonnés sur dix années. La possibilité offerte aux officines opérant des regroupements de les réaliser de façon anticipée amènerait plus rapidement de la trésorerie à la structure née du regroupement. Cette mesure présenterait de plus un coût limité pour les finances publiques.

### **RECOMMANDATION N°14 : Autoriser, de façon provisoire, l'amortissement sur 5 ans des frais de travaux induits par les regroupements d'officines dans les lieux déterminés comme surdenses par l'ARS ou conduisant à installer une officine sur un territoire prioritaire d'après l'ARS (ex. QPV).**

---

<sup>40</sup> D'après l'article R. 5125-9 du code de santé publique, « les locaux de l'officine forment un ensemble d'un seul tenant y compris pour ce qui concerne les activités spécialisées d'optique-lunetterie, d'audioprothèse et d'orthopédie. Toutefois, des lieux de stockage peuvent se trouver à proximité immédiate, à condition qu'ils ne soient pas ouverts au public et ne comportent ni signalisation, ni vitrine extérieure ».

## Rapport

Cette mesure pourrait être étendue aux travaux intervenant à l'occasion d'un transfert afin d'accroître les incitations à opérer des transferts et des installations en QPV. La mission considère néanmoins que le principal obstacle aux transferts n'est pas aujourd'hui financier mais est lié à la quasi saturation du territoire en officine au regard des seuils populationnels réglementaire d'installation de nouvelles officines et à la récurrence des contentieux lors des opérations de transfert.

Le nombre de pharmaciens minimum que doit avoir une officine étant actuellement réglementairement fixé suivant le chiffre d'affaires de l'officine<sup>41</sup>, la mission signale que les regroupements pourraient avoir un impact sur l'emploi de pharmaciens<sup>42</sup>. En effet, même si bon nombre d'officines dépassent aujourd'hui ces seuils, un développement massif des regroupements d'officines pourrait engendrer une réduction du nombre d'emplois de pharmaciens (voir les simulations établies par la mission dans l'annexe relative à la démographie et aux aspirations de la profession, partie 3.3.1). Une telle réduction du nombre de pharmaciens employés pourrait d'un côté accroître la productivité du secteur mais d'un autre côté conduire à un moindre développement de nouveaux services officinaux.

### 2.2.3. Dynamiser l'évolution du réseau via un assouplissement de la réglementation et une sécurisation juridique accrue des opérations engagées

#### 2.2.3.1. Un assouplissement des règles est souhaitable

- ◆ La notion de desserte optimale de la population

La mission considère qu'il est nécessaire de revoir le critère de « desserte optimale des populations résidentes » qui aujourd'hui répond mal aux besoins et nouveaux modes de déplacement des populations (ex. besoin de pouvoir aisément se stationner, articulation avec les lieux d'implantation des autres services en santé<sup>43</sup>, voire des autres commerces, implantation sur des nœuds de transport tels que des gares) et est source de nombreux contentieux. En réalité, une desserte réellement optimale ne correspond souvent pas à une installation au cœur du lieu de résidence. Notons d'ailleurs qu'une grande partie du réseau officinal hérité de l'histoire a conduit les officines à s'installer non pas uniquement à proximité des lieux d'habitation (ce qui les aurait conduit à s'implanter par exemple au cœur de zones pavillonnaires, ce qui est très rarement le cas) mais aussi, et parfois surtout, sur des lieux associant à l'époque habitation et passage (ex. centre-bourg, axe routier principal d'une commune). Cette notion d'optimalité suivant la résidence des populations empêche dès lors au réseau de suivre l'évolution des besoins de la population. Les acteurs de la profession sont très attachés tant à l'existence de ce critère d'optimalité qu'à sa définition étroite centrée sur la résidence ; cependant il est apparu à la mission que cet attachement ne repose pas tant sur la pertinence du critère en lui-même, pertinence d'ailleurs mal connue, que sur la préservation du maillage territorial actuel et de l'équilibre concurrentiel qu'il implique.

Deux options sont alors possibles pour faire évoluer ce critère de desserte optimale de la population :

---

<sup>41</sup> Aujourd'hui un pharmacien supplémentaire est exigé par tranche de 1,3M€ de CA (arrêté du 1 août 1991 relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires) : une officine qui réalise 1,6M€ de CA doit donc avoir au minimum un titulaire et un adjoint (ou deux titulaires) ; une officine qui atteint 3M€ doit avoir au minimum deux adjoints en plus du titulaire (ou un adjoint et deux titulaires), et ainsi de suite.

<sup>42</sup> Il est à noter qu'une diminution du chiffre d'affaires du secteur pourrait produire des effets comparables.

<sup>43</sup> Ainsi, l'installation des maisons de santé se fait souvent en périphérie de commune et non en centre bourg.

## Rapport

- Conserver la notion de desserte optimale mais en l'élargissant à d'autres dimensions que la population résidente : il serait ainsi envisageable de tenir compte non pas seulement de la résidence mais aussi des usages et habitudes de la population (lieux de passage usuels, lieux de consommation, lieux d'implantation des autres services en santé, etc.). Une concertation pilotée par la DGOS et réunissant le collège des représentants des usagers de la conférence nationale de santé et les représentants de la profession pourrait initier la réflexion sur l'élargissement de la notion d'optimalité dans la réglementation.
- Supprimer la notion de desserte optimale : pour les communes où il n'y a qu'une seule officine, il serait souhaitable d'autoriser un choix libre d'implantation infracommunale des pharmacies. Dans les communes où il y a plus d'une officine, des expérimentations de cette suppression pourraient être initiées sur différents territoires au cours des cinq prochaines années afin d'évaluer leur impact avant une éventuelle généralisation.

**RECOMMANDATION N°15 : revoir la notion de « desserte optimale » de la population en médicaments, notion encadrant l'implantation infracommunale des officines, soit en la supprimant soit en l'élargissant à d'autres critères que la résidence de la population (lieux de passage usuels, lieux de consommation, lieux d'implantation des autres services en santé, etc.).**

Les deux options présentées ici (élargissement de la notion d'optimalité et suppression du critère) ne sont pas alternatives mais peuvent être conjuguées : ainsi, on peut imaginer la suppression du critère dans toutes les communes où il n'y a qu'une seule officine et l'élargissement de la notion d'optimalité dans toutes les autres. Cette option, qui peut paraître très innovante en France, est en fait assez banale dans certains pays étrangers : ainsi, en Allemagne, l'installation des pharmacies sur les territoires est libre, seules sont contrôlées les conditions d'autorisation d'exploitation d'une pharmacie liées à la personne (en plus de la condition de disposer de locaux et d'équipement appropriés).

### ◆ Le critère d'abandon de population

Toute demande de transfert d'officine est appréciée au regard non seulement de la pertinence du lieu d'arrivée mais aussi de l'impact sur la population du lieu d'origine. Le transfert ne doit en effet pas compromettre l'approvisionnement en médicament de la population de la commune ou du quartier d'origine. Ce critère d'abandon de population n'étant pas défini de façon précise conduit à des situations problématiques : en effet, il empêche certains pharmaciens de quitter une zone en déclin ou générant insuffisamment d'activité. La mission a ainsi identifié plus d'une centaine d'officines dont la zone théorique d'influence couvre une population inférieure à 1000 habitants (près de 330 couvrent une zone théorique d'influence inférieure à 1500 habitants) : parmi ces situations, un certain nombre de cas concerne des officines très isolées dont le départ compliquerait fortement l'approvisionnement en médicaments de la population (du fait d'un grand éloignement à tout autre officine) : l'enjeu pour ces officines est de parvenir à leur maintien (cf. ci-dessus) ; cependant on recense bon nombre de situations où ces officines, qui génèrent de faibles chiffres d'affaires, ne desservent aucune autre commune que la leur du fait de la présence d'autres officines à proximité.

Les ARS devraient avoir la marge de manœuvre d'autoriser le transfert d'une officine dès lors que l'offre pharmaceutique est suffisante sur la base d'une distance moyenne à l'officine la plus proche, que la population desservie par l'officine dans sa zone théorique d'influence passe sous un seuil à déterminer ou que celle-ci démontre que sa clientèle moyenne sur une année est inférieure à un autre seuil également à définir.

**RECOMMANDATION N°16 : préciser les conditions dans lesquelles s'applique le critère d'abandon de population dans les demandes de transfert et regroupement.**

- ◆ La prise en compte des populations des communes avoisinantes dans les zones sous denses

Par ailleurs, il serait plus pertinent dans les territoires sous denses de prendre en compte l'ensemble des populations potentiellement concernées dans le cadre d'un transfert ou d'une création sur une zone donnée (cf. population dans la zone théorique d'influence de la future officine) et non pas seulement celle de la commune d'installation potentielle de la nouvelle officine. Ceci reviendrait à prendre en considération les communes avoisinantes non équipées comme cela a pu être le cas jusqu'au milieu des années 2000<sup>44</sup>. Pour ce faire, l'ARS devrait pouvoir construire sa décision sur le temps d'accès des populations à l'officine la plus proche suivant un raisonnement s'appuyant sur la « zone théorique d'influence » de la commune à équiper (cf. annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires, partie 1.3.2.2). L'ARS pourrait rendre visible dans le projet régional de santé abordé précédemment les communes où une telle installation pourrait être autorisée.

**RECOMMANDATION N°17 : élargir, sur décision de l'ARS et pour des transferts uniquement, le décompte de la population de référence à la zone théorique d'influence de la future officine dans des zones préalablement ciblées par les ARS comme étant en sous densité officinale.**

A titre d'illustration, suivant les contours des zones théoriques d'influence des communes actuellement équipées d'une officine, 137 communes possèdent aujourd'hui une officine<sup>45</sup> (exceptionnellement deux ou trois) alors que l'application des critères populationnels à leur zone théorique d'influence les autoriserait à en avoir une de plus (la commune centre et les communes avoisinantes non équipées pour lesquelles la commune centre est la plus proche commune équipée regroupent plus de 7 000 habitants). Parmi celles-ci, 58 concernent des communes centres de moins de 2 500 habitants.

Afin de ne pas déstabiliser les officines déjà installées, il faudra s'assurer que le transfert d'une nouvelle officine dans une commune non équipée de moins de 2 500 habitants ne conduit pas à réduire sous les critères populationnels réglementaires la population de la zone théorique d'influence des communes équipées les plus proches.

- ◆ Les arrêtés de distance minimale entre officines

Concernant les arrêtés de distance minimale entre deux officines pris dans certaines régions, la mission considère que ces arrêtés devraient mieux prendre en compte les spécificités urbanistiques de chaque commune. En effet, la mission a relevé des cas où l'application de ce critère de distance minimale conduisait à des situations absurdes contraignant une nouvelle officine, dont l'installation était légalement possible au regard de la croissance de la population de la commune, à s'installer dans des champs ou au milieu d'une zone pavillonnaire dénué de tout local commercial. Sans prôner la suppression de tous ces arrêtés de distance minimale, la mission s'interroge fortement sur leur pertinence et appelle donc un réexamen de l'utilité de ces arrêtés par l'administration.

---

<sup>44</sup> Jusqu'en 2007, le code prévoyait la possibilité, pour les communes de moins de 2 500 habitants, qu'une création soit autorisée, dès lors qu'un arrêté préfectoral définissait une zone de desserte dont l'addition des population communales permettait d'atteindre le seuil de 2 500 habitants (L'article L.5125-11 en vigueur jusqu'au 22 décembre 2007).

<sup>45</sup> Sans surprise, ces officines dégagent des chiffres d'affaires nettement plus élevées que la moyenne (la médiane du chiffre d'affaires par commune est de 2,3 millions d'euros).

## Rapport

### ◆ Les transferts d'officine

Si la notion de desserte optimale n'était pas revue suivant les recommandations faites ci-dessus, il conviendrait de trouver d'autres voies pour faciliter les transferts d'officine. En effet, il est pour le moins regrettable que les règles actuelles compliquent, pour ne pas dire empêchent, les transferts d'officine vers des lieux permettant de mieux répondre aux besoins de la population. Il existe un principe d'antériorité selon lequel le premier pharmacien ayant déposé à l'ARS une demande de transfert sur une commune est prioritaire pour initier une installation sur cette commune. La mission a cependant recensé des cas où, du point de vue de l'ARS, le choix de localisation du premier demandeur n'était pas nécessairement le meilleur. Il serait dès lors souhaitable que, dans les cas où l'ARS l'estimerait justifié (ex. commune pouvant légalement recevoir le transfert d'une nouvelle officine, création d'une maison de santé sur une commune), elles soient en mesure de lancer un appel à projet visant à l'installation d'une officine à proximité d'un lieu déterminé, et ce sans créer plus d'officines qu'il n'en existe déjà sur la commune ou plus d'officines que ce que permettent les critères réglementaires de nombre d'officines suivant la taille de la population.

#### **RECOMMANDATION N°18 : assouplir les règles de transfert d'officine en développant une logique d'appel à projet des ARS.**

Cette mesure présenterait de plus l'intérêt de rendre visible sur les sites Internet des ARS, via l'appel à projet, les possibilités de transfert, ce qui n'est pas aujourd'hui le cas.

### ◆ L'interdiction de toute opération pendant 5 ans après une première opération

L'interdiction de réaliser toute opération pendant 5 ans à partir de la dernière opération réalisée peut apparaître dissuasive, surtout pour des pharmaciens proches de l'âge de la retraite. Le seul élément avancé pouvant justifier cette interdiction tient à ce que certains acteurs dénomment un « risque de spéculation ». La mission considère que cela n'est pas un risque mais doit au contraire être recherché dans un contexte où il y a une volonté de restructurer le réseau. Or cette interdiction est un frein à certaines opérations de rapprochement par crainte de ne pouvoir effectuer d'éventuelles opérations ultérieures.

#### **RECOMMANDATION N°19 : Supprimer l'interdiction d'opération pendant 5 ans à la suite d'une première opération.**

### **2.2.3.2. Une sécurisation juridique est également indispensable**

Sur le plan juridique, une réflexion sur les processus des recours est également à engager et une évolution apparaît souhaitable afin d'une part de développer les voies de conciliation et d'autre part de limiter les préjudices sociaux et financiers consécutifs aux décisions juridiques.

Aussi, une première mesure pourrait être d'imposer une conciliation préalable entre le requérant et le titulaire d'officine mis en cause pour une opération donnée. Cette conciliation préalable, réalisée sous l'égide de l'Ordre des pharmaciens, devrait permettre de limiter les recours au juge lorsqu'il y a un risque de contentieux.

Ensuite, si le juge donne raison au(x) requérant(s), alors l'exécution de la décision du juge devrait pouvoir être suspendue en cas de recours sur cette décision lorsque celle-ci présente une menace pour l'emploi. Cette approche nécessite une modification législative mais semble indispensable pour limiter les risques sociaux liés à une décision du juge administratif qui serait remise en cause par la juridiction d'appel.

## Rapport

Ainsi, l'assouplissement du critère de desserte optimale de la population résidente, associé à l'obligation d'une conciliation préalable au recours contentieux et à une suspension des décisions du juge administratif en cas d'appel devraient permettre d'une part de réduire les recours, de sécuriser les décisions des ARS et de réduire les risques sur l'emploi en cas de retrait de licence décidé dans la juridiction de premier niveau. Ces éléments de sécurisation juridique des opérations apparaissent indispensables à la restructuration du réseau.

**RECOMMANDATION N°20 : rendre obligatoire la conciliation amiable préalable au recours contentieux et sécuriser l'emploi en permettant d'exercer un recours suspensif de la décision du juge en cas de retrait de licence.**

À Paris, le 3 octobre 2016

Les membres de la mission,

L'inspecteur général des finances



Olivier Le Gall

L'inspecteur des affaires sociales



Bruno VINCENT

L'inspectrice des finances



Marie MAGNIEN

L'inspecteur des affaires sociales



Vincent JAOUEN

Assistés d'Hélène CHARTIER,  
stagiaire à l'IGAS

# **ANNEXES**



# LISTE DES ANNEXES

**ANNEXE I : LETTRE DE MISSION**

**ANNEXE II : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**

**ANNEXE III : LISTE DES RECOMMANDATIONS**

**ANNEXE IV : LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES OFFICINES DE PHARMACIE ET SON LIEN AVEC LE MAILLAGE OFFICINAL**

**ANNEXE V : L'ACCÉSSIBILITE DU MEDICAMENT DANS LES TERRITOIRES**

**ANNEXE VI : DÉMOGRAPHIE ET ASPIRATIONS DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN D'OFFICINE**

**Pièce jointe 1 : Résultats du questionnaire adressé aux étudiants en pharmacie**

**Pièce jointe 2 : Résultats du questionnaire adressé aux titulaires d'officine**

**ANNEXE VII : LES OPÉRATIONS SUR LES LICENCES D'OFFICINE**

**ANNEXE VIII : LA DÉLIVRANCE DE MEDICAMENTS EN DEHORS DES OFFICINES**

**ANNEXE IX : LA RÉGULATION DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN PAR LES POUVOIRS PUBLICS**

**ANNEXE X : L'IMPLANTATION DES MÉDECINS DANS LES TERRITOIRES**

**ANNEXE XI : CONTRIBUTION DES CONSEILLERS AUX AFFAIRES SOCIALES EN ALLEMAGNE, ROYAUME-UNI ET ESPAGNE**



**Annexe I**  
**Lettre de mission**





*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

LE MINISTRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS  
LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES  
LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU BUDGET

Paris, le **22 JAN. 2016**

à

Madame la Cheffe du service de l'Inspection  
générale des finances

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des  
affaires sociales

Objet : Régulation du réseau officinal

La répartition des officines sur le territoire national représente un enjeu important pour notre système de santé : un maillage territorial suffisamment dense garantit un accès équitable aux produits de santé ; pourtant lorsque localement le nombre d'officines est trop élevé, cette répartition devient source d'inefficience et génère un surcoût pour le système.

Plusieurs travaux ont conclu à une densité trop importante de pharmacies dans les grands centres urbains sans que cette situation ne semble s'améliorer.

Dans les zones faiblement peuplées ou dans les communes qui ont perdu leur prescripteur, plusieurs pharmacies connaissent des difficultés économiques du fait de leur faible volume d'activité. A cela s'ajoute parfois l'impossibilité pour un titulaire proche de la retraite de trouver un repreneur.

La disparition totale de certaines officines pourrait rendre les produits de santé difficilement accessibles pour les populations des territoires concernés. En 2014, les agences régionales de santé ont procédé à un état des lieux des zones fragiles. Ce diagnostic, partagé avec les représentants de la profession, faisait apparaître que 6% de la population vivaient dans une zone fragile ou en risque de fragilisation en termes d'accès aux médicaments.

.../...

Si les dispositions du code de la santé publique régissant l'installation des officines sur le territoire a permis d'une manière générale d'assurer un bon maillage des pharmacies d'officine, elle peut également se révéler source de rigidité et freiner la mobilité d'officines vers des territoires où les besoins sont pourtant identifiés. C'est pourquoi j'ai souhaité que, dans le cadre d'une ordonnance de simplification prévue par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), les obstacles juridiques au rééquilibrage du réseau officinal sur le territoire, notamment les freins au regroupement et l'installation en zone fragile, fassent l'objet d'un réexamen et puissent être levés.

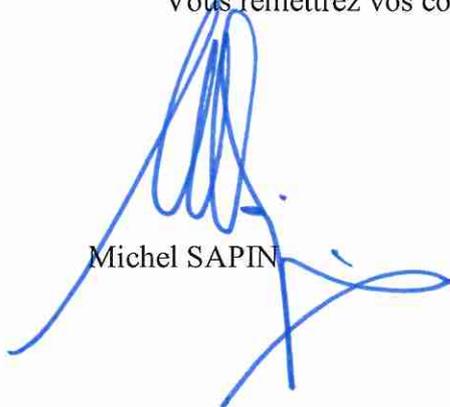
Pour autant, la simplification des règles administratives visant à favoriser un meilleur maillage officinal doit s'intégrer au sein d'une réflexion plus complète des difficultés rencontrées par les officines, qui contraignent l'exercice en zone rurale ou déficitaire et freinent les projets de regroupements.

Nous souhaitons qu'une mission objective ces difficultés, recense les mesures actuellement en place pour y répondre et évalue leur efficacité. Sans s'y limiter, la mission identifiera les freins éventuels, notamment de nature fiscale, au regroupement d'officines et au transfert de licence. Elle examinera les conditions dans lesquelles des aides peuvent être apportées aux officines en difficulté dans les zones menacées de désertification médicale et/ou officinale, dans le respect des règles communautaires en matière d'aides publiques. D'une manière générale, la mission formulera également toute proposition pour rendre la gestion du maillage officinal plus dynamique, en vue de garantir l'accès de tous aux produits de santé tout en visant l'efficacité de la dépense publique compte tenu des contraintes qui pèsent à la fois sur le budget de l'Etat et sur l'ONDAM. La mission complètera le corpus de mesures de simplification envisagées dans le cadre de l'ordonnance prévue par la LMSS.

Enfin, la mission s'attachera à proposer un nombre restreint d'indicateurs qui pourront être suivis régulièrement pour évaluer l'efficacité des mesures visant à transformer le réseau officinal.

Pour conduire ces travaux vous pourrez vous appuyer sur les services du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ainsi que ceux du ministère des finances et des comptes publics.

Vous remettrez vos conclusions et recommandations avant la fin du mois d'avril 2016.



Michel SAPIN



Marisol TOURAINE



Christian ECKERT

## **Annexe II**

### **Liste des personnes rencontrées**



<b>1. CABINETS.....</b>	<b>1</b>
1.1. Cabinet de la Ministre de la santé, des affaires sociales et du droit de femmes.....	1
1.2. Cabinet du Ministre des finances et des comptes publics .....	1
<b>2. MINISTERE DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DU DROIT DES FEMMES .....</b>	<b>1</b>
2.1. Secrétariat général.....	1
2.2. Direction de la sécurité sociale (DSS).....	1
2.3. Direction générale de l'offre de soins (DGOS).....	1
2.4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).....	1
<b>3. MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS .....</b>	<b>2</b>
3.1. Direction générale des finances publiques (DGFIP).....	2
<b>4. MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS ET MINISTERE DE L'ECONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DU NUMERIQUE .....</b>	<b>2</b>
4.1. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) .....	2
<b>5. COMMISSARIAT GENERAL A L'EGALITE DES TERRITOIRES.....</b>	<b>2</b>
<b>6. AUTORITE DE LA CONCURRENCE.....</b>	<b>2</b>
<b>7. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS).....</b>	<b>2</b>
<b>8. CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PHARMACIENS (CAVP).....</b>	<b>2</b>
<b>9. FEDERATION DES CENTRE DE GESTION AGREES.....</b>	<b>3</b>
<b>10. INTERFIMO .....</b>	<b>3</b>
<b>11. REPRESENTANTS NATIONAUX DES PHARMACIENS .....</b>	<b>3</b>
11.1.. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.....	3
11.2.. Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF).....	3
11.3.. Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) .....	3
11.4.. Union nationale des pharmacies de France (UNPF).....	3
11.5.. Association des pharmacies rurales (APF).....	3
11.6.. Association nationale des étudiants en pharmacie de France (ANEPF) .....	4
<b>12. CONFERENCE DES DOYENS EN PHARMACIE .....</b>	<b>4</b>
<b>13. FEDERGY .....</b>	<b>4</b>
<b>14. CNGPO .....</b>	<b>4</b>
<b>15. ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (APF).....</b>	<b>4</b>
<b>16. PERSONNES QUALIFIEES .....</b>	<b>4</b>
<b>17. EN REGION ILE-DE-FRANCE.....</b>	<b>5</b>

17.1.. Agence régionale de santé d'Ile-de-France.....	5
17.2.. Professionnels d'Ile-de-France.....	5
17.3.. Autres.....	5
<b>18. EN REGION AUVERGNE-RHONE ALPES .....</b>	<b>5</b>
18.1.. A Lyon .....	5
18.1.1. Agence régionale de santé.....	5
18.1.2. Professionnels.....	6
18.1.3. Etudiants en faculté de pharmacie.....	6
18.1.4. Autres.....	6
18.2.. A Clermont-Ferrand.....	6
18.2.1. Agence régionale de santé.....	6
18.2.2. Professionnels.....	7
18.2.3. Etudiants en faculté de pharmacie.....	7
18.2.4. Autres.....	7

## **1. Cabinets**

### **1.1. Cabinet de la Ministre de la santé, des affaires sociales et du droit de femmes**

- ◆ Yann-Gaël AMGHAR, directeur adjoint

### **1.2. Cabinet du Ministre des finances et des comptes publics**

- ◆ Sophie MARTINON, conseillère en charge des comptes sociaux

## **2. Ministère de la santé, des affaires sociales et du droit des femmes**

### **2.1. Secrétariat général**

- ◆ Hélène JUNQUA, chargée de mission
- ◆ Marie-Claude HITTINGER, chargée de mission offre de soins

### **2.2. Direction de la sécurité sociale (DSS)**

- ◆ Edouard HATTON, chef du bureau des produits de santé DSS
- ◆ Sophie CASANOVA, pharmacien(ne) au bureau des produits de santé
- ◆ Caroline BOIS, attachée d'administration au bureau des produits de santé
- ◆ Thomas WANECQ, sous directeur du financement du système de soins

### **2.3. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

- ◆ Christine BRONNEC, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins
- ◆ Samuel PRAT, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins
- ◆ Elise RIVA, adjointe au sein du bureau premier recours (R2)

### **2.4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)**

- ◆ Muriel BARLET, adjointe de la sous-directrice en charge de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- ◆ Céline PILORGE, chargée d'études sur le médicament bureau des dépenses de santé
- ◆ Noémie VERGIER, chargée d'études de l'accès aux soins
- ◆ Hélène CHAPUT, adjointe à la cheffe du bureau des professions de santé

### **3. Ministère des finances et des comptes publics**

#### **3.1. Direction générale des finances publiques (DGFIP)**

- ◆ Brice LEPETIT, chef du bureau des études statistiques en matière fiscale
- ◆ Jérôme MOUSSERIN, inspecteur principal des finances publiques, chef de la section fiscalité professionnelle, bureau GF-3C

### **4. Ministère des finances et des comptes publics et Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Numérique**

#### **4.1. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)**

- ◆ Sabine BESSIERE, cheffe de la division commerce de la direction des statistiques d'entreprises
- ◆ Corentin TREVIEN, chef d'unité au sein de la division commerce de la direction des statistiques d'entreprises

### **5. Commissariat général à l'égalité des territoires**

- ◆ Gilles TOUTIN, chargé de mission au bureau de l'observation des territoires
- ◆ Brigitte BACAINI, sous directrice de l'observation et de l'analyse statistique

### **6. Autorité de la concurrence**

- ◆ Virginie BEAUMEUNIER, rapporteur générale du service d'instruction de l'Autorité de la concurrence
- ◆ Eric CUZIAT, rapport général adjoint du service concurrence 5 (anti-trust, santé)
- ◆ Caroline TEYSSIE, rapporteur permanent des services d'instruction de l'Autorité de la concurrence
- ◆ Laure DOSOGNE, rapporteur permanent des services d'instruction de l'Autorité de la concurrence

### **7. Caisse Nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**

- ◆ Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et l'organisation des soins (DDGOS)
- ◆ Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL, département des produits de santé
- ◆ Sandrine ANJOUX-DE-MAROS, chargé d'étude au sein des produits de santé référente des pharmaciens

### **8. Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP)**

- ◆ Marc LEGAUX, directeur général

## **Annexe II**

- ◆ Philippe BERTHELOT, vice-président du Conseil d'administration
- ◆ Sylvain TOURAL, responsable informatique

### **9. Fédération des Centre de Gestion Agréés**

- ◆ Yves MARMONT, président de la fédération

### **10. Interfimo**

- ◆ Luc FIALLETOUT, directeur général

### **11. Représentants nationaux des pharmaciens**

#### **11.1. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens**

- ◆ Isabelle ADENOT, présidente du conseil national de l'Ordre de pharmaciens
- ◆ Alain DELGUTTE, président du conseil central des pharmacies titulaires d'officine
- ◆ Brigitte BERTEHELOT-LEBLANC, présidente du conseil central des pharmaciens des départements et autres collectivités d'Outre-mer
- ◆ Jean-Charles ROCHARD, secrétaire général

#### **11.2. Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)**

- ◆ Philippe GAERTNER, président
- ◆ Jocelyne WITTEVRONGEL, vice-présidente
- ◆ Philippe BESSET, vice-président, fonction économiques
- ◆ Mathilde GUEST, juriste
- ◆ Daisy ROULIN, juriste

#### **11.3. Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)**

- ◆ Gilles BONNEFOND, président
- ◆ Bénédicte BERTHOLOM, responsable des affaires réglementaires

#### **11.4. Union nationale des pharmacies de France (UNPF)**

- ◆ Jean-Luc FOURNIVAL, président
- ◆ Eric MYON, secrétaire général

#### **11.5. Association des pharmacies rurales (APF)**

- ◆ Albin DUMAS, président
- ◆ Hervé BRETEAU, vice-président

### **11.6. Association nationale des étudiants en pharmacie de France (ANEPF)**

- ◆ Nassim MEKEDDEM, président

### **12. Conférence des Doyens en pharmacie**

- ◆ Marie-Christine WORNOFF-LEMSI, présidente, Doyen de la faculté de pharmacie de l'université de Besançon
- ◆ Bernard MULLER, vice-président, Doyen de la faculté de pharmacie de Bordeaux

### **13. FEDERGY**

- ◆ Christian GRENIER, président
- ◆ Laurence BOUTON, vice présidente
- ◆ Christian-Eric MAUFFRE, trésorier

### **14. CNGPO**

- ◆ Pascal LOUIS, président

### **15. Association des paralysés de France (APF)**

- ◆ Kareen DARNAUD, vice présidente de l'APF
- ◆ Aude BOURDEN, conseillère nationale
- ◆ Alain ROCHON, président

### **16. Personnes qualifiées**

- ◆ Muriel DAHAN, inspectrice générale des affaires sociales, pharmacienne
- ◆ Alain LOPEZ, inspecteur général des affaires sociales
- ◆ Pierre-Louis BRAS, inspecteur général des affaires sociales
- ◆ Michel RIOLI, juriste, conseiller en économie, stratégie et développement des entreprises, président du consortium industriel telemédinove
- ◆ Grégory REYES, maître de conférences en sciences de gestion, spécialiste des officines, Université de Poitiers
- ◆ Francis MEGERLIN, PhD, MCU droit et économie de la santé, Université Paris Descartes, Paris
- ◆ Gérard DERIOT, sénateur, président du Conseil départemental de l'Allier, ancien pharmacien

## 17. En région Ile-de-France

### 17.1. Agence régionale de santé d'Ile-de-France

- ◆ Franck ODOUL, pharmacien inspecteur de santé publique, adjoint responsable département qualité, Direction santé publique, pôle veille et sécurité sanitaire
- ◆ Aquilino FRANSCESCO, adjoint au directeur du pôle ambulatoire
- ◆ Nadine WEISSLEIB, directrice du pôle veille et sécurité sanitaire, direction santé publique
- ◆ Julien GALLI, responsable du département régulation de l'offre ambulatoire
- ◆ Vanessa OUADI, chargée de mission, département de l'offre ambulatoire

### 17.2. Professionnels d'Ile-de-France

- ◆ Martial FRAYSSE, président du conseil régional de l'ordre des pharmaciens d'Île-de-France
- ◆ Nicolas RAJAONARISON, chef de service du CROP
- ◆ Renaud NADJAH, Président de l'URPS Pharmaciens IDF
- ◆ Patrick ZEITOUN, secrétaire général de l'URPS Pharmaciens IDF
- ◆ Sylvie GUIBOURDENCHE, titulaire d'officine à Meaux
- ◆ Jessica WEIZMAN, titulaire d'officine au Centre commercial Aéroville
- ◆ Florence BELLETESTE, titulaire d'officine à Goussainville

### 17.3. Autres

- ◆ Marc PALLARDY, Doyen de la faculté de pharmacie de l'université Paris Sud
- ◆ Jean-Michel SCHERMANN, Doyen de la faculté de pharmacie de l'université Paris Descartes
- ◆ Robert ARSIGNY, président de l'association Libre choix des usagers (défense des pharmacies libérales dans les centres commerciaux)

## 18. En région Auvergne-Rhône Alpes

### 18.1. A Lyon

#### 18.1.1. Agence régionale de santé

- ◆ Christian DEBATISSE, coordonnateur du service pharmacie
- ◆ Angélique GRANGE, responsable du service premier recours
- ◆ Corinne RIEFFEL, directrice déléguée du premier recours et du service pharmacie
- ◆ Céline VIGNE, directrice de la direction de l'offre de soins
- ◆ Xavier VITRY, Chef du projet de portail géographique Atlasanté

## Annexe II

### 18.1.2. Professionnels

- ◆ M. ABAHOUNI, Pharmacien titulaire à Vaulx-en-Velin, oncologue
- ◆ Vincent DUMESNIL, pharmacien titulaire à Pont de Chérury, trésorier de la FSPF de l'Isère
- ◆ Virginie DUTILLEUL, Pharmacienne Titulaire à Lyon 08
- ◆ Alexandra FACCIOLI, Présidente de l'association des maitres de stage pour le Rhône
- ◆ Philippe GILLES, Pharmacien titulaire à Joyeuse (07)
- ◆ Mme GOETZ-COUETTE, Pharmacien titulaire à Lalouvesc (07)
- ◆ Catherine LABBE, Pharmacienne Titulaire à Lyon 08
- ◆ Bernard MONTREUIL, Président régional Rhône-Alpes de la FSPF
- ◆ Véronique NOURI, Président de la FSPF du Rhône
- ◆ Joël PEYTAVIN, membre de l'URPS pharmaciens
- ◆ Olivier ROSAIRE, Président de l'URPS Pharmaciens ARA
- ◆ Hugues VIDELIER, Président du Conseil régional de l'ordre des pharmaciens de Rhône-Alpes
- ◆ Mme VIGNES, Pharmacien titulaire à Rémuzat (26)

### 18.1.3. Etudiants en faculté de pharmacie

- ◆ Jérémie BOUVIN, étudiant en 5<sup>ème</sup> année filière officine
- ◆ Lea BALBERINI, étudiant en 3<sup>ème</sup> année,
- ◆ Ibrahim EL ASKAR, étudiant en 3<sup>ème</sup> année, président de l'association des étudiants de la faculté de pharmacie
- ◆ Mathilde GAGNEVIN, étudiant en 3<sup>ème</sup> année
- ◆ Maxime PERIMONY, étudiant en 4<sup>ème</sup> année filière officine
- ◆ Guillaume THEVISTE, étudiant en 2<sup>ème</sup> année

### 18.1.4. Autres

- ◆ Serge PELEGRIN, Vice Président CISS RA
- ◆ Michel SEVE, Doyen de la Faculté de Pharmacie de Grenoble
- ◆ Jean-Claude SOUBRA, CODERPA Drôme et président de la commission prévention de la CRSA
- ◆ Christine VINCIGUERRA, Doyenne de la Faculté de Pharmacie de Lyon
- ◆ Marie-Christine MOREAU, ancienne présidente de l'association des maîtres de stage pour le Rhône

## 18.2. A Clermont-Ferrand

### 18.2.1. Agence régionale de santé

- ◆ Dominique ATHANASE, en charge de la coordination de l'offre de soins de premiers recours, antérieurement responsable de l'offre ambulatoire de l'ARS Auvergne
- ◆ Maxime BELTIER, pharmacien inspecteur, direction de la santé publique

## Annexe II

- ◆ Aurélie CARDOSO, chargée d'étude statistique
- ◆ Françoise CONEDERA, attachée, direction de la santé publique
- ◆ Dominique LALLE, pharmacienne inspectrice, direction de la santé publique
- ◆ Joël MAY, directeur général adjoint
- ◆ Marie-Laure RONGERE, responsable du service étude et prospective, direction stratégie et parcours

### 18.2.2. Professionnels

- ◆ Pascal COLOMBIER, pharmacien titulaire à Vichy
- ◆ Nadia DARAS, Pharmacien titulaire à Dompierre sur Besbre (03)
- ◆ Jean-Marc GAGNAIRE, Président du Conseil régional de l'ordre des pharmaciens
- ◆ Philippe GAUTHIER, Président du syndicat des pharmaciens du Puy-de-Dôme
- ◆ Thomas GUERREAU, pharmacien adjoint, Conseiller Section D Ordre National des Pharmaciens
- ◆ Léandro MALLET, Pharmacien titulaire à Vergongheon (43)
- ◆ Monique PALLON, Pharmacien titulaire à Menat (63)
- ◆ Marie-Hélène PAPON, Présidente de l'Association des maîtres de stage en pharmacie
- ◆ Antoine POUILLAUDE, Pharmacien titulaire à Gannat (03)
- ◆ Xavier SOUILLAT, Pharmacien titulaire à Riom (63)
- ◆ Guy VAGANAY, Vice-Président de l'URPS Pharmaciens Auvergne-Rhône Alpes
- ◆ Cédric VALENDUC, pharmacien adjoint, Conseiller Section D Ordre National des Pharmaciens

### 18.2.3. Etudiants en faculté de pharmacie

- ◆ Sara GARNIER, étudiant en 4<sup>ème</sup> année filière officine
- ◆ Guillaume ICHER, Vice-Président de l'Association Nationale des étudiants en pharmacie de France, étudiant en 3<sup>ème</sup> année
- ◆ Etienne MALESHERBE, étudiant en 3<sup>ème</sup> année
- ◆ Simon PRIOU, étudiant en 4<sup>ème</sup> année filière industrie
- ◆ Stéphanie TARRIS, étudiant en 3<sup>ème</sup> année

### 18.2.4. Autres

- ◆ Didier FAURIE, Transactionnaire chez PHARMACESSIONS
- ◆ Virginia ROUGIER, Présidente du Comité départemental des retraités et personnes âgées du Cantal
- ◆ Brigitte VENNAT, Doyenne de la Faculté de Pharmacie de Clermont-Ferrand



**Annexe III**  
**Liste de recommandations**



### Annexe III

N°	Recommandation	Administration(s) compétente(s)
1	Obtenir une définition subjective de la notion d'accessibilité	DREES/CNAMTS
2	Etudier les pratiques des patients quant à leur lieu d'achat de médicaments au regard de leur lieu de résidence et du lieu de la prescription	DREES/CNAMTS
3	Décliner les priorités des projets régionaux de santé (accès aux soins, prévention, conseil à l'usager,...) par des mesures relatives à l'offre officinale.	ARS
4	Généraliser l'utilisation par les agences régionales de santé (ARS) d'un distancier-temps à l'officine la plus proche comme indicateur de suivi du maillage officinal	DREES/DGOS/ARS
5	Expérimenter sur un ou plusieurs territoires ruraux l'utilisation d'un distancier-temps entre officines pour déterminer l'implantation des officines.	ARS
6	Autoriser les ARS à lancer des appels à projets en faveur du développement de modes d'intervention spécifiques (succursales, pharmabus, dispensation à domicile,...) dans des territoires considérés comme en sous densité officinale	DGOS/ARS
7	Expérimenter dans les territoires en sous densité officinale la mise en place d'un pharmacien référent du patient permettant de faciliter la relation entre médecin-pharmacien-patient tout en limitant les déplacements des populations résidant dans des communes isolées.	DGOS/CNAMTS/ARS
8	Prendre autant que possible en compte les lieux d'implantation des officines dans la détermination des sites optimaux d'installation des maisons et centres de santé lorsque l'offre médicale est difficile d'accès sur un territoire.	ARS
9	Tester, via des expérimentations locales dans des zones prédéterminées par les ARS, une diversification des missions des pharmaciens dans les officines isolées ou présentes sur des territoires où l'offre médicale devient difficile d'accès.	DGOS/CNAMTS/ARS
10	Expérimenter la mise en place, au titre du maintien d'un service public, d'aides spécifiques pour les pharmaciens (ou pharmacies) exerçant dans des territoires considérés comme prioritaires par les ARS	DGOS/CNAMTS/ARS
11	Proroger de un à cinq ans la durée de vie de la licence d'une officine considérée par l'ARS comme prioritaire mais qui aurait fermé	DGOS/ARS
12	Encourager les rachats-fermetures entre officines via une suppression temporaire des droits de mutation dans les zones considérées comme sur-denses suivant des critères définis au niveau national.	DGFIP/DLF/DGOS/ARS
13	Autoriser la conservation de plusieurs locaux non contigus dans le cadre d'un regroupement dans les zones définies comme sur-denses suivant des critères définis nationalement.	DGOS/ARS

### Annexe III

<b>14</b>	Autoriser, de façon provisoire, l'amortissement sur 5 ans des frais de travaux induits par les regroupements d'officines dans les lieux déterminés comme surdensés par l'ARS ou conduisant à installer une officine sur un territoire prioritaire d'après l'ARS (ex. quartier de la politique de la ville).	DGFIP/DLF/DGOS/ARS
<b>15</b>	Revoir la notion de « desserte optimale » de la population en médicaments, notion encadrant l'implantation infracommunale des officines, soit en la supprimant soit en l'élargissant à d'autres critères que la résidence de la population (lieux de passage usuels, lieux de consommation, lieux d'implantation des autres services en santé, etc.).	DGOS/ARS
<b>16</b>	Préciser les conditions dans lesquelles s'applique le critère d'abandon de population dans les demandes de transfert et regroupement.	DGOS
<b>17</b>	Elargir, sur décision de l'ARS et pour des transferts uniquement, le décompte de la population de référence à la zone théorique d'influence de la future officine dans des zones préalablement ciblées par les ARS comme étant en sous densité officinale.	DGOS/ARS
<b>18</b>	Assouplir les règles de transfert d'officine en développant une logique d'appel à projet des ARS.	DGOS/ARS
<b>19</b>	Supprimer l'interdiction d'opération pendant 5 ans à la suite d'une première opération..	DGOS
<b>20</b>	Rendre obligatoire la conciliation amiable préalable au recours contentieux et sécuriser l'emploi en permettant d'exercer un recours suspensif de la décision du juge en cas de retrait de licence.	DGOS

## **ANNEXE IV**

### **La situation économique et financière des officines de pharmacie et son lien avec le maillage officinal**



## SOMMAIRE

<b>1. LA MISSION A CONDUIT SES ANALYSES SUR UNE BASE DE DONNEES EXTRAITE DES LIASSES FISCALES ET REPRESENTATIVE DE L'ENSEMBLE DES OFFICINES.....</b>	<b>- 1 -</b>
1.1. L'échantillon d'analyse est extrait des liasses fiscales appariées au fichier annuel de déclaration de taxe sur la valeur ajoutée portant sur les exercices 2010 à 2014.....	- 1 -
1.2. La mission a effectué ses analyses sur une sélection d'officines, qui représente en moyenne sur les cinq années considérées, 94 % des officines présentes sur le territoire .....	- 3 -
1.3. Les officines de l'échantillon 2014, sur lequel porte l'essentiel des analyses, sont représentatives de l'ensemble des officines de pharmacie .....	- 4 -
1.3.1. <i>Les 20 905 établissements de l'échantillon sont répartis sur l'ensemble des départements de France métropolitaine.....</i>	<i>- 4 -</i>
1.3.2. <i>En moyenne, on dénombre 1,6 titulaire par officine dans l'échantillon .....</i>	<i>- 6 -</i>
1.3.3. <i>L'exercice en association est devenu majoritaire dans l'échantillon étudié sur la période 2010-2014, ce qui complique les analyses du revenu des titulaires d'officine.....</i>	<i>- 7 -</i>
1.3.4. <i>Plus de la moitié des officines de l'échantillon sont assujetties à l'impôt sur le revenu, y compris dans les pôles urbains de grande taille.....</i>	<i>- 13 -</i>
<b>2. L'ACTIVITE DES OFFICINES, QUI REPOSE PROGRESSIVEMENT DE MOINS EN MOINS SUR LA VENTE DE MEDICAMENTS REMBOURSES, A NETTEMENT RALENTI SUR LES DERNIERES ANNEES .....</b>	<b>- 14 -</b>
2.1. La progression du chiffre d'affaires des pharmacies s'est fortement infléchi sur la période 2010-2014, en particulier pour les petites pharmacies ainsi que celles implantées dans des communes isolées ou en périphérie des grands pôles urbains.....	- 14 -
2.1.1. <i>En moyenne, le chiffre d'affaires total d'une pharmacie atteint 1,7 M€ en 2014 et croît modérément depuis 2010 .....</i>	<i>- 14 -</i>
2.1.2. <i>Le ralentissement de l'activité des pharmacies est à mettre directement en regard de la baisse du prix du médicament remboursé .....</i>	<i>- 15 -</i>
2.1.3. <i>La dispersion du chiffre d'affaires a augmenté entre 2010 et 2014.....</i>	<i>- 16 -</i>
2.1.4. <i>Le chiffre d'affaires des officines est plus faible et tend à diminuer dans les communes isolées ou multipolarisées.....</i>	<i>- 18 -</i>
2.2. Le chiffre d'affaires des pharmacies reste dominé par la vente de médicaments remboursables, quel que soit le type de commune d'implantation .....	- 19 -
2.2.1. <i>La vente de marchandises constitue la composante essentielle du chiffre d'affaires des officines, même si la part des services progresse.....</i>	<i>- 19 -</i>
2.2.2. <i>Si le médicament remboursable recule dans le chiffre d'affaires, il représente toujours en 2014 près de trois quarts de l'activité.....</i>	<i>- 22 -</i>
2.2.3. <i>Le médicament remboursable occupe une place prépondérante dans le chiffre d'affaires, quelle que soit la commune d'implantation des pharmacies.....</i>	<i>- 23 -</i>

## Annexe IV

- 3. LES CHARGES SUPPORTEES PAR LES OFFICINES, ESSENTIELLEMENT COMPOSEES DE L'ACHAT DE MARCHANDISES ET DE FRAIS DE PERSONNELS, ONT ETE MAITRISEES SUR LES QUATRE DERNIERES ANNEES..... - 25 -**
- 3.1.1. *L'achat de marchandises et matières premières est le principal poste de charges des officines de pharmacie, mais sa part décroît..... - 25 -*
  - 3.1.2. *Les charges sont relativement plus faibles pour les officines soumises à l'impôt sur le revenu, mais leur composition est globalement similaire à celle des pharmacies redevables de l'impôt sur les sociétés..... - 28 -*
  - 3.1.3. *Les charges sont relativement plus élevées et plus dynamiques à Paris, Lyon et Marseille ainsi que dans les petits et moyens pôles urbains..... - 28 -*
- 4. LES PERFORMANCES D'EXPLOITATION DES OFFICINES ONT CONTINUE DE PROGRESSER EN DEPIT DES REFORMES AFFECTANT LA MARGE OFFICINALE..... - 31 -**
- 4.1. *Le taux de marge commerciale des pharmacies a continué à progresser en dépit de la réforme de son calcul..... - 31 -*
    - 4.1.1. *Depuis 1990, les pharmaciens d'officines perçoivent une marge commerciale dite dégressive lissée complétée, depuis 2015, d'un honoraire de dispensation pour la vente de médicaments remboursables..... - 31 -*
    - 4.1.2. *En moyenne en 2014, le taux de marge commerciale des officines avoisine 30 %, niveau comparable à celui observé sur l'ensemble du commerce de détail..... - 33 -*
    - 4.1.3. *Le taux de marge commerciale varie globalement peu en fonction du chiffre d'affaires et de sa composition..... - 33 -*
    - 4.1.4. *Le taux de marge commerciale varie légèrement en fonction de la commune d'implantation de l'officine..... - 34 -*
  - 4.2. *Le taux de marge brute, a progressé continûment entre 2010 et 2014 grâce au développement des contrats de coopération commerciale..... - 35 -*
    - 4.2.1. *En 2014, le taux de marge brute est de 31 % en moyenne..... - 35 -*
    - 4.2.2. *Comme le taux de marge commerciale, il varie peu en fonction du chiffre d'affaires et de sa composition..... - 36 -*
    - 4.2.3. *Comme le taux de marge commerciale, le taux de marge brute est plus faible dans les grands pôles urbains..... - 37 -*
  - 4.3. *L'excédent brut d'exploitation a progressé sur la période mais présente de fortes disparités, tant en fonction de la taille de l'officine que de sa localisation géographique..... - 38 -*
    - 4.3.1. *L'excédent brut d'exploitation des officines équivaut en moyenne à 10 % du chiffre d'affaires, soit un taux nettement supérieur à l'ensemble du secteur de la vente au détail..... - 38 -*
    - 4.3.2. *La dispersion de la performance d'exploitation est relativement importante et 2 % des officines dégagent un EBE négatif ou nul en 2014.... - 39 -*
    - 4.3.3. *Les plus petites officines affichent plus souvent que les autres de faibles performances de gestion..... - 39 -*
    - 4.3.4. *Les officines faiblement performantes, voire en difficulté, se trouvent concentrées dans les grands pôles urbains et particulièrement Paris, Lyon et Marseille..... - 40 -*
  - 4.4. *Si le résultat net des officines assujetties à l'impôt sur le revenu a légèrement reculé en niveau sur la période 2010-2014, celui des officines redevables de l'impôt sur les sociétés connaît une croissance relativement forte..... - 42 -*
    - 4.4.1. *Le résultat net des officines redevables de l'impôt sur le revenu s'établit en moyenne à 145 k€ en 2014 et présente de fortes disparités..... - 43 -*

## Annexe IV

4.4.2.	<i>le résultat net des officines redevables de l'impôt sur les sociétés est par définition plus faible que celui des officines assujetties à l'impôt sur le revenu mais il est en croissance depuis 2010</i>	- 47 -
<b>5.</b>	<b>LA SITUATION FINANCIERE DES OFFICINES APPARAÎT RELATIVEMENT FAVORABLE EN DEPIT DE L'AUGMENTATION SUR LES DERNIERES ANNEES DU NOMBRE DES PROCEDURES COLLECTIVES</b>	<b>- 52 -</b>
5.1.	Le taux de rentabilité financière des fonds propres des officines est supérieur à celui observé sur l'ensemble du secteur du commerce mais présente d'assez fortes disparités selon la taille et l'implantation des officines	- 52 -
5.1.1.	<i>Le taux de rentabilité financière des fonds propres est nettement supérieur pour les officines que pour l'ensemble du secteur du commerce</i>	- 52 -
5.1.2.	<i>Le taux de rentabilité financière croît avec le chiffre d'affaires et varie selon le type de commune d'implantation</i>	- 53 -
5.2.	Les officines présentent en 2014 un taux d'endettement élevé, plus important dans les grands pôles urbains	- 54 -
5.2.1.	<i>Le taux d'endettement des officines de pharmacie est significativement plus élevé que le taux d'endettement du secteur du commerce mais il diminue</i>	- 54 -
5.2.2.	<i>Le taux d'endettement des officines varie selon la taille de l'officine et s'avère plus élevé pour les établissements implantés dans les grands pôles urbains</i>	- 55 -
5.3.	Les charges financières sont relativement importantes dans le revenu des officines, davantage en raison du niveau de l'endettement que du coût de celui-ci, plus faible que dans le reste du secteur du commerce	- 56 -
5.3.1.	<i>Les charges financière pèsent assez fortement dans le revenu des officines même si le coût apparent de l'endettement est moindre que pour les autres entreprises du commerce</i>	- 56 -
5.3.2.	<i>Les charges financières pèsent relativement moins dans le revenu à mesure que la taille de l'officine croît mais sont plus élevées dans les grands pôles urbains</i>	- 57 -
5.4.	Au vu du délai de paiement des fournisseurs, les pharmacies ne subissent pas de tension forte sur leur trésorerie	- 58 -
5.4.1.	<i>En moyenne, les pharmacies présentent un délai de paiement de leurs fournisseurs plus court que l'ensemble du secteur du commerce</i>	- 58 -
5.4.2.	<i>Les délais de paiement sont plus élevés pour les plus grosses officines et dans les plus grandes villes</i>	- 59 -
5.5.	Sans être particulièrement élevé, le nombre d'officines en risque de défaut ou en procédure collective a augmenté sur les dernières années, mais cela semble la conséquence de la correction du marché des fonds de commerce de pharmacie	- 59 -
5.5.1.	<i>La cotation Banque de France des officines de pharmacie s'est dégradée sur la dernière décennie en raison de la progression des notes acceptables ou faibles</i>	- 59 -
5.5.2.	<i>Les procédures collectives restent peu nombreuses mais elles croissent, contrairement à ce qui s'observe sur l'ensemble de l'économie</i>	- 62 -
5.5.3.	<i>Ces phénomènes semblent résulter de la correction du prix de vente des officines dont la progression s'était nettement déconnectée des fondamentaux économiques au milieu des années 2000</i>	- 63 -

<b>6. L'ETUDE DE CAS TYPES D'OFFICINES MET EN EVIDENCE LA ROBUSTESSE DE LA SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DE LA MAJORITE DES OFFICINES MEME S'IL EST POSSIBLE D'IDENTIFIER DES SITUATIONS DE FRAGILITE LOCALISEES .....</b>	<b>- 68 -</b>
6.1. Les officines fragiles économiquement se trouvent pour l'essentiel dans les métropoles françaises .....	- 68 -
6.1.1. <i>La mission a développé une méthode de scoring permettant de classer les officines selon leur degré de fragilité économique et financière.....</i>	<i>- 68 -</i>
6.1.2. <i>Environ 10 % des officines peuvent être considérées comme fragiles économiquement et financièrement mais elles se concentrent dans les grands pôles urbains.....</i>	<i>- 70 -</i>
6.2. Les officines confrontées à la diminution ou la disparition de l'offre médicale sur leur commune ont vu leur situation économique se dégrader sans être fortement déstabilisée .....	- 72 -
6.2.1. <i>Le départ du seul médecin généraliste d'une commune affecte le chiffre d'affaires la marge d'exploitation des pharmacies concerner sans entraîner leur fermeture.....</i>	<i>- 72 -</i>
6.2.2. <i>La diminution de la capacité d'accueil des établissements pour personnes âgées dépendantes sur une commune pénalise l'activité et les performances d'exploitation des pharmacies, mais dans une proportion limitée et sans entraîner la fermeture des officines .....</i>	<i>- 75 -</i>
6.3. Les officines seules sur leur commune présentent une situation économique plus favorable que la moyenne, et peuvent subsister en l'absence de médecin généraliste à proximité immédiate.....	- 77 -
6.3.1. <i>Les officines seules sur leur commune se trouvent dans une situation plus favorable que la moyenne grâce au pouvoir de marché que leur confère leur monopole géographique.....</i>	<i>- 77 -</i>
6.3.2. <i>Les officines seules dans une commune où il n'y a ni médecin généraliste ni établissement accueillant des personnes âgées dépendantes se trouve dans une situation économique moins favorable que la moyenne mais soutenable.....</i>	<i>- 78 -</i>
6.4. L'application de méthodes d'analyse des données permet d'établir que les officines se répartissent en trois catégories définies notamment par l'implantation territoriale.....	- 80 -

## Annexe IV

*Préambule méthodologique : La présente annexe étudie la situation économique et financière des officines en la mettant en regard du maillage officinal. Ces analyses ont été menées à partir principalement des liasses fiscales.*

*La mission n'a en revanche pas été en mesure de mener des analyses sur l'évolution du revenu des pharmaciens, ainsi que le recommandait pourtant la mission de l'Igas de 2011 sur les pharmacies d'officine, en l'absence de mise en œuvre de ses recommandations<sup>1</sup>. Or avec le développement rapide des sociétés d'exercice libéral (SEL) ces dernières années et la diminution concomitante du nombre de sociétés en nom propre, les revenus des pharmaciens sont devenus plus complexes à suivre que par le passé. Cela rend donc d'autant plus nécessaire la mise en œuvre par les administrations des recommandations du rapport de l'Igas en 2011 sur le revenu des pharmaciens.*

### **1. La mission a conduit ses analyses sur une base de données extraite des liasses fiscales et représentative de l'ensemble des officines**

#### **1.1. L'échantillon d'analyse est extrait des liasses fiscales appariées au fichier annuel de déclaration de taxe sur la valeur ajoutée portant sur les exercices 2010 à 2014**

L'analyse de la situation économique et financière des officines a été réalisée à partir des liasses fiscales transmises par la Direction générale des finances publiques (DGFIP), enregistrées dans le fichier national des déclarants professionnels (FNDP) pour les années 2010 à 2014, sous le code activité de la nomenclature d'activité française (NAF) « 4773Z », correspondant au commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spécialisé. Ce secteur d'activité peut néanmoins comporter des établissements qui ne sont pas des officines de pharmacies, tels que des laboratoires fabriquant des produits pharmaceutiques et diététiques, des herboristeries ou de commerce de détail de produits diététiques.

Le fichier comporte au total environ de 22 409 à 22 760 observations par an, selon le millésime<sup>2</sup>. Elles correspondent à une liasse pour un SIRET<sup>3</sup>, déposée par les redevables professionnels dont les revenus – bénéfices industriels et commerciaux (BIC) – sont soumis à un régime réel d'imposition, normal ou simplifié, à l'impôt sur le revenu (IR) ou à l'impôt sur les sociétés (IS), pour l'exercice considéré.

Les données issues du FNDP sont rapprochées du fichier annuel des déclarations de taxe sur la valeur ajoutée (TVA)<sup>4</sup>, afin de décomposer le chiffre d'affaires des établissements selon le type de produit ou service vendu :

- ◆ médicament remboursable ;
- ◆ médicament non remboursable ainsi que certains dispositifs médicaux ;
- ◆ produits parapharmaceutiques, médicaments vétérinaires et autres dispositifs médicaux ;
- ◆ service répondant à un objectif de santé publique.

---

<sup>1</sup> Les trois premières recommandations du rapport de l'Igas de 2011 étaient : 1) Retenir le revenu moyen des titulaires comme critère d'évaluation de la situation économique des officines ; 2) Mobiliser des moyens minimaux pour pouvoir en continu apprécier la situation du secteur et plus particulièrement le revenu moyen des titulaires ; 3) Fixer, en lien avec les représentants des professionnels, une cible pour le revenu moyen des pharmaciens titulaires.

<sup>2</sup> 22 409 en 2010, 22 572 en 2011, 22 760 en 2012, 22 694 en 2013 et 22 627 en 2014.

<sup>3</sup> En cas de dépôts multiples par le redevable, la liasse correspondant à une activité annexe, par exemple location de logement (code 6820A et 6820B), a été supprimée. Pour les autres dépôts multiples, les données restituées sont issues de la liasse dans laquelle figure la durée d'exercice la plus longue.

<sup>4</sup> Déclarations CA3 et CA12 et données de l'annexe 3310A.

## Annexe IV

En effet, le taux de TVA applicable aux produits et services vendus en officines de pharmacie diffère selon leur nature (cf. encadré *infra*).

**Encadré 1 : Taux de TVA applicables aux produits vendus en officine de pharmacie**

Quatre taux de TVA sont applicables aux produits commercialisés dans une officine de pharmacie :

- le taux particulier de 2,1 % est appliqué en France métropolitaine et en Corse<sup>5</sup> aux préparations magistrales, médicaments officinaux, médicaments ou produits pharmaceutiques à usage humain, disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation, remboursables par la sécurité sociale (article 281 octies du Code général des impôts - CGI) ;
- le taux réduit de 5,5 % est appliqué aux préservatifs masculins et féminins, aux produits de protection hygiénique féminine ainsi qu'aux appareillages, équipements et matériels pour handicapés tels que les orthèses et prothèses externes, les fauteuils roulants, les trousseaux de prévention de la contamination par les virus du sida et des hépatites, les appareillages utilisés par les diabétiques, stomisés ou incontinents (article 278-0 bis du CGI) ;
- le taux réduit de 10 % (7 % jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2014) s'applique aux préparations magistrales, médicaments officinaux, médicaments et produits pharmaceutiques à usage humain, disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation, non remboursables par la sécurité sociale, aux dispositifs médicaux comme les béquilles, cannes, et déambulateurs ainsi qu'aux compléments alimentaires ou au lait infantile (article 278 quater du CGI) ;
- le taux normal de 20 % (19,6 % jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2014) s'applique aux produits de parapharmacie (hygiène, beauté), aux dispositifs médicaux tels que les pansements, le matériel de contention ainsi qu'aux locations de matériel tels que les lits médicalisés et aux médicaments vétérinaires ou destinés à être administrés à des animaux.

Les honoraires ou indemnités perçus par les pharmaciens d'officine, qui se rattachent à la livraison ou délivrance de produits et constituent un élément indissociable du prix de vente, sont soumis au taux de TVA applicable au produit (ex : honoraire de dispensation ou honoraire de garde).

En revanche, les prestations de services d'intérêt général tels que les entretiens pharmaceutiques en accompagnement des patients sont exonérées de TVA.

*Source : Bulletin officiel des finances publiques (BOFIP).*

**1.2. La mission a effectué ses analyses sur une sélection d'officines, qui représente en moyenne sur les cinq années considérées, 94 % des officines présentes sur le territoire**

L'étude a été réalisée sur un échantillon plus restreint, comptant environ 20 900 observations par an<sup>6</sup>, afin de ne retenir que les officines de pharmacie, en activité au cours de l'exercice, sur le territoire métropolitain, les départements ultra-marins présentant des spécificités nécessitant un traitement à part.

Pour chaque exercice, l'échantillon est ainsi composé des établissements :

- ◆ de métropole ;
- ◆ qui n'ont pas changé de propriétaire ou de forme juridique au cours de l'exercice (une seule occurrence pour une même adresse) ;
- ◆ ont été en activité au cours de l'exercice 2014 (la durée d'exercice et le chiffre d'affaire sont non nuls) ;
- ◆ dont la décomposition du chiffre d'affaires en fonction du taux de TVA appliqué est connue ;
- ◆ qui sont considérées comme des officines de pharmacie dans la mesure où elles vendent une part positive de leur chiffre d'affaires au taux de TVA de 2,1 %.

<sup>5</sup> Dans les départements d'Outre-mer, il existe deux taux : le taux particulier de 1,05 % et le taux normal de 8,5 %.

<sup>6</sup> et 20 905 observations en 2014.

## Annexe IV

**Tableau 1 : Effet de la sélection des observations retenues pour l'analyse sur l'exercice 2014**

Champ	Nombre d'observations	En %
Ensemble	22 627	100,0
(-) Observations situées en Outre-mer	-583	-2,6
(-) Établissements établis en métropole qui ont changé de propriétaire ou de forme juridique au cours de l'exercice	-566	-2,5
(-) Établissements stables de métropole qui n'a pas eu d'activité au cours de l'exercice	-101	-0,4
(-) Établissements stables de métropole, en activité en 2014, mais dont on ne connaît pas la composition du chiffre d'affaires	-41	-0,2
(-) Établissements stables et actifs de métropole, qui n'ont réalisé aucune vente de médicament	-431	-1,9
<b>Échantillon étudié</b>	<b>20 905</b>	<b>92,4</b>

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Le nombre d'officines retenu dans l'échantillon est de ce fait légèrement différent du nombre d'officines recensé par l'Ordre au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, mais il représente en moyenne 94 % de l'ensemble des pharmacies.

**Tableau 2 : Taille de l'échantillon sélectionné pour les analyses en fonction de l'année**

Indicateur	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre total d'établissement dans les liasses fiscales	22 409	22 572	22 760	22 694	22 627
Taille de l'échantillon étudié	20 620	20 870	21 023	20 940	20 905
Taille de l'échantillon étudié en % du total des observations des liasses fiscales	92	92	92	92	92
Nombre de pharmacies enregistrées auprès de l'Ordre au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année N+1	22 386	22 186	22 080	21 939	21 915
Taille de l'échantillon étudié en % du nombre de pharmacies selon l'ordre	92	94	95	95	95

*Source : DGFIP, CNOP, calculs mission.*

### **1.3. Les officines de l'échantillon 2014, sur lequel porte l'essentiel des analyses, sont représentatives de l'ensemble des officines de pharmacie**

#### **1.3.1. Les 20 905 établissements de l'échantillon sont répartis sur l'ensemble des départements de France métropolitaine**

La répartition des officines de l'échantillon 2014 selon la taille de leur commune d'implantation est assez similaire à celle établie au 1<sup>er</sup> janvier 2015 par l'Ordre national des pharmaciens (ONP) : plus des trois quarts des officines se situent dans des communes de moins de 50 000 habitants. La part des officines installées dans des communes de plus de 200 000 habitants y est toutefois plus faible.

## Annexe IV

**Tableau 3 : Répartition des officines selon la taille de la commune – échantillon étudié et données de l'ONP**

Taille de la commune	Nombre d'officines dans l'échantillon	En %	Nombre d'officines au 31/12/2014 selon l'Ordre (RPPS)	En %
≤ 2000 habitants	3 376	16,2	3 968	18,2
2 000 < habitants ≤ 5 000	3 773	18,1	3 688	16,9
5 000 < habitants ≤ 30 000	6 863	32,8	6 843	31,4
30 000 < habitants ≤ 50 000	2 063	9,9	1 933	8,9
50 000 < habitants ≤ 100 000	2 074	9,9	1 637	7,5
100 000 < habitants ≤ 200 000	1 744	8,3	1 360	6,2
> 200 000 habitants	1 010	4,8	2 343	10,8
Population inconnue	2	0,0	0	0,0
<b>Ensemble</b>	<b>20 905</b>	<b>100</b>	<b>21 772</b>	<b>100</b>

*Source : DGFIP, calculs mission. « Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015 », Ordre national des pharmaciens. Les deux communes pour lesquelles la population est inconnue sont Fort-Mardyck et Saint-Victor-sur-Loire, deux anciennes communes qui ont fusionné respectivement avec Dunkerque et Saint-Etienne.*

Il est possible, à partir des zonages réalisés par l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE), de regrouper les communes en cinq catégories (voir encadré *infra* pour la définition des types de communes retenus).

La majorité des officines de l'échantillon se trouvent dans des grands pôles urbains (62 %), dont 7% à Paris, Lyon et Marseille, et près de 20 % dans des communes de la couronne de ces grands pôles. 10 % des officines se trouvent quant à elles dans des communes multipolarisées ou isolée de l'influence des pôles urbains et une proportion similaire dans des petits et moyens pôles urbains ou des communes de leur couronne.

### Encadré 2 : Typologie des communes d'implantation des officines

A partir des données du recensement de la population, l'Insee réalise un zonage du territoire en deux grands types d'espaces :

- les aires urbaines, ensemble de communes d'un seul tenant sans enclave, constituées d'un pôle urbain et d'une couronne composée de communes rurales ou d'unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente travaille dans le pôle où les communes attirées par celui-ci ;
- les communes multi polarisées ou isolées de l'influence des pôles.

Nous réalisons pour les besoins de notre analyse le regroupement des communes en cinq catégories selon leur position dans ces types d'espaces :

- les pôles urbains de Paris, Lyon et Marseille ;
- les grands pôles, hors Paris, Lyon et Marseille, qui rassemblent plus de 10 000 emplois, tels que, Grenoble, Valence ou Saint-Étienne en région Auvergne-Rhône-Alpes ;
- les communes des couronnes des grands pôles, comme Meaux en Île-de-France ou Beaujeu en Auvergne-Rhône-Alpes ;
- les petits et moyens pôles, qui rassemblent entre 1 500 et 10 000 emplois, par exemple Provins en Île-de-France ou Nyons en Auvergne-Rhône-Alpes et les communes de leurs couronnes ;
- les communes multipolarisées ou isolées, hors influence des pôles, comme Salers dans le Cantal ou Sourdun en Île-de-France.

*Source : INSEE.*

### 1.3.2. En moyenne, on dénombre 1,6 titulaire par officine dans l'échantillon

A partir des seules données fiscales, il est possible d'estimer de manière indirecte le nombre de pharmaciens titulaires dans l'officine<sup>7</sup>. Il s'établit en moyenne à 1,6 titulaire par pharmacie. 66 % d'entre elles ne compte qu'un titulaire, 29 % deux et 5 % plus de trois.

Si la méthode d'estimation retenue conduit à surestimer la part des officines comptant plus de deux titulaires, dans la mesure où des adjoints ayant des participations dans l'officine sont comptés comme des titulaires, le constat selon lequel il s'agit d'une profession encore largement exercée de manière individuelle est cohérent avec les données démographiques exhaustives de l'Ordre.

**Tableau 4 : Répartition des officines selon le nombre de titulaires en 2014 – échantillon étudié et données de l'ONP**

Nombre de titulaires	Nombre d'officines dans l'échantillon	En %	Nombre d'officines au 31/12/2014 selon l'Ordre	En %
1 titulaire	13 093	66,0	16 558	76,1
2 titulaires	5 851	29,5	4 854	22,3
Plus de 3 titulaires	908	4,6	360	1,7
Non déterminé	1 053	5,3	0	0,0
<b>Ensemble</b>	<b>19 852</b>	<b>100,0</b>	<b>21 772</b>	<b>100,0</b>
<i>Moyenne</i>	<i>1,6</i>	-	<i>1,2</i>	-

*Source : DGFIP, calculs mission. « Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015 », Ordre national des pharmaciens.*

Au sein de l'échantillon étudié, une officine compte en moyenne 6 salariés, qu'il s'agisse de pharmaciens adjoints, de préparateurs en pharmacie, de personnel administratif ou bien du titulaire lui-même, s'il est gérant salarié de sa société. Les officines de pharmacie sont de très petites entreprises puisque près de la moitié d'entre elles comptent moins de quatre salariés et 90 % d'entre elles, moins de dix.

La répartition obtenue est proche de celle résultant de l'observatoire des professions libérales de Pôle emploi pour 2014, même si la part des officines employant moins de cinq salariés est plus importante.

**Tableau 5 : Répartition des officines selon le nombre de salariés déclarés en 2014 – échantillon étudié et données Pôle emploi**

Nombre de salariés	En % du nombre d'établissement de l'échantillon	En % du nombre d'établissement d'après Pôle emploi
0 salarié	1,2	0,0
1 à 4 salariés	47,1	40,5
5 à 9 salariés	41,5	48,6
10 à 19 salariés	9,0	9,7
20 à 49 salariés	1,2	1,2
Plus de 50 salariés	0,0	0,0
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

*Source : DGFIP, calculs mission. Observatoire des métiers dans les professions libérales d'après Pôle emploi, calculs Xerfi.*

<sup>7</sup> Si l'officine est exploitée en nom propre, on dénombre un seul titulaire. Si l'officine est exploitée en association, la déclaration fiscale indique le nombre d'associés ou d'actionnaires. Nous faisons alors l'hypothèse qu'il y a autant de titulaires que d'associés ou d'actionnaires personnes physiques, mais négligeons les titulaires qui ne détiendraient des parts dans la société que par l'intermédiaire d'une autre société (il n'y a pas de cas où seule une société est actionnaire). Au total, il est possible d'estimer le nombre de titulaires pour 19 852 officines (95 % de l'échantillon).

### 1.3.3. L'exercice en association est devenu majoritaire dans l'échantillon étudié sur la période 2010-2014, ce qui complique les analyses du revenu des titulaires d'officine

#### 1.3.3.1. Comme le constate l'Ordre des pharmaciens sur l'ensemble des officines, l'exercice en association est devenu majoritaire au sein de l'échantillon étudié

Les officines de pharmacie peuvent être exploitées selon diverses formes juridiques, de manière individuelle ou bien en association.

Au sein de l'échantillon étudié, 31 formes différentes d'exercice sont recensées, toutefois cinq formes juridiques rassemblent plus de 95 % des officines en 2014.

En 2014, l'exercice individuel est minoritaire (46 % des officines de l'échantillon, pour la plupart des entreprises individuelles). 54 % des officines sont exploitées en association, majoritairement sous forme de sociétés d'exercice libérale (SEL) et parmi celles-ci de sociétés à responsabilité limitée (SELARL). Une proportion équivalente d'officines est détenue sous forme d'entreprise individuelle et sous forme de SEL ; 13 % des officines sont exploitées sous forme de SARL unipersonnelle et 14 % sous forme de société en nom collectif (SNC).

Cette répartition est proche de celle résultant des données exhaustives de l'Ordre, même si l'exercice individuel est plus fréquent dans notre échantillon. Cela provient notamment du fait que nous écartons de l'échantillon les officines ayant changé de forme juridique dans l'année, or l'évolution la plus courante est le passage de l'exercice individuel à l'exercice en association.

**Tableau 6 : Répartition des officines selon la forme juridique d'exploitation - échantillon étudié et données démographiques de l'ONP**

Forme juridique d'exploitation	En % de l'échantillon étudié en 2014	En % du nombre total d'officines au 1 <sup>er</sup> janvier 2015
<b>Individuelle</b>	<b>45,7</b>	<b>39,9</b>
Entreprise individuelle	32,3	29,6
SARL unipersonnelle	13,4	10,3
<b>En association</b>	<b>54,3</b>	<b>60,1</b>
SEL	33,6	37,0
<i>Dont SELARL</i>	<i>31,2</i>	NC
SNC	13,7	13,4
autres SARL	5,7	9,1
SPFPL	0,0	0,0
autres sociétés	1,4	NC
Copropriété	0,1	0,6
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : DGFIP, calculs mission. Données de l'ONP, calculs Xerfi. NC : non communiqué.

**Encadré 3 : Les formes juridiques d'exploitation des officines de pharmacie**

- L'exercice en nom propre peut prendre deux formes :
  - l'entreprise individuelle : dans ce cas l'entreprise est confondue avec la personne physique qui la détient. Les modalités de création de l'entreprise sont minimales (simple déclaration). Cela confère une grande liberté de gestion au chef d'entreprise mais en contrepartie, l'entrepreneur est responsable des dettes de son entreprise, entièrement<sup>8</sup> ou dans la limite du patrimoine professionnel déclaré (dans le cas d'une EIRL). Les revenus personnels et professionnels sont confondus de même que les patrimoines. Les bénéfices de la pharmacie sont soumis à l'impôt sur le revenu (IR) du foyer fiscal du titulaire (l'option pour l'impôt sur les sociétés (IS) est possible pour les EIRL). Le régime social du pharmacien est celui des indépendants. La transmission de l'entreprise est réalisée par cession du fonds de commerce de l'officine, mais il est aussi possible d'apporter les éléments constitutifs de l'entreprise au capital d'une société en création ou de confier l'exploitation de l'activité à un tiers (location-gérance). C'est la forme traditionnelle d'exploitation des officines.
  - l'entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL) : est une société à responsabilité limitée (SARL) détenue par un seul associé. Le montant du capital social est librement fixé par ce dernier en fonction de la taille de l'activité et des besoins en capitaux de la société. Sa responsabilité est limitée au montant de ses apports. Toutefois, s'il est le gérant, en cas de faute de gestion, sa responsabilité peut être engagée sur ses biens personnels. Les formalités de création sont plus importantes (rédaction de statuts), mais les formalités de gestion sont réduites par rapport à une SARL classique (cf. *infra*). L'associé peut-être une personne physique ou morale. S'il s'agit d'une personne physique, les bénéfices sociaux sont constatés au niveau de la société, mais sont imposés à l'IR avec les autres revenus de l'associé (une option pour l'impôt sur les sociétés est toutefois possible). S'il s'agit d'une personne morale, les bénéfices sont obligatoirement imposés à l'impôt sur les sociétés. La société est alors dirigée par un gérant, nécessairement une personne physique, qui peut être l'associé lui-même ou un tiers. Si l'associé unique exerce lui-même la fonction de gérant, il relève du régime des indépendants. Si la société est soumise à l'IS, la part des dividendes, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant perçus par le gérant est assujettie à cotisations sociales pour la fraction supérieure à 10 % du capital social qu'il détient. Ces dividendes sont ensuite soumis à l'impôt sur le revenu. Dans tous les cas, son salaire de gérance, après éventuelle déduction des frais réels, est intégralement soumis à cotisations sociales et impôt sur le revenu. Si la fonction de gérant est assurée par un tiers, autre que le conjoint de l'associé et est rémunérée, le gérant relève du statut des assimilés-salariés, c'est-à-dire qu'il bénéficie du régime de sécurité sociale et de retraite des salariés, mais pas du régime d'assurance chômage. La transmission de la société se fait par cession de parts sociales, ce qui la facilite. Les avantages de ce mode d'exercice consistent en la limitation de la responsabilité, la possibilité d'opter pour l'IS qui permet de limiter l'assiette des cotisations sociales, la facilité de la transmission et de la gestion, notamment lorsque l'associé est également gérant. Ils viennent au prix d'un plus grand formalisme.
- L'exercice en association peut prendre différentes formes. Les plus courantes parmi les officines sont :
  - la société en nom collectif (SNC) : il s'agit d'une société de personnes exerçant la profession. Elle concerne au minimum deux associés, personnes physiques ou personnes morales, qui ont tous la qualité de commerçant. Un capital social doit être constitué, mais il n'est pas exigé de montant minimum. Tous les associés sont responsables solidairement et indéfiniment des dettes de l'entreprise. La société est dirigée par un ou plusieurs gérants (tiers ou associé, personne physique ou morale). Si rien n'est prévu dans les statuts, tous les associés ont la qualité de gérant. Aucune imposition n'a lieu au niveau de la société, mais il est possible d'opter pour l'impôt sur les sociétés. Chaque associé mentionne dans sa déclaration l'ensemble de ses revenus, sa part de bénéfices

<sup>8</sup> Toutefois, sa résidence principale est de droit insaisissable par les créanciers professionnels et ses autres biens fonciers bâtis ou non bâtis non affectés à un usage professionnel peuvent être protégés.

## Annexe IV

(proportionnelle à sa part dans le capital), qu'elle lui soit versée ou non sous forme de dividendes, et sa rémunération. Si la société n'adhère pas à un centre de gestion agréé, les associés voient leur quote-part de bénéfice majorée de 25 %. Tous les associés, qu'ils soient gérants ou non, considérés comme des commerçants, sont soumis au régime des travailleurs non-salariés (cotisations forfaitaires en début d'activité, puis cotisations sociales sur leur quote-part de bénéfice ou cotisations minimales)<sup>9</sup>. Les gérants non associés sont assimilés aux salariés, et relèvent donc du régime général de la sécurité sociale. Les cessions de parts sociales doivent obligatoirement être décidées à l'unanimité. La rémunération du gérant majoritaire, après éventuelle déduction des frais réels, est intégralement soumise à cotisations sociales. Si la société est soumise à l'IS, la part des dividendes perçus par le gérant est assujettie à cotisations sociales pour la fraction supérieure à 10 % du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant. Cette forme de société offre une grande stabilité de gestion mais elle présente les inconvénients d'engager de manière solidaire et indéfinie la responsabilité de tous les associés, de nécessiter un formalisme de fonctionnement important (assemblée générale et nombreuses décisions à l'unanimité), de rendre difficile le départ de la société, et en cas d'assujettissement à l'IR, d'assujettir l'ensemble des revenus non-salariés (bénéfices et rémunérations) aux cotisations sociales.

Cette forme d'exploitation, qui était la plus fréquente dans la décennie 2000, a été progressivement remplacée par les sociétés d'exercice libéral (cf. *infra*).

- les sociétés à responsabilité limitée (SARL) : il s'agit de la forme de société de capitaux la plus répandue en France. Elle regroupe au minimum 2 associés et au maximum 100, personnes physiques ou morales. Le montant du capital social est libre. La responsabilité des associés est limitée à leurs apports, mais le gérant est responsable pénalement et civilement de ses fautes de gestion. La société est dirigée par un ou plusieurs gérants, personnes physiques obligatoirement, nommés parmi les associés. La SARL est soumise de droit à l'impôt sur les sociétés et la rémunération éventuellement versée au(x) dirigeant(s) est déductible du résultat<sup>10</sup>. Le gérant majoritaire et les cogérants, majoritaires, relèvent du statut des travailleurs non-salariés. Les dividendes et versements sur compte courant d'associé dépassant 10 % du capital social sont soumis aux cotisations sociales. Le gérant minoritaire relève lui du statut des assimilés salariés. Du point de vue fiscal, les gérants, quelle que soit leur situation, relèvent du même régime fiscal que les salariés. Leurs rémunérations sont déduites du résultat de la société et imposées dans la catégorie des traitements et salaires à l'impôt sur le revenu. Les cessions de parts sociales à des tiers étrangers à la société ne sont possibles qu'avec le consentement de la majorité des associés représentant au moins la moitié des parts sociales. Les cessions de parts entre associés, conjoints, ascendants et descendants sont libres quant à elles, à moins que les statuts prévoient des dispositions différentes. Les avantages de cette forme d'exercice sont la limitation de la responsabilité des associés aux apports, le caractère évolutif de la structure qui permet de développer les partenariats et la possibilité ouverte pour le dirigeant de bénéficier de la couverture sociale des salariés, s'il est minoritaire. La contrepartie est un formalisme important à la constitution et dans la gestion courante de la société (assemblée générale annuelle et assemblée générale extraordinaire pour les décisions affectant les statuts).
- la société d'exercice libéral (SEL) : cette forme de société a été créée par la loi du 31 décembre 1990 pour permettre aux membres des professions libérales déterminées par la loi, dont les pharmaciens d'officines, d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux. Elles peuvent prendre différentes formes mais la plus courante est la société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL). Le statut des SEL de pharmaciens

<sup>9</sup> Dans un arrêt du 14 octobre 2015 (n° 14-10960), la Cour de cassation a jugé qu'un associé d'une SNC ne peut pas être lié à sa société par un contrat de travail car il a la qualité de commerçant répondant indéfiniment des dettes sociales.

<sup>10</sup> Dans certains cas particuliers, la SARL peut opter pour l'IR. Il s'agit des SARL de famille et des SARL de moins de cinq ans non cotées qui emploient moins de 50 salariés et réalisent un chiffre d'affaires annuel ou un total de bilan inférieur à 10 millions d'euros et dont les droits de vote sont détenus à hauteur de 50 % au moins par des personnes physiques et à hauteur de 34 % au moins par le (ou les) dirigeant (s) de l'entreprise et les membres de son (leur) foyer fiscal. Cette option, qui nécessite l'accord de tous les associés, est valable pour 5 exercices, sauf dénonciation.

## Annexe IV

d'officine est régi par le décret du 4 juin 2013 relatif aux conditions d'exploitation d'une officine de pharmacie par une société d'exercice libéral et aux sociétés de participations financières de profession libérale de pharmaciens d'officine. Une société d'exercice libéral ne peut exploiter plus d'une officine de pharmacie. Un pharmacien associé au sein d'une ou plusieurs sociétés d'exercice libéral exploitant une officine de pharmacie ne peut exercer sa profession qu'au sein de l'une de ces sociétés et détenir des participations, directes ou indirectes, que dans quatre autres sociétés d'exercice libéral de pharmaciens d'officine. Le capital et les droits de vote d'une SEL doivent être détenus majoritairement par le ou les pharmaciens exerçant dans la société. Cela n'a pas été modifié par la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques dite « loi Macron », qui autorise les professionnels de santé à détenir plus de la moitié du capital social de SEL dans lesquels ils n'exercent pas, hormis pour les pharmaciens. Les associés de SEL ne peuvent être des personnes extérieures à la profession. En outre, chaque pharmacien titulaire associé qui exerce dans l'officine doit détenir au moins 5 % du capital social en direct. Nous décrivons ci-après le fonctionnement des SELARL, forme la plus répandue chez les pharmaciens d'officine. Le montant du capital social est généralement libre. Le gérant doit être choisi parmi les associés exerçant leur profession libérale au sein de la société. Contrairement aux autres SEL, soumises de droit à l'IS, la SELARL est soumise à l'IR mais peut opter pour l'IS. Le régime des travailleurs non-salariés s'applique aux gérants majoritaires de SELARL ainsi qu'aux dirigeants de SELARL unipersonnelle, tandis que le statut d'assimilé salarié s'applique aux gérants minoritaires. S'il y a plusieurs gérants, chaque gérant est considéré comme majoritaire dès lors que les cogérants détiennent ensemble plus de la moitié des parts sociales. La partie des sommes perçues au titre de dividendes ou d'un compte courant d'associé par l'associé lui-même, qui est supérieure à 10 % du capital social, est soumise aux cotisations sociales. La cession de parts sociales à des tiers est soumise à un agrément qui doit être donné à la majorité des 3/4 des porteurs de parts sociales exerçant leur activité libérale au sein de la SEL. L'intérêt de la SEL est de garantir le contrôle de la structure par des professionnels en exercice au sein de celle-ci, de permettre une cession encadrée des parts sociales et de choisir le statut fiscal le plus avantageux tout en limitant la responsabilité aux apports. En revanche elle implique un certain formalisme de fonctionnement. Cette forme d'exploitation se développe de manière exponentielle depuis le début des années 2000 et est devenu le mode d'association le plus fréquent depuis 2010.

- Les sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) : ces sociétés purement financières, autorisées par le décret du 4 juin 2013, ont pour objet la détention de parts sociales ou d'actions de SEL. Elles peuvent en outre offrir des prestations aux SEL, dont le champ a été élargi par la loi Macron, tels que la centralisation de la trésorerie, la mutualisation des services juridiques, administratifs ou encore immobiliers. Le capital des SPFPL n'est pas limité aux pharmaciens d'officine (titulaires ou adjoints) ou aux SEL d'officine. D'anciens associés (pendant dix ans) ou des ayants droit (pendant cinq ans) peuvent également être associés minoritaires, à l'exclusion de tout autre professionnel de santé, ce qui facilite les transmissions et cessions d'officines. Les SPFPL ne peuvent détenir des participations directes ou indirectes dans plus de trois SEL. Ce mode de détention présente essentiellement un intérêt fiscal pour des pharmaciens investisseurs. Son recours reste marginal même s'il croît (479 sociétés enregistrées auprès de l'ordre en 2014 après 140 en 2013).

*Source : Agence France entrepreneur. « Les pharmaciens, panorama au 1<sup>er</sup> janvier 2015 », Ordre national des pharmaciens.*

La progression de l'exercice en société est manifeste sur la période 2010-2014, comme dans les statistiques de l'Ordre, même si l'ampleur de l'évolution est moins marquée. De même, la régression des SNC au profit des SEL, au sein des modes d'exercice en association apparaît clairement.

## Annexe IV

**Tableau 7 : Évolution de la répartition des officines selon la forme juridique entre 2010 et 2014 – échantillon étudié et données démographiques de l'ONP**

Forme juridique d'exploitation	En % de l'échantillon en 2010	En % de l'échantillon en 2014	Évolution en points de % 2010-2014	En % du nombre total d'officines au 1 <sup>er</sup> janvier 2010	En % du nombre total d'officines au 1 <sup>er</sup> janvier 2015	Évolution en points 2010-2014
<b>Individuelle</b>	<b>53,2</b>	<b>45,7</b>	<b>-7,5</b>	<b>54,4</b>	<b>39,9</b>	<b>-14,5</b>
Entreprise individuelle	42,4	32,3	-10,1	45,0	29,6	-15,4
SARL unipersonnelle	10,8	13,4	2,6	9,4	10,3	0,9
<b>En association</b>	<b>46,8</b>	<b>54,3</b>	<b>7,5</b>	<b>45,6</b>	<b>60,1</b>	<b>14,5</b>
SEL	22,6	33,6	11,0	22,2	37,0	14,8
SNC	18,6	13,7	-4,9	18,4	13,4	-5,0
autres SARL	4,4	5,7	1,3	4,1	9,1	5,0
SPFPL <sup>11</sup>	S.O.	0,0	S.O.	S.O.	0,0	S.O.
Autres sociétés	1,1	1,4	0,3	NC	NC	NC
Copropriété	0,1	0,1	0,0	0,9	0,6	-0,3
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>

*Source : DGFIP, calculs mission. Données de l'ONP, calculs Xerfi. S.O. : sans objet.*

### 1.3.3.2. Mais le développement de l'exercice en société rend plus complexe l'analyse du résultat des officines et du revenu des pharmaciens sur la période 2010-2014

Les différentes formes juridiques que peuvent prendre et prennent effectivement les officines de pharmacie emportent plusieurs conséquences pour l'analyse conduite *infra* :

- ◆ les gérants d'officines peuvent choisir assez librement leur régime d'imposition en fonction de leur situation personnelle et de leur choix de mode d'exploitation, or le résultat de l'entreprise ne représente pas la même réalité économique selon que l'entreprise est imposée à l'IR ou à l'IS. A titre d'illustration, la rémunération du dirigeant d'une entreprise imposable à l'IR n'est pas déductible des ressources dans le cadre de l'imposition à l'IR, tandis qu'elle l'est dans le cadre de l'imposition à l'IS ;
- ◆ il est difficile d'estimer le revenu du titulaire d'officine à partir des données fiscales, dans la mesure où la composition de celle-ci et le positionnement des composantes dans le compte de résultat dépendent du régime d'imposition choisi, de la fonction du titulaire dans la société (simple associé ou associé-gérant), et des choix de gestion. Nous illustrons cette difficulté dans l'encadré *infra*.

<sup>11</sup> Les SPFPL ont été autorisées par le décret du 4 juin 2013.

## Annexe IV

### Encadré 4 : Rémunération de deux cas-type de pharmaciens selon le mode d'exploitation choisi

Considérons deux cas-types de pharmacien titulaire :

- le premier est entrepreneur individuel, locataire du local commercial où est installée son officine. Il est aidé par un préparateur en pharmacie salarié. Il est imposé sur le revenu au titre des bénéfices industriels et commerciaux qu'il retire de l'exploitation de son officine. Le compte de résultat de son officine est le suivant :

**Tableau 8 : Compte de résultat et rémunération d'un titulaire entrepreneur individuel**

Compte de résultat	Montant
Chiffre d'affaires	3 000
(-) Achats de marchandises	2 000
Marge commerciale	1 000
(-) Loyer	100
(-) Autres charges externes	50
(-) Impôts et taxes	20
(-) Frais de personnel	360
<i>Dont cotisations sociales obligatoires du dirigeant</i>	60
<i>Dont rémunération du salarié, y compris cotisations sociales</i>	300
Excédent brut d'exploitation	470
Dotations aux amortissements	20
Résultat courant avant impôt	450
Résultat net	450
Revenu brut du pharmacien titulaire	450
(-) IR + CSG + CRDS + cotisations sociales	250
Revenu disponible du pharmacien titulaire	200

*Source : Mission.*

Le revenu brut du titulaire est égal au résultat courant avant impôt de l'officine. Son revenu disponible s'obtient après déduction de l'impôt sur le revenu, des prélèvements sociaux (CSG, CRDS) et des cotisations sociales des travailleurs non-salariés.

- le second est titulaire d'une officine détenue par l'intermédiaire d'une SEL avec un autre associé, minoritaire, qui n'exerce pas dans l'officine. Il est aidé par un préparateur en pharmacie salarié. Son officine est imposée à l'IS. Le compte de résultat de son officine est le suivant :

**Tableau 9 : Compte de résultat et rémunération d'un titulaire associé d'une SEL**

Compte de résultat	Montant
Chiffre d'affaires	3 000
(-) Achats de marchandises	2 000
Marge commerciale	1 000
(-) Loyer	100
(-) Autres charges externes	50
(-) Impôts et taxes	20
(-) Frais de personnel	600
<i>Dont rémunération du dirigeant y compris cotisations sociales obligatoires</i>	300
<i>Dont rémunération du salarié, y compris cotisations sociales</i>	300
Excédent brut d'exploitation	160
Dotations aux amortissements et provisions	60
Résultat courant avant impôt	100
Impôt sur les sociétés	33
Résultat net	67
Dividendes	40
Réserves et report à nouveau	27
Revenu brut du pharmacien titulaire (salaire de gérance + dividendes)	320
(-) IR + CSG + CRDS + cotisations sociales	180
Revenu disponible du pharmacien titulaire	140

## Annexe IV

*Source : Mission.*

Le revenu brut des titulaires ne correspond plus au résultat courant avant impôt, ni au résultat net de l'officine. Le revenu brut du titulaire exploitant est composé pour partie de la rémunération du dirigeant, entrant dans les frais de personnel, déductible du résultat de l'officine, et pour partie d'une fraction des dividendes qui dépend des choix d'affectation du résultat après paiement de l'impôt sur les sociétés. Le revenu disponible de ce titulaire s'obtient après déduction de l'impôt sur le revenu, des cotisations sociales des travailleurs non-salariés et des prélèvements sociaux, sur ses traitements et salaires d'une part et ses dividendes d'autre part. Le second titulaire, en tant qu'associé qui n'exerce pas dans l'officine, est rémunéré seulement par une fraction des dividendes.

*Source : Mission.*

En conséquence, l'analyse des comptes de résultats des officines sera réalisée distinctement selon le régime d'imposition de l'entreprise. Les commentaires des soldes intermédiaires de gestion seront également à considérer avec précaution car ceux-ci sont fortement influencés par les choix de gestion et fiscaux réalisés.

### 1.3.4. Plus de la moitié des officines de l'échantillon sont assujetties à l'impôt sur le revenu, y compris dans les pôles urbains de grande taille

En moyenne, 54 % des officines de l'échantillon étudié sont assujetties à l'impôt sur le revenu<sup>12</sup>. Cette proportion est plus faible dans les petits et moyens pôles urbains et leurs couronnes (51 %). La part des officines soumises à l'IR avoisine 55 % dans les autres types de communes, qu'il s'agisse de communes isolées ou multipolarisées, essentiellement rurales, de communes appartenant à la couronne de grands pôles, urbaines comme rurales, ou les grands pôles urbains.

**Tableau 10 : Répartition du régime d'imposition selon le type de commune d'implantation de l'officine**

Type de commune	Nombre d'officines	Part des officines soumises à l'IR en %
Communes multipolarisées ou isolées	2 124	55,9
Communes des couronnes des grands pôles urbains	3 854	55,5
Grands pôles urbains	11 545	53,6
Paris, Lyon et Marseille	1 439	56,4
Petits et moyens pôles et communes de leur couronne	1 943	51,4
<b>Ensemble</b>	<b>20 905</b>	<b>54,2</b>

*Source : DGFIP et INSEE, calculs mission.*

<sup>12</sup> A titre d'illustration, le cabinet KPMG estime que 52 % des 517 pharmacies composant l'échantillon sur lequel il calcule ses moyennes professionnelles pour le secteur de la pharmacie, sont soumises à l'impôt sur le revenu.

## 2. L'activité des officines, qui repose progressivement de moins en moins sur la vente de médicaments remboursés, a nettement ralenti sur les dernières années

### 2.1. La progression du chiffre d'affaires des pharmacies s'est fortement infléchi sur la période 2010-2014, en particulier pour les petites pharmacies ainsi que celles implantées dans des communes isolées ou en périphérie des grands pôles urbains

#### 2.1.1. En moyenne, le chiffre d'affaires total d'une pharmacie atteint 1,7 M€ en 2014 et croît modérément depuis 2010

En 2014, le chiffre d'affaires moyen annualisé<sup>13</sup> des officines de l'échantillon s'établit à 1,7 M€.

Il est relativement plus élevé que celui obtenu par d'autres sources, ce qui peut s'expliquer à la fois par :

- ◆ la taille de l'échantillon, celui étudié par la mission étant quasiment exhaustif, il comprend une plus grande diversité de situations, y compris des officines au chiffre d'affaires très élevé qui tendent à augmenter la moyenne ;
- ◆ la composition de l'échantillon, celui étudié par la mission ne se limitant pas aux entreprises individuelles, dont le chiffre d'affaires est généralement plus petit, ni aux entreprises pérennes sur longue période.

**Tableau 11 : Comparaison du chiffre d'affaires moyen des pharmacies en 2014 en M€ selon différentes sources**

Indicateur	FCGA	KPMG	Mission
CA moyen en M€	1,5	1,5	1,7
Nombre d'observations	8 668	517	20 905
Commentaire sur l'échantillon	Entreprises individuelles ou sociétés de personnes adhérentes des centres agréés de gestion. Pas de sociétés de capitaux	Echantillon représentatif d'officines clientes du cabinet, ayant clos un exercice de douze mois sans évènement impactant l'analyse de leurs comptes d'une année sur l'autre en 2014	Officines de métropole en activité n'ayant pas changé de statut ou de propriétaire en 2014

*Source* : Fédération des centres de gestion agréés (FCGA), « Moyennes professionnelles 2015 » du cabinet KPMG. DGFIP, calculs mission.

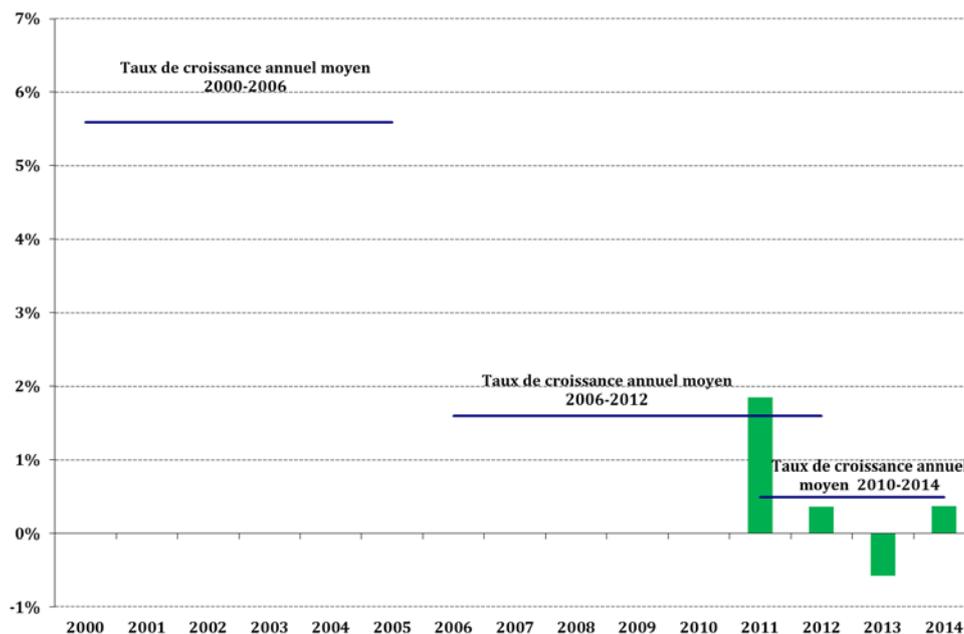
**Entre 2010 et 2014, le chiffre d'affaires moyen des officines des échantillons étudiés par la mission a progressé d'en moyenne 0,5 % par an. Après un ralentissement de l'activité entre 2010 et 2012 puis un recul en 2013, le chiffre d'affaires moyen affiche une légère hausse en 2014 (cf. graphique *infra*).**

**Néanmoins, cela marque un net ralentissement de l'activité par rapport à la décennie 2000 (+5,6 % entre 2000 et 2006 et +1,6 % entre 2006 et 2012, d'après l'INSEE<sup>14</sup>).**

<sup>13</sup> Pour tenir compte du fait que les déclarations de résultat peuvent porter sur des durées d'exercice variables, les chiffres d'affaires sont exprimés en équivalent annuel.

<sup>14</sup> « Les pharmacies depuis 2000, mutations d'un secteur très réglementé », A. Ferrante, Insee Première, 2014.

**Graphique 1 : Taux de croissance annuel du chiffre d'affaires moyen des officines de pharmacie depuis 2000**



*Source : DGFIP, calculs mission pour les données 2011 à 2014. Données issues de la publication « Les pharmacies depuis 2000, mutations d'un secteur très réglementé », A. Ferrante, Insee Première, 2014, pour les périodes 2000-2006 et 2006-2012.*

### 2.1.2. Le ralentissement de l'activité des pharmacies est à mettre directement en regard de la baisse du prix du médicament remboursé

La consommation de médicaments en ville, y compris rétrocessions hospitalières, a connu un net infléchissement depuis 2010. Elle s'établit à 33,9 Md€ en 2014, en rebond de 2,7 % en valeur après deux années de recul en 2012 et 2013 (-1,3 % et 1,7 % respectivement) et une progression faible d'environ 1 % en 2010 et 2011. Ces rythmes d'évolution sont les plus faibles jamais enregistrés d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère en charge de la santé (DREES)<sup>15</sup>. **Il est à noter que cette inflexion est observée à la fois sur les ventes de médicaments remboursables et sur les médicaments non remboursables, dont les ventes reculent pour la deuxième année consécutive en 2014 (-3,1 %).**

Cet infléchissement résulte à la fois :

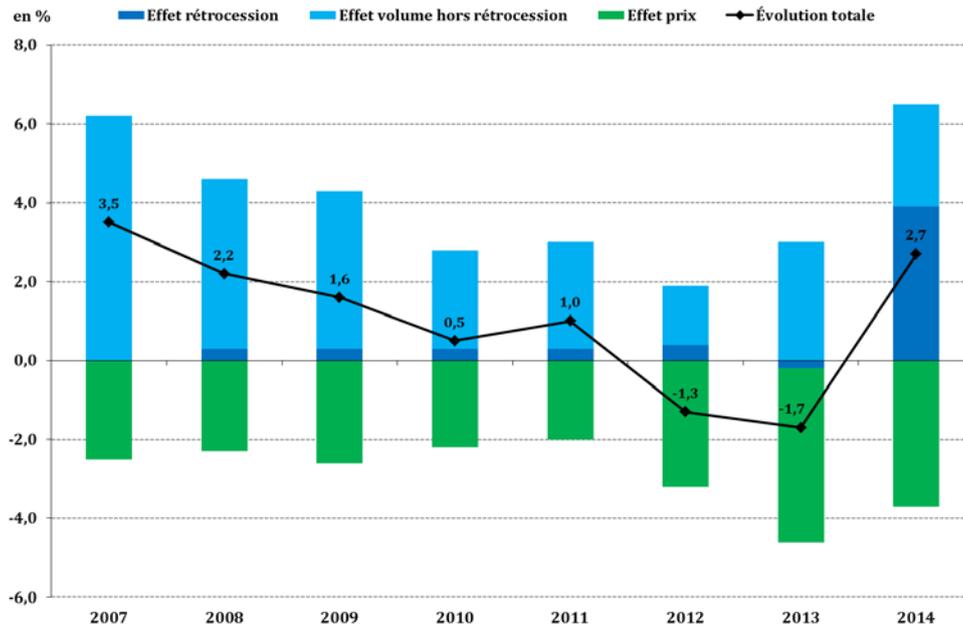
- ♦ d'un **ralentissement des ventes de médicaments en volume**, qui ne progressent plus qu'à un rythme annuel moyen d'environ 3,4 % depuis 2010 - 2,5 % hors rétrocessions hospitalières - contre 5,0 % sur la période 2006-2009, sous l'effet combiné de la baisse des prescriptions et de la modification des comportements en raison des campagnes menées par l'Assurance maladie (mesures de maîtrise médicalisée des prescriptions, actions de communication ciblées sur les antibiotiques ou encore déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant) ;

<sup>15</sup> Comptes nationaux de la santé 2014, DREES, 2015.

## Annexe IV

- ◆ et de la **baisse marquée et continue du prix des médicaments vendus en ville** (-3,0 % en moyenne par an depuis 2010), **en dépit de la forte progression du prix des médicaments non-remboursables** (+19,1 % sur la période 2010-2014), en raison des actions fortes menées sur les prix depuis sept ans par les pouvoirs publics, combinant baisses de prix ciblées, instauration de tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) visant à rembourser les princeps concernés sur la base de la spécialité générique correspondante, actions ciblées comme le développement de grands conditionnements, augmentation du nombre de spécialités génériques et substitution croissante des génériques aux princeps.

**Graphique 2 : Évolution de la vente de médicaments en ville entre 2007 et 2014**  
**décomposition de l'évolution totale en effets prix et volume**



Source : Comptes nationaux de la santé, DREES, 2014, traitement mission.

### 2.1.3. La dispersion du chiffre d'affaires a augmenté entre 2010 et 2014

En 2014, les trois quarts des officines ont un chiffre d'affaire annualisé supérieur à 1 M€ et la moitié d'entre elles ont un chiffre d'affaires compris entre 1 et 2 M€. 10 % des pharmacies ont un chiffre d'affaire total supérieur à 2,8 M€ et 10 % un chiffre d'affaires inférieur à 712 k€.

La dispersion du chiffre d'affaires est nettement plus marquée en 2014 qu'en 2010, comme l'illustre l'augmentation des rapports interdéciles et interquartiles dans le tableau *infra*. Cela résulte de la **diminution continue des chiffres d'affaires les plus faibles depuis 2011, tandis qu'en parallèle, la progression des chiffres d'affaires les plus élevés n'a pas cessé**, même si elle a fléchi. Ainsi, les 10 % des officines les plus petites généraient un chiffre d'affaires moyen inférieur à 732 k€ en 2010 et à 712 k€ en 2014, tandis que les 10 % des officines les plus grandes généraient un chiffre d'affaires supérieur à 2,6 M€ en 2010 et à 2,7 M€ en 2014.

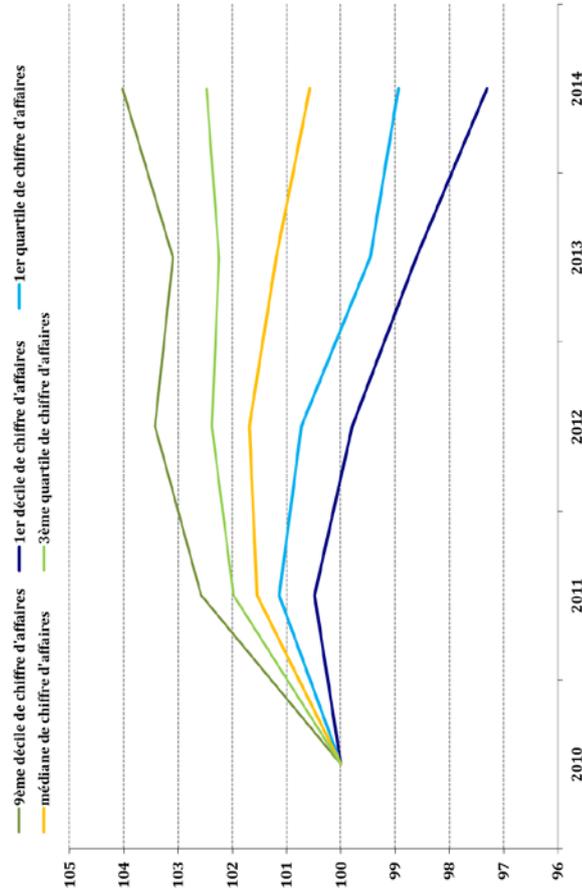
## Annexe IV

**Tableau 12 : Distribution du chiffre d'affaire annualisé en € HT sur la période 2010-2014**

Année	Moyenne	1 <sup>er</sup> décile	1 <sup>er</sup> quartile	Médiane	3 <sup>ème</sup> quartile	9 <sup>ème</sup> décile	Rapport interquartile	Rapport interdécile
2010	1 640 202	732 051	1 020 890	1 437 710	1 978 985	2 652 587	1,94	3,62
2011	1 670 604	735 632	1 032 452	1 459 996	2 018 243	2 720 849	1,95	3,70
2012	1 676 669	730 482	1 028 364	1 462 061	2 025 980	2 743 494	1,97	3,76
2013	1 667 076	721 854	1 015 317	1 454 900	2 023 417	2 734 653	1,99	3,79
2014	1 673 305	712 301	1 010 057	1 446 005	2 027 967	2 759 286	2,00	3,87

Source : DGFIP, calculs mission. Le 1<sup>er</sup> décile est le niveau de chiffre d'affaires maximal atteint par les 10 % des officines les plus petites ; le 1<sup>er</sup> quartile, le niveau maximal atteint par le quart des officines les plus petites ; la médiane, le niveau de chiffre d'affaires minimal de la moitié des officines, le 3<sup>ème</sup> quartile, le niveau de chiffre d'affaires minimal du quart des officines les plus grandes et le 9<sup>ème</sup> décile, le niveau de chiffre d'affaires minimal des 10 % des officines les plus grandes. Le rapport interquartile est le ratio rapportant le 3<sup>ème</sup> quartile et le 1<sup>er</sup> quartile ; le rapport interdécile est le ratio entre le 9<sup>ème</sup> décile et le 1<sup>er</sup> décile. Ce sont des indicateurs de la dispersion de la distribution des chiffres d'affaires.

**Graphique 3 : Évolution des déciles et quartiles de chiffres d'affaires des officines sur la période 2010-2014 – base 100 en 2010**

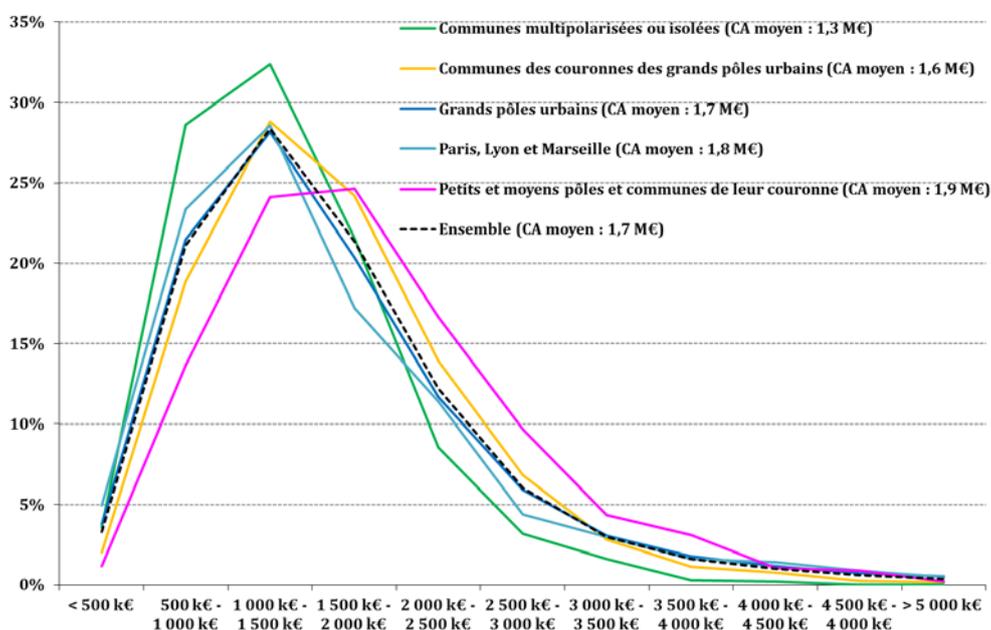


Source : DGFIP, calculs mission.

### 2.1.4. Le chiffre d'affaires des officines est plus faible et tend à diminuer dans les communes isolées ou multipolarisées

Le chiffre d'affaires annualisé des officines implantées dans des communes isolées ou multipolarisées est relativement plus faible que pour les autres (en moyenne 1,3 M€ en 2014), tandis que celui des pharmacies des couronnes des grands pôles urbains et surtout des petits et moyens pôles se distinguent par des chiffres d'affaires plus élevé (1,9 M€ en moyenne et une distribution décalée sur la droite). Si les pharmacies de Paris, Lyon et Marseille présentent un chiffre d'affaires supérieur à la moyenne (1,8 M€), les disparités sont également plus importantes : les chiffres d'affaires peuvent atteindre plusieurs dizaines de millions d'euros par an mais la proportion d'officines réalisant un chiffre d'affaires inférieur à 1 M€ est plus élevé que parmi les autres catégories d'officines (hormis les officines des communes isolées ou multipolarisées).

Graphique 4 : Distribution des chiffres d'affaires selon le type de commune d'implantation en 2014



Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.

Les officines implantées dans les communes multipolarisées ou isolées sont les seules à avoir vu leur chiffre d'affaires diminuer assez fortement sur la période (en moyenne 1,5 % par an). Celles situées dans les couronnes des grands pôles urbains, ont également vu leur chiffre d'affaires baisser mais dans une moindre mesure toutefois (-0,2 % par an). A l'opposé, les officines implantées dans les pôles urbains, quelle que soit leur taille, ont vu leur activité progresser de plus de 1 % par an en moyenne.

## Annexe IV

**Tableau 13 : Évolution annuelle moyenne du chiffre d'affaires moyen selon le type de commune entre 2010 et 2014**

Catégorie de commune	Chiffre d'affaires moyen en € HT en 2010	Chiffre d'affaires moyen en € HT en 2014	Taux d'évolution annuel moyen en %
Communes multipolarisées ou isolées	1 438 744	1 354 218	-1,5
Communes des couronnes des grands pôles urbains	1 648 621	1 637 376	-0,2
Grands pôles urbains	1 641 935	1 693 818	1,3
Paris, Lyon et Marseille	1 723 898	1 816 660	0,8
Petits et moyens pôles urbains et communes de leur couronne	1 773 475	1 865 332	1,3
<b>Ensemble</b>	<b>1 640 202</b>	<b>1 673 305</b>	<b>0,5</b>

*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

### **2.2. Le chiffre d'affaires des pharmacies reste dominé par la vente de médicaments remboursables, quel que soit le type de commune d'implantation**

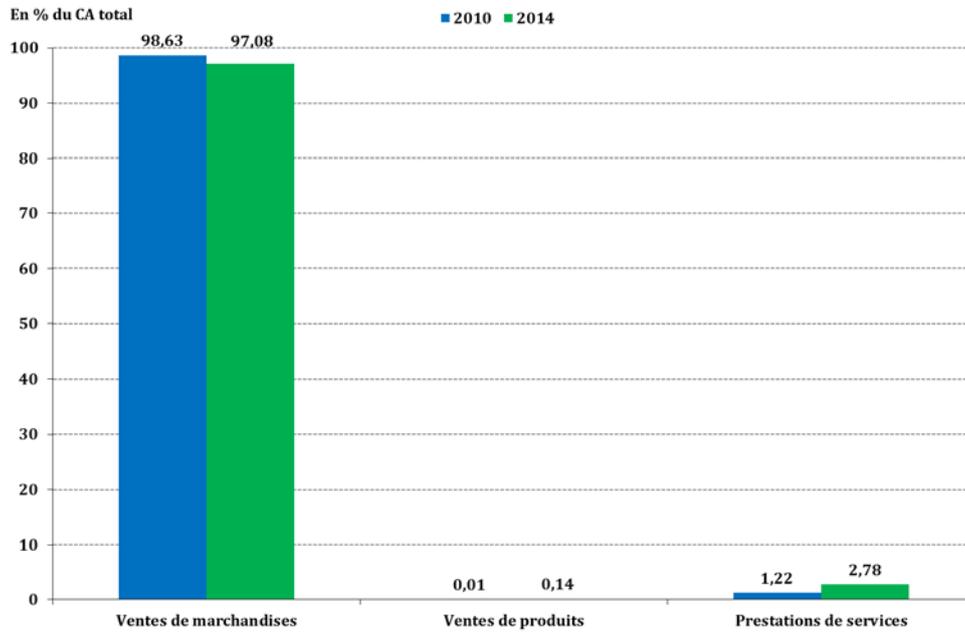
Le chiffre d'affaires total des officines comprend la vente :

- ◆ de marchandises, parmi elles, des médicaments, remboursables ou non, des dispositifs médicaux et des produits parapharmaceutiques ;
- ◆ de produits, tels que les préparations officinales ;
- ◆ et de services, à l'instar de la coopération commerciale avec les laboratoires pharmaceutiques ou bien des honoraires d'astreinte ou des rémunérations sur objectifs de santé publique (substitution du générique au princeps par exemple) versées par l'Assurance maladie.

#### **2.2.1. La vente de marchandises constitue la composante essentielle du chiffre d'affaires des officines, même si la part des services progresse**

En 2014, la vente de marchandises, bien qu'en léger recul depuis 2010 (-1,5 point de pourcentage), représente encore la quasi-totalité de l'activité avec 97 % du chiffre d'affaires total des officines. Les prestations de service progressent mais restent marginales (moins de 3 % du chiffre d'affaires en 2014, contre 1,2 % en 2010).

Graphique 5 : Composantes du chiffres d'affaires et leur évolution entre 2010 et 2014



Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.

En outre, **les prestations de services relèvent essentiellement de la coopération commerciale avec les laboratoires** (cf. encadré *infra*). D'après les données Fiducial retraitées par Xerfi, en 2014, elles représentent 70 % des revenus de services et concernent essentiellement les médicaments non remboursables. **Seulement 6 % des prestations de service correspondent à des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP)**, principalement la substitution de médicaments génériques aux princeps (cf. encadré *infra*).

#### Encadré 5 : La coopération commerciale des pharmacies avec les laboratoires

Il s'agit de rémunérations et remises, encadrées par l'article 138-9 du Code de la sécurité sociale en échange de services favorisant la commercialisation des produits concernés (positionnement en tête de rayon par exemple).

Les remises accordées aux pharmaciens par les grossistes-répartiteurs ou les laboratoires sont plafonnées à 2,5 % du prix de vente hors taxe (PFHT) pour les médicaments non génériques et à 40 % du PFHT pour les médicaments génériques et les médicaments sous tarif forfaitaire de responsabilité<sup>16</sup> depuis octobre 2014 (auparavant, celles-ci étaient plafonnées à 17 %). En effet, les pouvoirs publics ayant constaté que d'autres remises existaient, sous forme de contrats de coopération commerciale permettant de contourner ce plafond, ils l'ont rehaussé pour plus de transparence sur les ristournes et une plus grande lisibilité des prix fabricant.

Source : Xerfi.

<sup>16</sup> Si le taux de substitution entre médicament princeps et générique est inférieur à 65 %, le CEPS depuis 2003, peut fixer un montant identique de remboursement en valeur absolue pour les deux médicaments figurant dans un même groupe générique.

**Encadré 6 : Les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP)**

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de juillet 2009 a ouvert la possibilité aux pharmaciens de « proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ». Par suite, la convention pharmaceutique signée le 4 avril 2012 entre les syndicats représentatifs des pharmaciens<sup>17</sup> et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour cinq ans, a instauré une rémunération sur objectifs du pharmacien en contrepartie d'engagements individualisés dans l'objectif de favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins.

Les ROSP sont expérimentées dans trois domaines :

- l'accompagnement des patients nécessitant un traitement de plus de six mois d'anticoagulants oraux, pour prévenir les risques iatrogéniques<sup>18</sup>. Les modalités de cet accompagnement, qui concerne pour le moment seulement les patients sous antivitamine K (AVK), ont été fixées par avenant signé le 24 juin 2013 par l'ensemble des signataires de la convention nationale. Le pharmacien s'engage, en contrepartie d'un honoraire de 40 € annuel par patient suivi, à :
  - conduire un entretien à l'initiation du traitement ;
  - réaliser au moins deux entretiens pharmaceutiques annuels, au cours desquels il informe et conseille le patient sur le bon usage des médicaments prescrits ;
  - contrôler la réalisation de l'examen de vitesse de coagulation sanguine ;
  - contacter le prescripteur avec l'accord du patient, en cas de besoin ;
- l'accompagnement de patients asthmatiques, dont les modalités ont été définies par avenant signé le 21 mai 2014 entre l'UNCAM et la FSPF, concernant pour le moment les patients chroniques en initiation ou en reprise de traitement. Le pharmacien s'engage, en contrepartie de 40 € annuels par patient suivi, à :
  - contrôler l'observance du traitement de fond ;
  - réaliser des entretiens pharmaceutiques au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur la bonne utilisation de son traitement ;
  - contrôler régulièrement la maîtrise de la technique d'inhalation par le patient ainsi que la bonne observance du traitement ;
  - contacter le prescripteur avec l'accord du patient, en cas de besoin ;
- la délivrance de médicaments génériques, selon deux axes :
  - la stabilisation de la délivrance de génériques pour les patients de plus de 75 ans, afin d'éviter tout risque de confusion entre les médicaments ;
  - l'augmentation de la délivrance de génériques par rapport à des indicateurs fixés pour une liste de molécules arrêtée par avenant.

En contrepartie, le pharmacien perçoit une rémunération complémentaire fonction du taux de substitution pratiqué et du volume de boîtes vendues.

En 2014, deux des trois ROSP étaient entrées en application. Parmi elles, la ROSP génériques générait l'essentiel des revenus supplémentaires. Dans l'ensemble, elles représentaient une faible part de la rémunération des pharmaciens.

**Tableau 14 : Différentes composantes de la rémunération des pharmaciens, en M€ en 2014**

ROSP génériques	ROSP AVK	ROSP asthme	Honoraires de dispensation	Marge réglementée	Remises et prestations de services
135	3	0	0	5 360	1 068

Source : CNAMTS. Observatoire du suivi de la mise en place des honoraires de dispensation.

Source : Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ; CNAMTS.

<sup>17</sup> La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF).

<sup>18</sup> Trouble ou maladie dû à l'intervention d'un médecin ou à la prise de médicaments.

### 2.2.2. Si le médicament remboursable recule dans le chiffre d'affaires, il représente toujours en 2014 près de trois quarts de l'activité

La décomposition du chiffre d'affaires en fonction du taux de TVA appliqués montre que **le médicament remboursable génère en moyenne 74 % du chiffre d'affaires d'une pharmacie et cette proportion varie peu d'une officine à l'autre** (rapport interquartile de 1,1). En effet, trois quarts des pharmacies réalisent plus de 70 % de leur chiffre d'affaires en vendant des médicaments remboursables et la vente de médicaments remboursables représente moins de la moitié du chiffre d'affaires dans moins de 3 % des pharmacies.

**En moyenne, la commercialisation de médicaments non remboursables et de produits imposés au taux intermédiaire de TVA** (dispositifs médicaux tels que les appareillages, équipements et matériels pour handicapés, les béquilles ou le lait infantile et les compléments alimentaires par exemple) **représente 14 % du chiffre d'affaires des officines**. Sa part dans le chiffre d'affaires est plus variable (rapport interquartile de 1,3). Enfin, **la part des produits parapharmaceutiques et autres dispositifs médicaux non remboursables tels que les pansements, s'élève en moyenne à 11 % du chiffre d'affaires** mais elle varie davantage selon les officines, de moins de 8 % pour un quart des officines à plus de 13 % pour un autre quart.

Enfin, les prestations de services exonérées de TVA restent marginales (moins de 0,5 % du chiffre d'affaires en moyenne et une proportion nulle pour plus des trois quarts des pharmacies).

**Tableau 15 : Composition du chiffre d'affaires en € HT, selon le type de biens et services commercialisés en 2014**

Indicateur	Part du médicament remboursable en %	Part des produits imposés au taux intermédiaire ou réduit de TVA en %	Part des autres produits imposés au taux normal de TVA en %	Part des produits et services exonérés de TVA en %
1 <sup>er</sup> quartile	71,4	11,3	8,5	0,0
Médiane	75,6	12,9	10,5	0,0
3 <sup>ème</sup> quartile	78,9	15,0	12,8	0,0
<b>Moyenne</b>	<b>73,6</b>	<b>13,7</b>	<b>11,3</b>	<b>0,4</b>
Rapport interquartile	1,1	1,3	1,5	S.O.
Pour mémoire : proportions moyennes obtenues par KPMG	76,0	13,8	10,1	ND

Source : DGFIP, calculs mission. « Pharmacies, moyennes professionnelles 2015 », KPMG, sur la base d'un échantillon de 517 officines.

**La part du médicament remboursable dans le chiffre d'affaires total a diminué de trois points entre 2010 et 2014**, tandis que celle des produits imposés au taux intermédiaire ou réduit de TVA progressait d'un point et celle des produits imposés au taux normal de deux points.

## Annexe IV

**Tableau 16 : Évolution de la composition du chiffre d'affaires en fonction du taux de TVA applicable aux biens et services vendus entre 2010 et 2014**

Part dans le CA total... en %	2010	2014	Delta 2010-2014
Du médicament remboursable	76,7	73,6	-3,1
Des produits imposés au taux intermédiaire ou réduit de TVA	12,7	13,7	1,0
Des produits imposés au taux normal de TVA	9,1	11,3	2,2
Des biens et services exonérés de TVA	0,3	0,4	0,1
Des biens et services imposés à d'autres taux de TVA	1,2	0,8	-0,4

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par l'INSEE dans sa dernière étude portant sur les pharmacies<sup>19</sup>. En 2012, celles-ci réalisaient en moyenne 87 % de leur chiffre d'affaires par la vente de médicaments, dont 11 % seulement par la vente de médicaments non remboursables. Les dispositifs médicaux représentaient 4 % du chiffre d'affaires moyen et la parapharmacie 6 % (pour l'essentiel des produits d'hygiène et de beauté). Depuis 2000, la part du médicament remboursable a fortement diminué (de 85% à 74%) tandis que celles du médicament non remboursable, de la parapharmacie et des dispositifs médicaux progressaient.

**Tableau 17 : Composition du chiffre d'affaires des pharmacies 2000-2012**

Produits pharmaceutiques	Part dans le chiffre d'affaires en % en 2000	Part dans le chiffre d'affaires en % en 2012	Évolution en % entre 2000-2012
Médicaments	93,2	87,4	-6%
<i>Dont médicaments non remboursables</i>	8,2	11,6	41%
Produits parapharmaceutiques	3,3	6,0	82%
<i>Dont produits d'hygiène et de beauté</i>	2,5	4,4	76%
Dispositifs médicaux	1,0	3,7	270%
Autres	2,5	2,9	16%

*Source : « Les pharmacies depuis 2000 », INSEE, décembre 2014. Calculs mission.*

### **2.2.3. Le médicament remboursable occupe une place prépondérante dans le chiffre d'affaires, quelle que soit la commune d'implantation des pharmacies**

Le médicament remboursable représente en moyenne plus de 74 % du chiffre d'affaires des officines, quelle que soit la commune d'implantation.

Celles des grands pôles, qui constituent l'essentiel de l'échantillon, déterminent la composition moyenne du chiffre d'affaires. Par rapport à cette référence, deux types d'officines se dégagent :

- ◆ les pharmacies de Paris, Lyon et Marseille et, dans une moindre mesure, les officines des petits et moyens pôles, qui réalisent une part moindre de leur chiffre d'affaires à partir de la vente de médicaments remboursable et une plus grande part à partir de la vente de médicament non remboursable et de parapharmacie ;
- ◆ les officines de communes appartenant à la couronne des pôles urbains, qui réalisent une plus grande part de leur chiffre d'affaires sur la vente de médicament remboursable.

**Les officines des communes isolées et multipolarisées sont proches de la moyenne** (74 % du chiffre d'affaires repose sur le médicament remboursable), mais la part des produits exonérés de TVA y est plus élevée.

<sup>19</sup> « Les pharmacies depuis 2000, mutations d'un secteur très réglementé », A. Ferrante, Insee Première, décembre 2014.

## Annexe IV

**Tableau 18 : Composition du chiffre d'affaires des officines selon le type de commune d'installation**

Type de commune	Part du médicament remboursable en %	Part des produits imposés au taux intermédiaire ou réduit de TVA en %	Part des produits imposés au taux normal de TVA en %	Part des produits et services exonérés de TVA en %	Nombre d'observations
Commune multipolarisées ou isolées	73,7	12,8	11,6	0,7	2 124
Communes des couronnes des grands pôles urbains	74,8	12,8	10,9	0,5	3 854
Communes des couronnes des petits et moyens pôles urbains	76,6	12,1	10,5	0,1	48
Grands pôles urbains	73,9	13,9	11,0	0,3	11 545
Paris, Lyon et Marseille	69,2	16,0	13,3	0,4	1 439
Petits et moyens pôles urbains	72,6	13,9	12,1	0,5	1 895
<b>Ensemble</b>	<b>73,6</b>	<b>13,7</b>	<b>11,3</b>	<b>0,4</b>	<b>20 905</b>

*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

### 3. Les charges supportées par les officines, essentiellement composées de l'achat de marchandises et de frais de personnels, ont été maîtrisées sur les quatre dernières années

#### 3.1.1. L'achat de marchandises et matières premières est le principal poste de charges des officines de pharmacie, mais sa part décroît

Les charges d'une officine de pharmacie se composent essentiellement de l'achat de marchandises et autres approvisionnements (69 % du CA).

La croissance de ce poste de charge a été maîtrisée sur la période 2010-2014 puisqu'en moyenne les achats de marchandises et matières premières ont diminué de 1 % sur la période, tandis que le chiffre d'affaires progressait en parallèle, sous l'effet de :

- ◆ l'adhésion d'un nombre croissant d'officines à la centrale d'achat d'un groupement, ce qui a accru leur pouvoir de négociation et s'est traduite par de meilleures conditions d'achat pour la plupart des opérateurs ;
- ◆ la hausse des ventes de génériques sur lesquels les pharmacies bénéficient de conditions d'achat plus avantageuses ;
- ◆ l'augmentation de la part des ventes de médicaments OTC qui a eu pour conséquence de développer la vente directe des laboratoires auprès des officines ou des groupements d'officines ;
- ◆ la croissance de la part des services et de la ROSP dans le chiffre d'affaires.

Le second poste de charge, représentant 15 % du CA, est constitué des dépenses de personnel. Il comprend les rémunérations, hors celle de l'exploitant (sauf s'il est salarié gérant de sa société), les charges sociales du personnel, y compris celles versées par l'exploitant, la participation des salariés au résultat, et le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) des entreprises qui le comptabilisent en crédit du compte de charges de personnel<sup>20</sup>.

Ce poste de charge, en revanche, a été très dynamique depuis 2010, avec une croissance de 11,6 % entre 2010 et 2014, supérieure à celle du chiffre d'affaires (+2,0 %) et de la marge brute (+9,7 %). Deux facteurs concomitants expliquent cette dynamique :

- ◆ la progression assez soutenue des ventes en volume en dépit du ralentissement des ventes en valeur (cf. *supra*), nécessitant une augmentation du personnel en conséquence, d'autant que la réglementation impose aux pharmacies d'employer un nombre croissant de pharmaciens adjoints en fonction du chiffre d'affaires (cf. encadré *infra*) ;
- ◆ la revalorisation du point d'indice servant de base au calcul des rémunérations des salariés des officines lors des négociations salariales de branche, de 2,3 % en 2012 et 1,6 % en 2013.

L'effet du CICE en 2014 n'est que partiellement visible dans ces données, puisqu'il n'est pas toujours comptabilisé en réduction du coût du travail et que la mission ne dispose pas de données assez détaillées pour reconstituer son impact sur les charges de personnel. Toutefois le cabinet KPMG estime qu'il représente une baisse d'en moyenne 5 000 € du coût du travail par officine<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Le crédit d'impôt compétitivité emploi est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013 pour toutes les entreprises employant des salariés soumises à un régime réel d'imposition. Il peut être comptabilisé de différentes manières : en déduction des impôts payés, en subvention d'exploitation, en moindre charge de personnel ou en transferts de charge. L'autorité des normes comptables préconise toutefois de l'enregistrer au crédit du compte de charges de personnel pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés. Il n'est pas enregistré dans le compte de résultat par les sociétés soumises à l'impôt sur le revenu, car il est perçu directement par le(s) exploitant(s) au prorata de leur participation aux résultats.

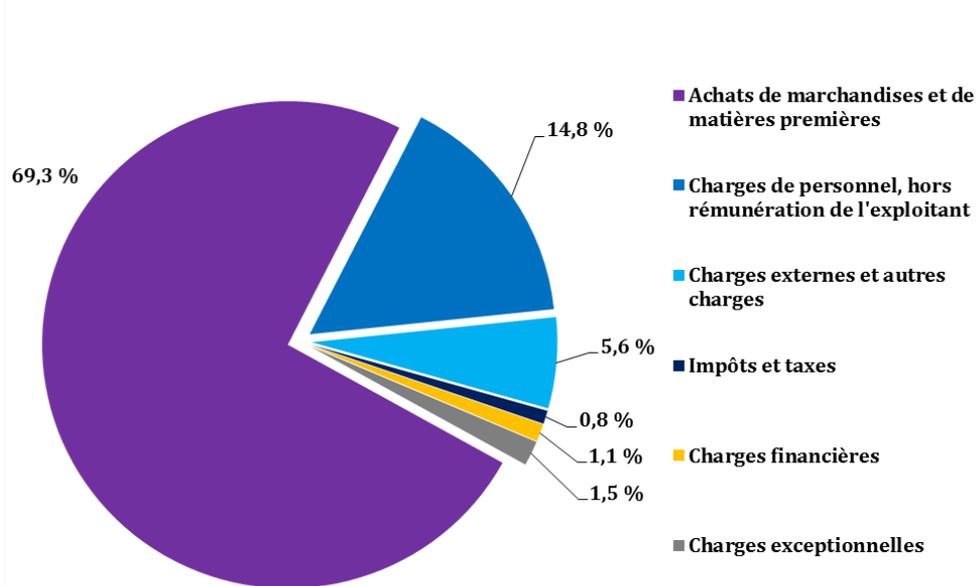
<sup>21</sup> « Moyennes professionnelles 2014 », cabinet KPMG, 2015.

## Annexe IV

Les charges externes et autres charges constituées par les loyers, les assurances et cotisations aux groupements (6 % du CA) s'établissent au troisième rang des charges supportées par les pharmacies et constituent le poste le plus dynamique sur la période 2010-2014 (+14 %).

Enfin, les impôts et taxes, les charges financières et les charges exceptionnelles représentent une fraction marginale des charges (1 à 2 % du CA). Les impôts et taxes ont connu une évolution globalement négative sur la période 2010-2014 (-7,6 %), en raison de la suppression de la taxe professionnelle en 2010. De même, les charges financières ont baissé d'environ 8 % entre 2010 et 2014, sous l'effet conjoint du désendettement des officines et de la baisse des taux d'intérêt.

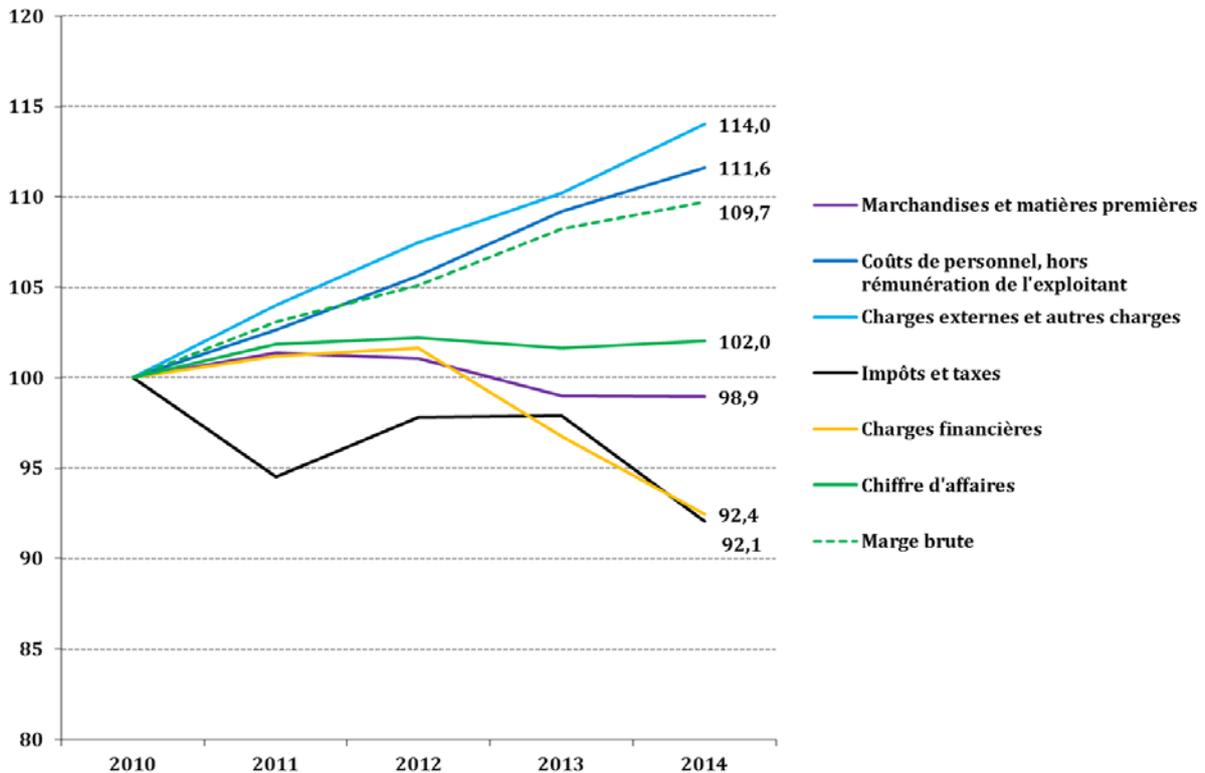
**Graphique 6 : Répartition des charges des officines en 2014 en % du CA**



*Source : DGFIP, calculs mission. Note : cette répartition des charges est semblable à celle obtenue par Xerfi et KPMG cette même année sur leurs échantillons.*

## Annexe IV

**Graphique 7 : Évolution des différents postes de charge sur la période 2010-2014  
base 100 en 2010**



Source : DGFIP, calculs mission.

### **Encadré 7 : La réglementation du nombre de pharmaciens adjoints par officine en fonction du chiffre d'affaires**

En vertu de l'article L5125-20 du code de la santé publique, « en toutes circonstances, les médicaments doivent être préparés par un pharmacien, ou sous la surveillance directe d'un pharmacien », ce qui emporte l'obligation pour le titulaire d'une officine de se faire assister par des pharmaciens adjoints en fonction du volume de son activité.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe, après avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens, le nombre des pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires.

Depuis 2011, les titulaires d'officines de métropole doivent recruter un pharmacien adjoint dès que leur chiffre d'affaires hors taxe dépasse 1,3 M€ et un adjoint supplémentaire, en équivalent temps plein, par tranche de chiffre d'affaires de 1,3 M€.

Ce nombre obligatoire n'est qu'un minimum qui peut être augmenté pour assurer la présence pharmaceutique continue pendant les heures d'ouverture de la pharmacie et l'encadrement des préparateurs.

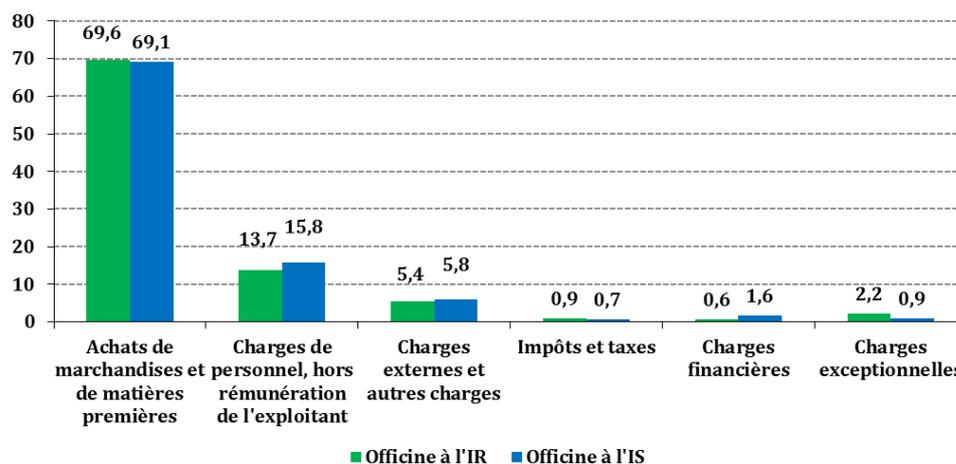
Source : Mission.

### 3.1.2. Les charges sont relativement plus faibles pour les officines soumises à l'impôt sur le revenu, mais leur composition est globalement similaire à celle des pharmacies redevables de l'impôt sur les sociétés

Les niveaux de charges sont plus faibles dans les officines soumises à l'IR que dans celles soumises à l'IS (1,4 M€ en moyenne contre 1,7 M€), celles-ci étant à la fois de plus grande taille et comprenant dans leurs charges, la rémunération des associés.

La répartition des charges selon leur nature est sensiblement la même entre les deux types d'officine, à l'exception des charges de personnel et des charges financières, plus élevée dans les pharmacies soumises à l'IS.

**Graphique 8 : Répartition des charges des officines en 2014 en % du CA, selon le régime d'imposition**



Source : DGFIP, calculs mission.

### 3.1.3. Les charges sont relativement plus élevées et plus dynamiques à Paris, Lyon et Marseille ainsi que dans les petits et moyens pôles urbains

Les officines des communes multipolarisées ou isolées sont celles qui connaissent le niveau de charge en moyenne le plus faible (1,2 M€). Le coût des achats de marchandises et matières premières pèse proportionnellement moins chez elles qu'ailleurs.

A l'inverse, les officines des petits et moyens pôles et de leur couronnes ainsi que celles de Paris, Lyon et Marseille supportent les charges les plus élevées (1,7 M€), mais leur composition est différente. Le poids des achats de marchandises et matières premières et celui des charges externes est inférieur à la moyenne pour les premières alors qu'il est plus élevé pour les officines de Paris, Lyon et Marseille, tandis que le poids des rémunérations du personnel y est moindre.

Annexe IV

Tableau 19 : Répartition des charges selon leur nature en fonction du type de commune d'implantation, en 2014 en % du CA

Type de commune	Niveau des charges en M€	Achats de marchandises et de matières premières en %	Charges de personnel, hors rémunération de l'exploitant en %	Charges externes et autres charges en %	Impôts et taxes en %	Charges financières en %	Charges exceptionnelles en %
Communes multipolarisées ou isolées	1,2	67,4	15,1	5,3	0,8	1,0	1,4
Communes des petits et moyens pôles et de leur couronne	1,7	68,5	15,1	5,1	0,8	1,0	1,3
Grands pôles urbains	1,6	69,7	14,7	5,8	0,8	1,1	1,5
Paris, Lyon et Marseille	1,7	70,4	14,3	6,6	0,8	1,2	1,6
Communes des couronnes des grands pôles urbains	1,5	68,9	14,9	5,1	0,8	1,0	1,9
<b>Ensemble</b>	<b>1,6</b>	<b>69,3</b>	<b>14,8</b>	<b>5,6</b>	<b>0,8</b>	<b>1,1</b>	<b>1,5</b>

Source : DGFIP, INSEE, calculs mission. Les chiffres en rouge sont supérieurs à la moyenne d'au moins 0,5 point ; les chiffres en vert sont inférieurs d'au moins 0,5 point à la moyenne.

## Annexe IV

Dans l'ensemble, les charges ont progressé de 0,4 % par en moyenne en France métropolitaine, mais cela masque de fortes disparités selon le type de commune d'implantation. Les communes multipolarisées ou isolées ont vu leurs charges décroître de 1,6 % tandis que celles des officines des communes urbaines ont crû de 0,6 à 1,1 % par an en moyenne, selon la taille de l'unité urbaine.

**Tableau 20 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) des charges selon le type de commune d'implantation des officines**

Type de commune	Montant moyen de l'ensemble des charges en 2010 en M€	Montant moyen de l'ensemble des charges en 2014 en M€	TCAM 2010-2014 en %
Communes multipolarisées ou isolées	1,3	1,2	-1,6
Communes des petits et moyens pôles et de leur couronne	1,7	1,7	1,0
Communes des couronnes des grands pôles urbains	1,5	1,5	0,0
Grands pôles urbains	1,6	1,6	0,6
Paris, Lyon et Marseille	1,6	1,7	1,1
<b>Ensemble</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>	<b>0,4</b>

*Source : DGFIP, calculs mission.*

## 4. Les performances d'exploitation des officines ont continué de progresser en dépit des réformes affectant la marge officinale

### 4.1. Le taux de marge commerciale des pharmacies a continué à progresser en dépit de la réforme de son calcul

#### 4.1.1. Depuis 1990, les pharmaciens d'officines perçoivent une marge commerciale dite dégressive lissée complétée, depuis 2015, d'un honoraire de dispensation pour la vente de médicaments remboursables

Si le prix des médicaments non remboursables et des produits parapharmaceutiques sont libres, le prix des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, dans ses différentes composantes, est régulé en France (cf. encadré *infra*). De ce fait, la marge commerciale<sup>22</sup> réalisée par les pharmaciens sur la vente de marchandises est en grande partie encadrée par la législation, ce qui les différencie des autres acteurs du commerce de détail.

#### Encadré 8 : Les modalités de fixation du prix des médicaments et des dispositifs médicaux

Le prix des médicaments et dispositifs médicaux remboursés, ainsi que leurs différentes composantes, sont encadrés par la législation :

- le prix et les marges du médicament remboursable est encadré différemment selon qu'il s'agit d'un princeps ou d'un générique :
  - en ce qui concerne le médicament princeps : le prix fabricant hors taxe (PFHT) est négocié entre le laboratoire pharmaceutique et le Comité économique des produits de santé (CEPS)<sup>23</sup> pour une durée de cinq ans en fonction, notamment, du service médical rendu par le médicament, des tarifs des autres molécules à visée thérapeutique similaire et des volumes de ventes anticipés, couvrant, notamment, la marge du fabricant. A ce PFHT s'ajoutent les marges des grossistes et des détaillants, qui sont fixées par l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu. La marge du grossiste répartiteur vaut 6,68 % du prix de la boîte, mais ne peut être inférieure à 0,30 € (pour les médicaments de moins de 4,41 €) et supérieure à 30,06 € (pour les médicaments de plus de 450 €). La marge des officines de pharmacie, est dite « dégressive lissée » en raison de son mode de calcul par tranche (cf. tableau *infra*).

Tableau 21 : Calcul de la marge dégressive lissée en 2015 et 2016

Tranche de PFHT	Taux de marge commerciale 2015 en %	Taux de marge commerciale 2016 en %
En-deça de 0,82 €	0,0	0,0
De 0,82 à 1,91 €	25,5	0,0
De 1,92 à 22,90 €	25,5	25,5
De 22,91 à 150 €	8,5	8,5
De 150,01 à 1 500 €	6,0	6,0
Au-delà de 1 500 €	0,0	0,0

Source : Arrêté du 4 août 1987.

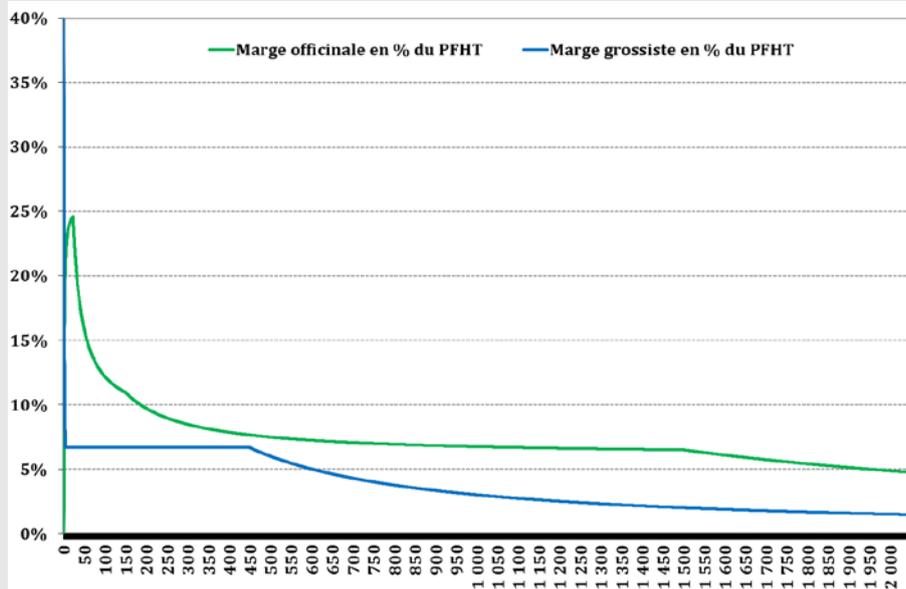
<sup>22</sup> Le taux de marge commerciale rapporte l'écart entre le prix de vente hors taxe et le prix d'achat hors taxe des marchandises vendues au chiffre d'affaires hors taxe réalisé par la vente de celles-ci.

<sup>23</sup> Le comité économique des produits de santé est un organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie.

## Annexe IV

Les taux de marge en fonction du prix du médicament, pour le grossiste répartiteur d'une part et le pharmacien d'officine d'autre part, sont représentés dans le graphique *infra*.

**Graphique 9 : Marge officinale et marge grossiste en % du PFHT en 2014**



Source : Arrêté du 4 août 1987.

- en ce qui concerne le médicament générique : le CEPS applique en principe une décote de 60 % sur le PFHT du princeps pour fixer le prix du médicament<sup>24</sup>. La marge perçue par les grossistes est là même, en revanche la marge revenant au pharmacien d'officine est égale en valeur absolue à celle réalisée sur le princeps pour inciter à la substitution. Ainsi, la marge officinale sur un médicament princeps de 50 € PFHT est de 7,93 €, soit 16 % du PFHT, mais équivaut à 40 % du prix fabricant pour le générique correspondant (vendu 20 € par le laboratoire).

Il est à noter que lorsque les pharmacies achètent les médicaments directement auprès des laboratoires, elles sont autorisées à récupérer la marge des grossistes.

En outre, la convention nationale de 2012 pérennise l'honoraire de dispensation introduit par la LFSS pour 2012, afin de rémunérer les prestations de contrôle de la validité et de la cohérence des ordonnances, le conseil aux patients et le choix du conditionnement le plus économe. A terme, cet honoraire devrait représenter un quart de la marge sur les médicaments présentés au remboursement. Il vaut en 2014, 0,53 € par boîte<sup>25</sup>.

- le prix des dispositifs médicaux et orthopédiques remboursables est en principe libre. Le CEPS négocie, en fonction du type de dispositifs, un tarif de remboursement, voire aussi un PFHT, avec les fabricants. Toutefois, afin de favoriser l'accès aux soins du plus grand nombre, l'Assurance maladie fixe de plus en plus souvent des prix limites de vente, qui constituent des bornes maximales pour les détaillants et donc un encadrement de la marge ;
- enfin le prix et les marges sont libres sur les médicaments et dispositifs médicaux non remboursables.

Source : Mission.

<sup>24</sup> Celle-ci peut être moindre si le marché concerné est de petite taille, la molécule complexe ou le niveau du prix du princeps faible, par exemple.

<sup>25</sup> En 2015, il est de 0,82 € par boîte ou 2,21 € pour un conditionnement trimestriel auquel s'ajoute 0,51 € par ordonnance complexe. En 2016, il est de 1,02 € par boîte ou 2,76 € pour un conditionnement trimestriel auquel s'ajoute 0,51 € par ordonnance complexe.

#### 4.1.2. En moyenne en 2014, le taux de marge commerciale des officines avoisine 30 %, niveau comparable à celui observé sur l'ensemble du commerce de détail

En moyenne en 2014, le taux de marge commerciale des officines est de 29 %<sup>26</sup>.

**En dépit des baisses de prix des médicaments et des réformes de son calcul, la marge commerciale en valeur a progressé de plus de 1 % par an entre 2010 et 2013** et dans une moindre mesure (0,3 %) en 2014, grâce à la substitution croissante des médicaments génériques aux médicaments princeps. Sa progression étant plus rapide que celle du chiffre d'affaires, le taux de marge commerciale a crû, passant de 27,6 à 28,7 %.

En dépit de l'encadrement de la marge de distribution, le taux de marge commercial des pharmacies est légèrement supérieur à celui pratiqué par l'ensemble du commerce de détail en 2013 (28 %) <sup>27</sup>.

**Tableau 22 : Évolution de la marge commerciale entre 2010 et 2014**

	2010	2011	2012	2013	2014
Marge commerciale en €	446 212	453 050	457 693	464 152	465 646
Taux de croissance annuel en %	-	1,5	1,0	1,4	0,3
Taux de marge commerciale en % du CA HT	27,6	27,6	27,9	28,6	28,7

*Source : DGFIP, calculs mission.*

#### 4.1.3. Le taux de marge commerciale varie globalement peu en fonction du chiffre d'affaires et de sa composition

Le taux de marge commerciale varie a priori en fonction de :

- ◆ la part du médicament remboursable, dont la marge est contrainte dans le chiffre d'affaires ;
- ◆ l'importance du médicament générique dans l'activité (à la marge réglementaire proportionnellement plus élevée que les princeps) ;
- ◆ la part des médicaments à la fois très peu coûteux et très chers (à la marge réglementaire proportionnellement plus faible), dans le chiffre d'affaires ;
- ◆ des capacités de négociation des officines auprès de leurs fournisseurs ;
- ◆ de la pression concurrentielle qui s'exerce sur la pharmacie et de sa capacité à se différencier de ses concurrents pour pratiquer un prix de vente plus élevé sur les médicaments, dispositifs médicaux non remboursables et produits parapharmaceutiques, pour augmenter sa marge commerciale.

En dépit de ces sources de variations, le taux de marge varie peu d'une officine à l'autre. La moitié d'entre elle pratiquent un taux de marge commerciale compris entre 27 et 30 %.

**Tableau 23 : Taux de marge commerciale en 2014**

Indicateur de dispersion	Taux de marge commerciale en % du CA HT
1 <sup>er</sup> quartile	27,3
Médiane	28,8
3 <sup>ème</sup> quartile	30,2
Rapport interquartile	1,1
<b>Moyenne</b>	<b>28,8</b>

*Source : DGFIP, calculs mission.*

<sup>26</sup> Ce chiffre est identique à celui présenté par Xerfi dans son analyse du secteur de la pharmacie en 2014.

<sup>27</sup> Source ; « Les entreprises en France - Insee Références - Édition 2015 », Insee, octobre 2015.

## Annexe IV

Le taux de marge commerciale varie peu selon la part du médicament remboursable dans le chiffre d'affaires. Il n'est sensiblement plus faible (26,5 %) que pour celles qui réalisent moins d'un quart de leur chiffre d'affaires sur la vente de médicaments remboursables.

**Tableau 24 : Taux de marge commerciale moyen en fonction de la part du médicament remboursable dans le chiffre d'affaires des officines en 2014**

Part du médicament remboursable dans le chiffre d'affaires	Taux de marge commerciale moyen en % du CA marchandise HT	Nombre d'observations
0 à 25 %	26,5	157
25 à 50 %	28,2	461
50 à 75 %	29,0	8 980
75 à 100 %	28,5	11 297
<b>Ensemble</b>	<b>28,7</b>	<b>20 905</b>

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Le taux de marge commerciale fluctue autour de 28,7 % quel que soit le niveau du chiffre d'affaires.

**Tableau 25 : Taux de marge commerciale en fonction des tranches de chiffres d'affaires en 2014**

Tranche de CA	Taux de marge commerciale en % du CA marchandises HT	Nombre d'observations
0 à 0,5 M€	28,8	686
0,5 à 1 M€	29,0	4 415
1 à 1,5 M€	28,9	5 933
1,5 à 2 M€	28,8	4 466
Plus de 2 M€	28,4	5 405
<b>Ensemble</b>	<b>28,7</b>	<b>20 905</b>

*Source : DGFIP, calculs mission.*

### 4.1.4. Le taux de marge commerciale varie légèrement en fonction de la commune d'implantation de l'officine

Le taux de marge commerciale est inférieur à la moyenne dans les grands pôles urbains, en particulier Paris, Lyon et Marseille (28 %) et plus élevé dans les petits et moyens pôles urbains ainsi que dans les communes multipolarisées et isolées, où il atteint 30 %.

**Tableau 26 : Taux de marge commerciale moyen en fonction du type de commune d'implantation**

Type de commune	Taux de marge commerciale moyen en % du CA marchandises HT
Paris, Lyon, Marseille	28,0
Grands pôles urbains	28,4
Communes des couronnes des grands pôles	29,0
Petits et moyens pôles urbains et communes de leur couronne	29,2
Communes multipolarisées et isolées	29,9
<b>Ensemble</b>	<b>28,7</b>

*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

**La dynamique de la marge commerciale présente néanmoins des disparités en fonction de la commune d’implantation qui se sont accrues depuis 2010.** Les officines des communes isolées ou multipolarisées ont vu leur marge commerciale diminué de 0,7 % par an en moyenne, alors qu’elle était d’un niveau plus faible qu’ailleurs en 2010 (401 K€). En revanche, la marge commerciale des officines des petits et moyens pôles urbains et leur couronne ainsi que celles des officines de Paris, Lyon et Marseille, qui dépassait 450 K€ en 2010, a progressé de près de 2 % par an en moyenne.

**Tableau 27 : Évolution de la marge commerciale selon le type de commune d’implantation de l’officine**

Type de commune	Montant moyen de la marge commerciale en 2010	Montant moyen de la marge commerciale en 2014	TCAM 2010-2014 en %	Taux de marge commerciale en 2010 en %	Taux de marge commerciale en 2014 en %
Communes multipolarisées ou isolées	401 366	389 993	-0,7	28,4	29,9
Petits et moyens pôles et communes de leurs couronnes	488 565	525 589	1,8	28,0	29,2
Communes des couronnes des grands pôles urbains	451 441	459 505	0,4	27,8	29,0
Grands pôles urbains	443 864	467 648	1,3	27,4	28,4
Paris, Lyon et Marseille	460 682	496 766	1,9	27,1	28,0
<b>Ensemble</b>	<b>446 212</b>	<b>465 646</b>	<b>1,1</b>	<b>27,6</b>	<b>28,7</b>

Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.

#### **4.2. Le taux de marge brute, a progressé continûment entre 2010 et 2014 grâce au développement des contrats de coopération commerciale**

Dans la mesure où l’activité et les modes de rémunération des officines de pharmacie se diversifient et sont amenés à se diversifier encore davantage, il est intéressant de calculer un taux de marge brute, qui reflète davantage la rémunération de l’activité des pharmacies, car il tient compte de l’ensemble de ses composantes, dont les rémunérations sur objectif de santé publique et les contrats de coopération commerciale.

La marge brute se calcule en effet comme la différence entre le chiffre d’affaires hors taxe total provenant de la vente de marchandises, de produits et de services et le coût d’achats des marchandises et des matières premières.

##### **4.2.1. En 2014, le taux de marge brute est de 31 % en moyenne**

La marge brute s’établit en moyenne à près de 515 k€ en 2014, ce qui équivaut à un taux de marge de 31 %<sup>28</sup>.

La marge brute en niveau a progressé de manière relativement soutenue de 2010 à 2013 (2 à 3 % par an) et à un rythme plus modéré en 2014 (1,4 %). Sa progression étant plus importante que celle du chiffre d’affaires, le taux de marge brute a crû de deux points, passant de 28,5 % en 2010 à 30,7 % en 2014.

<sup>28</sup> Le taux de marge brute calculé par la mission est légèrement plus faible que celui obtenu par KPMG sur un échantillon de 517 officines (31,7 %) mais similaire à celui obtenu par Xerfi ou encore la FCGA sur la base des comptes déposés par 8 668 adhérentes, entrepreneurs individuels (30,5 %).

## Annexe IV

**Tableau 28 : Évolution de la marge brute**

	2010	2011	2012	2013	2014
Marge brute en €	467 876	482 282	491 790	506 456	513 301
Taux de croissance en %	-	3,1	2,0	3,0	1,4
Taux de marge brute en % du CA HT	28,5	28,9	29,3	30,4	30,7

*Source : DGFIP, calcul mission.*

### 4.2.2. Comme le taux de marge commerciale, il varie peu en fonction du chiffre d'affaires et de sa composition

Le taux de marge brute est peu dispersé<sup>29</sup>, puisque il est compris entre 29 et 32 % pour la moitié des officines.

**Tableau 29 : Taux de marge brute en 2014**

Indicateur de dispersion	Taux de marge brute en % du CA HT
1 <sup>er</sup> quartile	29,0
Médiane	30,6
3 <sup>ème</sup> quartile	32,3
Rapport interquartile	1,1
<b>Moyenne</b>	<b>30,7</b>

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Le taux de marge brute oscille autour de 30,5 %, quelle que soit la part du médicament dans le chiffre d'affaires.

**Tableau 30 : Taux de marge brute moyen en fonction de la part du médicament remboursable dans le chiffre d'affaires des officines en 2014**

Part du médicament remboursable dans le chiffre d'affaires	Taux de marge brute moyen en % du CAHT	Nombre d'observations
0 à 25 %	30,6	157
25 à 50 %	30,2	461
50 à 75 %	31,0	8 990
75 à 100 %	30,4	11 297
<b>Ensemble</b>	<b>30,7</b>	<b>20 905</b>

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Il est globalement indépendant du niveau d'activité, même s'il est un peu plus faible pour les officines qui ne dépassent pas 500 k€ de chiffre d'affaires<sup>30</sup>.

**Tableau 31 : Taux de marge brute en fonction des tranches de chiffre d'affaires en 2014**

Tranche de CA	Taux de marge commerciale en % du CAHT	Nombre d'observations
Moins de 0,5 M€	30,3	686
0,5 à 1 M€	30,7	4 415
1 à 1,5 M€	30,8	5 933
1,5 à 2 M€	30,8	4 466
Plus de 2 M€	30,6	5 405
<b>Ensemble</b>	<b>30,7</b>	<b>20 905</b>

*Source : DGFIP, calculs mission.*

<sup>29</sup> Moins que le taux de marge brute observé sur le panel KPMG.

<sup>30</sup> Cela est également observé par KPMG et la FCGA sur leurs échantillons,

### 4.2.3. Comme le taux de marge commerciale, le taux de marge brute est plus faible dans les grands pôles urbains

Le taux de marge brute varie légèrement en fonction du lieu d'implantation de l'officine. Il est plus faible et inférieur à la moyenne dans les grands pôles urbains, en particulier Paris, Lyon et Marseille (moins de 30 %) et plus élevé dans les communes multipolarisées et isolées, où il dépasse 32 %.

**Tableau 32 : Taux de marge brute moyen en fonction du type de commune d'implantation**

Type de commune	Taux de marge brute moyen en % du CAHT
Paris, Lyon, Marseille	29,6
Grands pôles urbains	30,3
Communes des couronnes des grands pôles urbains	31,1
Petits et moyens pôles urbains et communes de leur couronne	31,5
Communes multipolarisées ou isolées	32,6
<b>Ensemble</b>	<b>30,7</b>

Source : DGFIP, Insee, calculs mission.

La marge brute en valeur a progressé quel que soit le type de commune d'implantation des officines, entre 2010 et 2014, mais davantage dans les petits et moyens pôles urbains que dans les autres (+3,4 % par an en moyenne, contre +2,3 % pour l'ensemble). Cette progression n'est que de 0,9 % par an dans les communes multipolarisées et isolées.

Le taux de marge brute a progressé partout et particulièrement dans les communes multipolarisées ou isolées, passant de 29,6 % à 32,6 %, car l'augmentation de la marge brute a été concomitante d'une baisse du chiffre d'affaires pour ces officines.

**Tableau 33 : Évolution de la marge brute entre 2010 et 2014 selon le type de commune d'implantation de l'officine**

Type de commune	Montant moyen de la marge brute en 2010	Montant moyen de la marge brute en 2014	TCAM 2010-2014	Taux de marge brute en 2010 en %	Taux de marge brute en 2014 en %
Communes multipolarisées ou isolées	425 923	441 045	0,9	29,6	32,6
Petits et moyens pôles et communes de leurs couronnes	514 864	587 519	3,4	29,0	31,5
Commune des couronnes des grands pôles urbains	473 084	508 849	1,8	28,7	31,1
Grands pôles urbains	463 937	512 653	2,5	28,3	30,3
Paris, Lyon et Marseille	484 481	536 859	2,6	28,1	29,6
<b>Ensemble</b>	<b>467 876</b>	<b>513 301</b>	<b>2,3</b>	<b>28,5</b>	<b>30,7</b>

Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.

### 4.3. L'excédent brut d'exploitation a progressé sur la période mais présente de fortes disparités, tant en fonction de la taille de l'officine que de sa localisation géographique

L'excédent brut d'exploitation est un indicateur de la performance globale de gestion des entreprises. Il mesure la marge dégagée par l'activité, une fois couvertes les charges résultant de l'exploitation de l'officine (achats de marchandises et matières premières, rémunération du personnel, impôts nets des subventions, charges externes) et avant prise en compte de sa situation financière, de sa politique d'investissement et du résultat exceptionnel.

Les officines sont étudiées séparément selon leur régime d'imposition, car la rémunération des pharmaciens titulaires doit être couverte par l'EBE chez les officines imposées à l'IR alors qu'elle est comprise dans les charges d'exploitation déductibles du revenu imposable des officines soumises à l'IS. L'EBE est donc par construction plus élevé chez les premières que chez les secondes.

#### 4.3.1. L'excédent brut d'exploitation des officines équivaut en moyenne à 10 % du chiffre d'affaires, soit un taux nettement supérieur à l'ensemble du secteur de la vente au détail

**L'excédent brut d'exploitation (EBE) en valeur, d'en moyenne 141 k€ en 2010, a progressé à un rythme élevé (+17 % sur quatre ans), hormis un léger recul en 2012, et atteint 165 k€ en 2014.**

Exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires, il a progressé de plus d'un point entre 2010 et 2014, passant de 8,6 % à 9,9 %.

**Tableau 34 : Évolution de l'excédent brut d'exploitation sur la période 2010-2014**

	2010	2011	2012	2013	2014
Excédent brut d'exploitation en €	140 716	146 619	145 724	150 823	165 077
Taux de croissance annuel en %	-	4,2	-0,6	3,5	9,5
EBE en % du CA HT	8,6	8,9	8,9	9,3	9,9

*Source : DGFIP, calculs mission.*

L'EBE s'élève en moyenne à 164 k€ par an, soit environ 11 % du chiffre d'affaires pour les officines à l'IR et à 166 k€, soit 9 % du CA, pour les officines assujetties à l'IS<sup>31</sup>.

En moyenne dans le secteur de la vente de détail, en 2013, l'excédent brut d'exploitation atteint 5,5 % du chiffre d'affaires hors taxe. Les pharmacies réalisent donc en moyenne des performances nettement plus élevées, qui s'appliquent à un chiffre d'affaires par ailleurs parmi les plus importants.

**Tableau 35 : Excédent brut d'exploitation en 2014 selon le régime d'imposition des officines**

Type d'officine	Excédent brut d'exploitation en €	Excédent brut d'exploitation en % du CA	Nombre d'observations
Officines assujetties à l'IR	164 102	10,8	11 330
Officines assujetties à l'IS	166 231	8,9	9 575

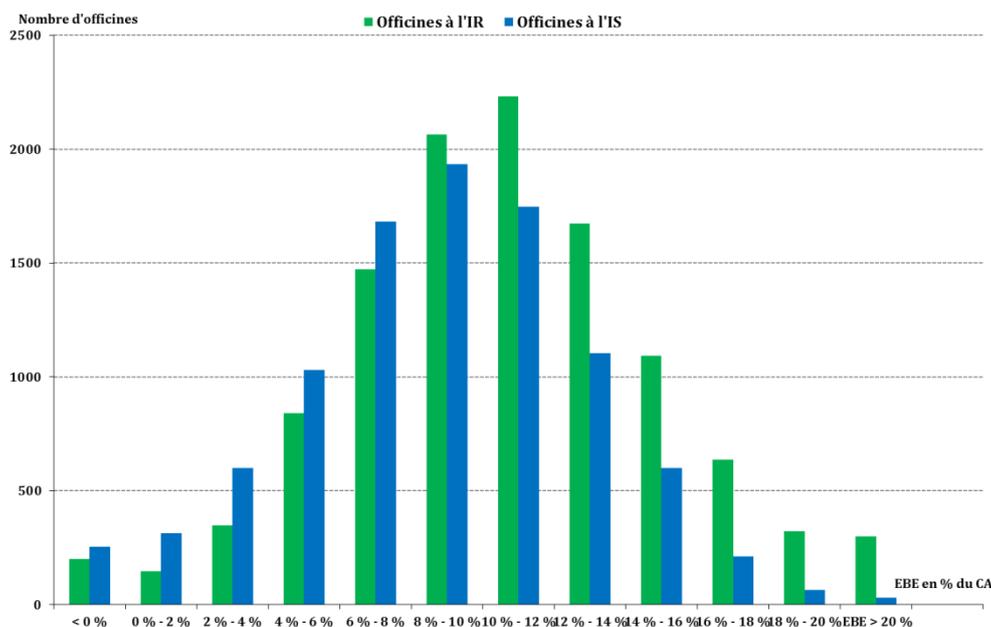
*Source : DGFIP, calculs mission.*

<sup>31</sup> Cette estimation est comparable à celle obtenue par Xerfi, qui utilise la même définition ainsi qu'à celles obtenues par la FCGA sur le champ des officines soumises à l'IR, lorsque l'on réintègre les charges sociales de l'exploitant dans l'EBE.

### 4.3.2. La dispersion de la performance d'exploitation est relativement importante et 2 % des officines dégagent un EBE négatif ou nul en 2014

La moitié des officines imposées à l'IR dégagent un excédent brut d'exploitation compris entre 6 et 16 % du CA. Le taux de marge d'exploitation modal est compris entre 10 et 12 %. Pour les officines assujetties à l'IS, le taux de marge d'exploitation modal est compris entre 8 et 10 % et 78 % des officines dégagent un excédent brut d'exploitation compris entre 4 et 14 % du CA.

**Graphique 10 : Distribution du taux de marge d'exploitation en fonction du régime d'imposition des officines en 2014**



Source : DGFIP, calculs mission.

Au sein de l'échantillon étudié, 18 % des officines ont un EBE exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires inférieur à la moyenne du secteur du commerce de détail. Pour près de 60 % il s'agit d'entreprises imposées à l'IS, dont l'EBE est par construction plus faible que celui des entreprises imposées à l'IR.

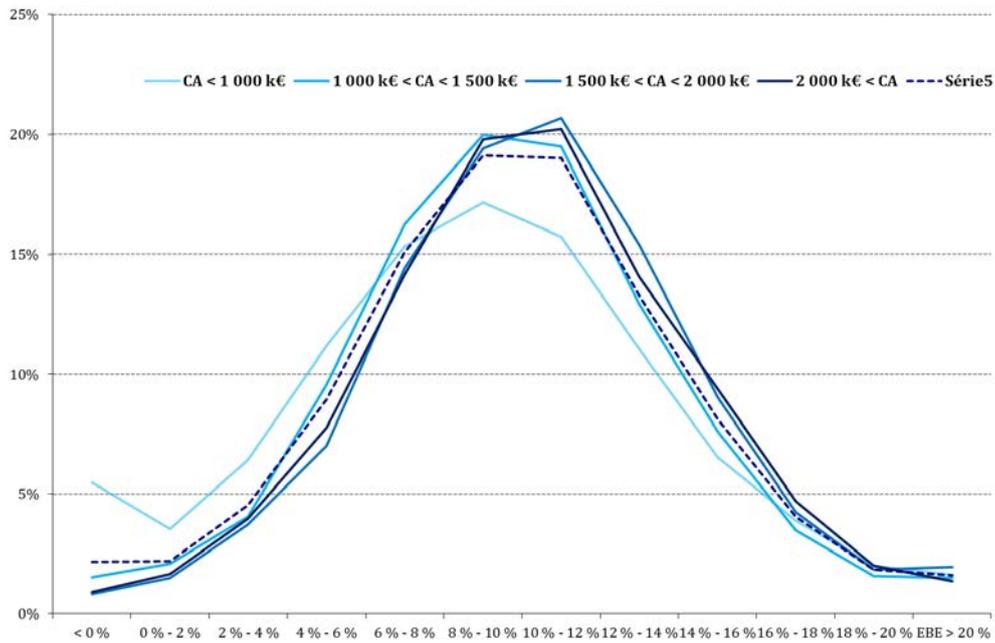
Parmi ces entreprises, 2 % ont dégagé un excédent brut d'exploitation négatif ou nul, ce qui les signale comme en difficulté puisque la marge brute est insuffisante pour couvrir les charges d'exploitation. En revanche, une proportion notable d'officines imposées à l'IR dégagent un excédent brut d'exploitation dépassant 15 % du CA.

Pour autant, on n'observe pas d'accroissement des disparités entre les niveaux d'EBE, comme c'est le cas pour le chiffre d'affaires. Le profil d'évolution est très similaire, quelle que soit la position dans la distribution de l'EBE : le premier quartile a augmenté de 16,6 %, la médiane de 15,4 % et le dernier quartile de 17,4 %, maintenant le ratio interquartile à 2,7 entre 2010 et 2014.

### 4.3.3. Les plus petites officines affichent plus souvent que les autres de faibles performances de gestion

La dispersion des performances de gestion est globalement similaire quel que soit le niveau de chiffre d'affaires, hormis pour les plus petites officines (CA inférieur à 1 M€). La proportion d'officines ayant un excédent brut d'exploitation faible est plus élevée pour ces officines et 5,5 % d'entre elles obtiennent un EBE négatif, contre moins de 1,5 % pour les autres catégories d'officines.

Graphique 11 : Distribution de l'EBE en fonction du niveau de chiffre d'affaires en 2014



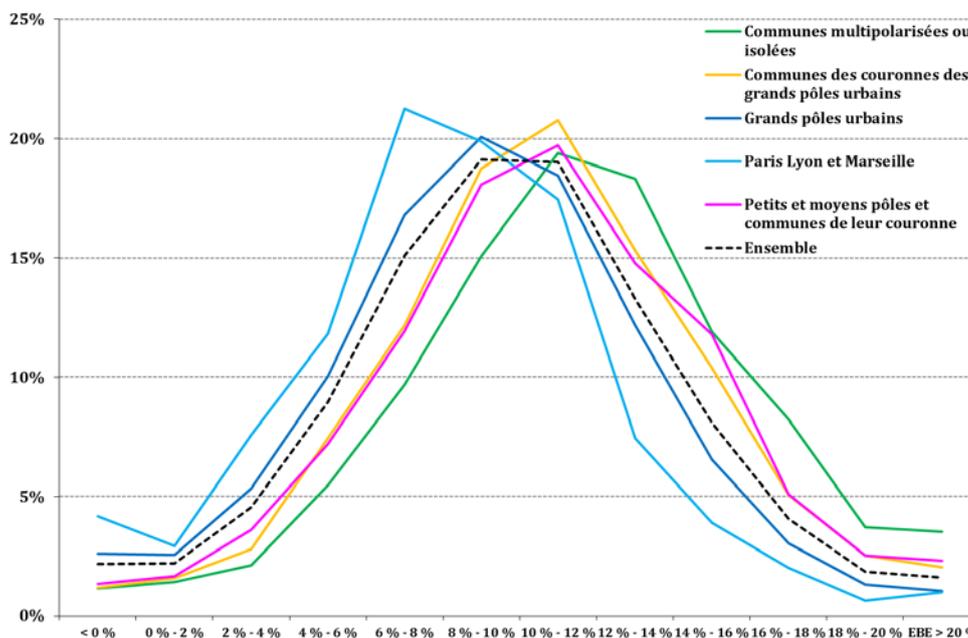
Source : DGFIP, calculs mission.

#### 4.3.4. Les officines faiblement performantes, voire en difficulté, se trouvent concentrées dans les grands pôles urbains et particulièrement Paris, Lyon et Marseille

Les officines situées dans les grands pôles urbains et particulièrement Paris, Lyon et Marseille, affichent plus souvent des performances de gestion faibles que les officines implantées dans d'autres communes, mais elles réalisent un CA plus élevé que la moyenne.

Les officines implantées dans les communes isolées ou multipolarisées, dans de petits et moyens pôles urbains ainsi que dans les couronnes des grands pôles urbains réalisent davantage que les autres des performances de gestion élevées. Ces bonnes performances s'appliquent à un CA plus faible que la moyenne seulement pour les communes multipolarisées et isolées (cf. *supra*).

**Graphique 12 : Distribution de l'excédent brut d'exploitation des officines en % du CA selon le type de commune d'implantation en 2014**



*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

L'excédent brut d'exploitation des officines a progressé quel que soit le type de commune d'implantation, à des rythmes néanmoins variables : le taux de croissance annuel moyen le plus élevé s'observe pour les officines des communes urbaines petites et moyennes et leurs couronnes (6,3 % par an en moyenne) portant leur EBE moyen à plus de 200 k€ par an ; tandis que les officines des communes isolées ou multipolarisées affichent le taux de croissance annualisé le plus faible (2,3 % par an en moyenne). Ce dernier dépasse toutefois en valeur l'EBE moyen des officines des grands pôles urbains.

**Exprimé en % du CA, l'EBE a progressé dans tous les types de communes, mais particulièrement (plus d'1,5 point) dans les communes multipolarisées ou isolées ainsi que dans les petits et moyens pôles urbains et leurs couronnes.**

**Tableau 36 : Évolution de l'excédent brut d'exploitation entre 2010 et 2014  
selon le type de commune d'implantation de l'officine**

Type de commune	Montant moyen de l'excédent brut d'exploitation en 2010	Montant moyen de l'excédent brut d'exploitation en 2014	TCAM 2010-2014	EBE en % du CA 2010	EBE en % du CA en 2014
Communes multipolarisées ou isolées	145 408	159 330	2,3	10,1	11,8
Petits et moyens pôles urbains et commune de leurs couronnes	158 846	202 812	6,3	9,0	10,9
Commune des couronnes des grands pôles	152 931	174 760	3,4	9,3	10,7
Grands pôles urbains	133 879	158 503	4,3	8,2	9,4
Paris, Lyon et Marseille	131 277	149 420	3,3	7,6	8,2
<b>Ensemble</b>	<b>140 716</b>	<b>165 077</b>	<b>4,1</b>	<b>8,6</b>	<b>9,9</b>

*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

#### **4.4. Si le résultat net des officines assujetties à l'impôt sur le revenu a légèrement reculé en niveau sur la période 2010-2014, celui des officines redevables de l'impôt sur les sociétés connaît une croissance relativement forte**

Le résultat net (RN) des officines tient compte, au-delà des performances de gestion, de la politique d'investissement (mesurée par les dotations aux amortissements), des obligations de provisionnement, du résultat financier, de l'impôt payé, pour les entreprises soumises à l'impôt sur les sociétés et des événements exceptionnels affectant l'entreprise.

Il représente des réalités financières différentes selon le statut d'imposition des officines :

- ◆ pour les officines assujetties à l'IR, il s'agit d'un résultat avant impôt. En effet pour celles-ci, il n'y a pas d'imposition au niveau de l'entreprise, seulement au niveau des pharmaciens titulaires, or le niveau d'imposition dépend de la composition du foyer fiscal et des autres revenus de celui-ci, il est donc difficile d'estimer le revenu disponible des titulaires pour se rémunérer et rembourser leurs emprunts sans connaître des informations sur les pharmaciens dont la mission ne dispose pas. Ce revenu avant impôt, divisé par le nombre de titulaires de l'officine, est cependant un indicateur du revenu brut du pharmacien titulaire, base de calcul de ses cotisations sociales ;
- ◆ pour les officines assujetties à l'IS, il s'agit d'un indicateur du revenu disponible de l'officine pour :
  - rembourser les emprunts le cas échéant ;
  - mettre en réserve une partie des revenus au sein de la société pour financer son développement ;
  - verser des dividendes aux associés, en complément de la rémunération de gérance pour les pharmaciens titulaires ou du salaire pour les pharmaciens adjoints.

Il est à noter que dans ce cas, le RN n'est pas un indicateur du revenu des pharmaciens titulaires, mais de la situation financière de l'officine.

Les analyses concernant le revenu net des officines sont donc présentées séparément selon le régime d'imposition.

#### 4.4.1. Le résultat net des officines redevables de l'impôt sur le revenu s'établit en moyenne à 145 k€ en 2014 et présente de fortes disparités

##### 4.4.1.1. Le résultat net des officines redevables de l'impôt sur le revenu s'établit en moyenne à 145 k€ en 2014, en recul de près de 1 % par an depuis 2010

En 2014, sur l'échantillon étudié, le RN des officines à l'IR est en moyenne de 156 k€, ce qui équivaut à près de 10 % du chiffre d'affaires.

Il est plus élevé, en niveau, que le résultat des entreprises individuelles du commerce et de l'artisanat calculé par la FCGA (47 k€) mais plus faible en pourcentage du chiffre d'affaires (18 % sur l'ensemble du secteur du commerce et de l'artisanat, en raison d'un chiffre d'affaires moyen de 256 k€, six fois plus faible que celui des pharmacies). Il est également près de deux fois et demi supérieur au salaire d'un pharmacien adjoint encadrant des cadres ou coordonnant plusieurs établissements<sup>32</sup> (62 k€ brut en 2014).

Le RN des officines assujetties à l'IR a globalement reculé de près de 4 % sur la période 2010-2014, passant de 152 à 146 k€ en moyenne. Exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires il est globalement stable (-0,2 point en quatre ans).

**Tableau 37 : Évolution du résultat courant avant impôts entre 2010 et 2014**

	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat courant avant impôt	151 854	155 047	150 687	147 285	146 372
Taux de croissance annuel en %	-	2,1	-2,8	-2,3	-0,6
Résultat courant en % du CA HT	9,9	10,0	9,7	9,6	9,7

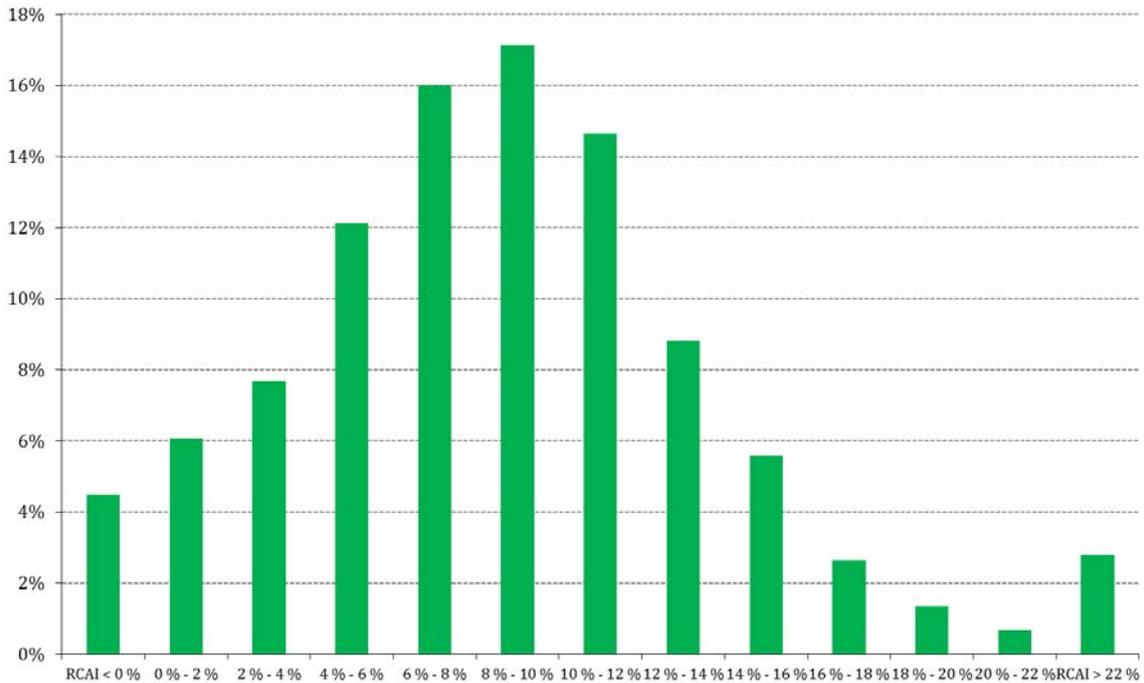
*Source : DGFIP, calculs mission.*

##### 4.4.1.2. Les plus petites officines présentent davantage de risque de dégager un résultat faible et peu dynamique

La dispersion du revenu net est relativement importante et la distribution biaisée vers le bas, comme l'illustre le graphique *infra*. 10 % des officines ont obtenu un résultat inférieur à 2 % de leur chiffre d'affaires et plus de 4 % (509) un résultat négatif en 2014. Toutefois, 8 % des officines ont réalisé un résultat supérieur à 16 % de leur chiffre d'affaires et près de la moitié des pharmacies ont obtenu un taux de résultat net compris entre 8 et 16 %.

<sup>32</sup> Cela correspond à la position III dans la classification des cadres pharmaciens définis dans la convention collective. Le coefficient minimal applicable pour ces pharmaciens salariés est 800, ce qui, étant donné la valeur du point d'indice en 2014, correspond à 62 180 € brut par an, hors indemnités complémentaires et primes.

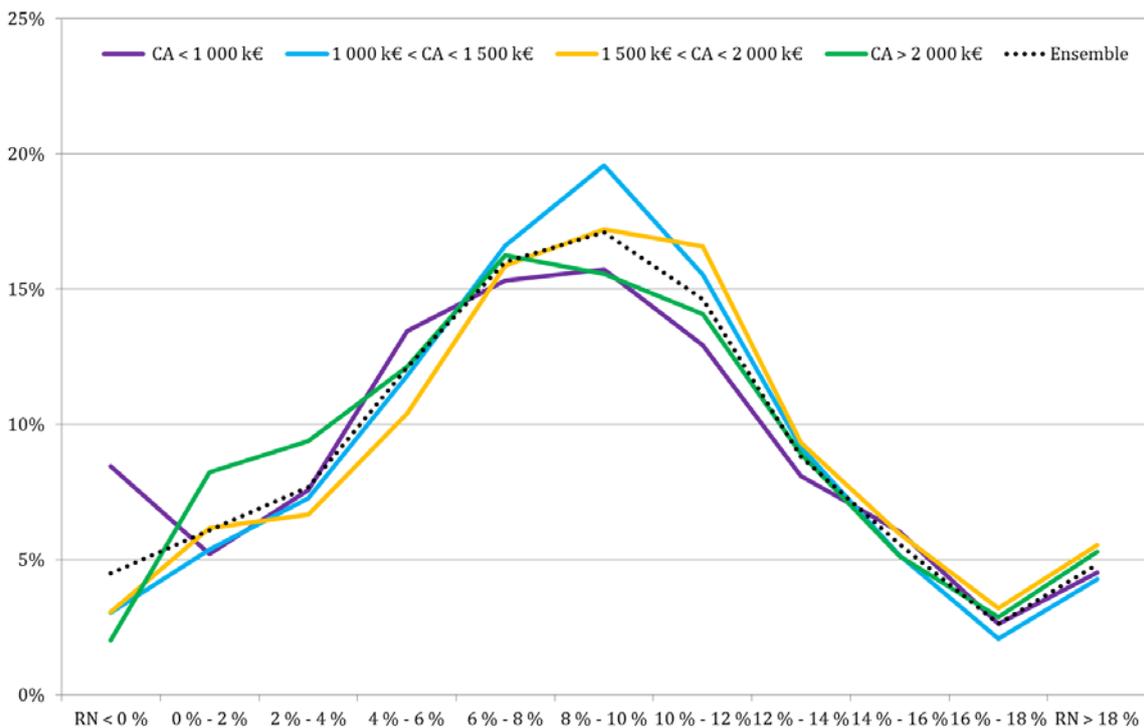
**Graphique 13 : Distribution du revenu des officines assujetties à l'IR exprimé en % du CA en 2014**



Source : DGFIP, calculs mission.

Les officines dont le chiffre d'affaires est inférieur à 1 M€ ont une probabilité plus forte que les autres d'avoir un résultat net négatif, et celle dont le chiffre d'affaires est supérieur à 2 M€ de dégager un résultat compris entre 0 et 2 %, mais globalement, la distribution des taux de résultat est similaire selon les différentes tranches de chiffre d'affaires.

**Graphique 14 : Distribution du résultat net exprimé en % du CA selon le niveau du chiffre d'affaires en 2014**

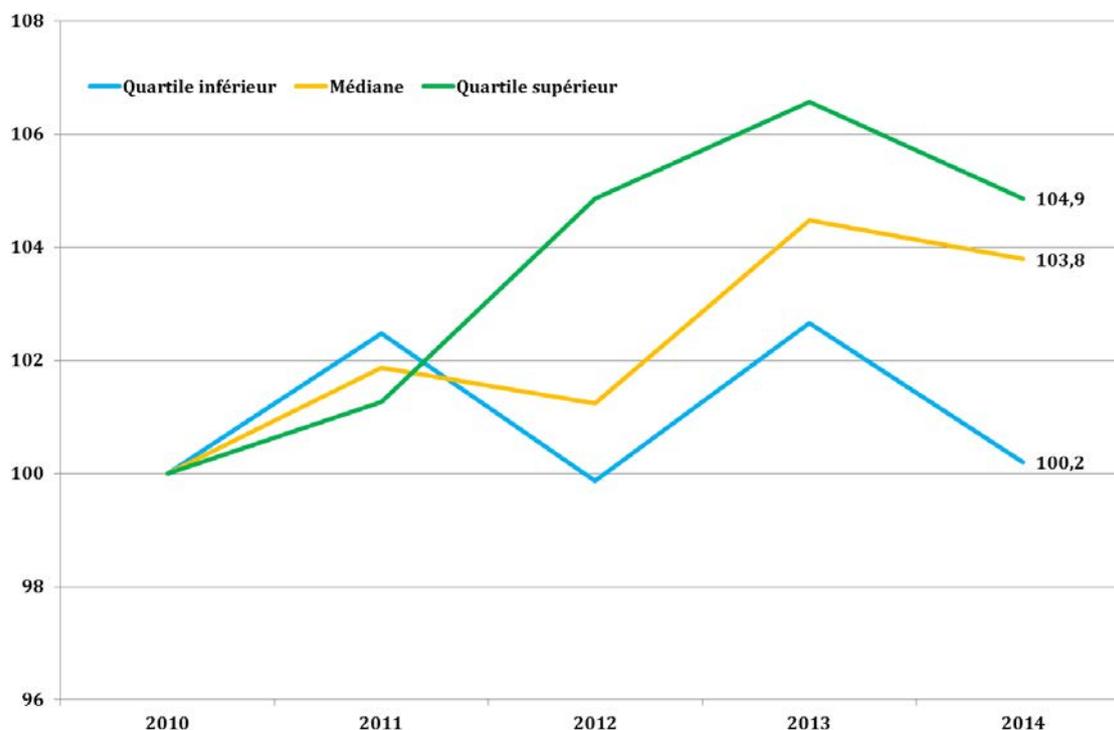


## Annexe IV

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Sur la période 2010-2014, le premier quartile de revenu a connu d'assez fortes fluctuations mais est resté globalement stable à environ 55 k€, tandis que la médiane progressait de 4 % au total, passant de 101 à 105 k€ et le quartile supérieur de 5 %, passant de 166 à 174 k€. La dispersion des revenus, telle que mesurée par le rapport interquartile, a donc augmenté (de 3,0 à 3,1).

**Graphique 15 : Évolution des quartiles de revenu net, en base 100 en 2010**



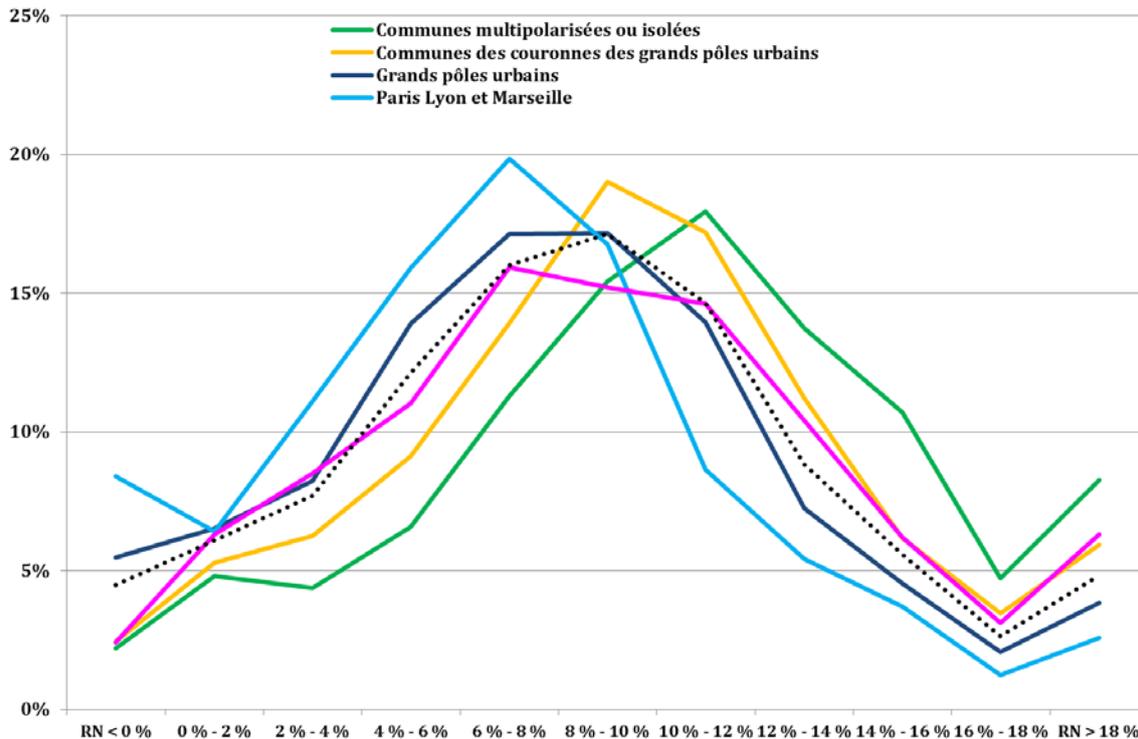
*Source : DGFIP, calculs mission.*

### **4.4.1.3. Les officines implantées dans de petits pôles urbains dégagent plus souvent un résultat net positif et en croissance que les autres**

**Ce sont les officines implantées dans les grands pôles urbains, particulièrement à Paris, Lyon et Marseille, qui ont les plus fortes chances de réaliser un résultat négatif ou faible, tant en niveau qu'en pourcentage du chiffre d'affaires.** En revanche, les pharmacies des communes multipolarisées ou isolées ou des petits et moyens pôles urbains et de leur couronne, réalisent plus souvent des résultats élevés en niveau, comme en proportion de leur chiffre d'affaires.

## Annexe IV

**Graphique 16 : Distribution du résultat net en % du CA selon la commune d'implantation de l'officine en 2014**



*Source : DGFIP, Insee, calculs mission.*

**Le revenu net des officines imposées à l'IR a régressé de 1 % à 3 % par an dans l'ensemble des communes, entre 2010 et 2014, à l'exception des communes des petits et moyens pôles urbains et de leur couronne, où il a progressé d'en moyenne 1,5 %, ainsi que des communes des grands pôles urbains, où il est resté stable.**

Exprimé au prorata du chiffre d'affaires, le RN des officines imposées à l'IR a augmenté légèrement dans les communes les plus petites mais reculé dans les communes urbaines de grande taille.

**Tableau 38 : Évolution du revenu net entre 2010 et 2014 selon le type de commune d'implantation de l'officine**

Type de commune	Revenu net moyen en 2010 en €	Revenu net moyen en 2014 en €	TCAM 2010-2014	RN en % du CA en 2010	RN en % du CA en 2014
Communes multipolarisées ou isolées	161 025	147 605	-2,2%	11,7	11,9
Petits et moyens pôles et communes de leurs couronnes	170 383	180 882	1,5%	10,1	10,3
Commune des couronnes des grands pôles urbains	173 022	173 242	0,0%	11,0	11,4
Grands pôles urbains	143 143	135 636	-1,3%	9,3	8,9
Paris, Lyon et Marseille	127 347	113 140	-2,9%	8,4	7,3
<b>Ensemble</b>	<b>151 854</b>	<b>146 372</b>	<b>-0,9%</b>	<b>9,9</b>	<b>9,7</b>

*Source : DGFIP, calculs mission. TCAM : taux de croissance annuel moyen.*

#### 4.4.2. le résultat net des officines redevables de l'impôt sur les sociétés est par définition plus faible que celui des officines assujetties à l'impôt sur le revenu mais il est en croissance depuis 2010

##### 4.4.2.1. Le résultat net des officines redevables de l'impôt sur les sociétés s'établit en moyenne à 90 k€ en 2014, en progression de près de 5 % par an depuis 2010

En 2014, le revenu net moyen des officines assujetties à l'IS s'élève à 90 k€, soit environ 5 % du chiffre d'affaires<sup>33</sup>.

Il a progressé de manière heurtée mais globalement rapide sur toute la période car il s'établissait en 2010 à moins de 75 k€ (+21 % en quatre ans). Comme ces évolutions sont plus importantes que celles du chiffre d'affaires, le taux de résultat net a augmenté d'un point entre 2010 et 2014 pour ces officines.

**Tableau 39 : Évolution du résultat net des officines assujetties à l'IS entre 2010 et 2014**

Indicateur	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat net en €	74 430	79 783	80 478	87 091	90 217
Taux de croissance annuel en %	-	7,2	0,9	8,2	3,6
RN en % du CA HT	3,9	4,2	4,3	4,7	4,8

*Source : DGFIP, calcul mission.*

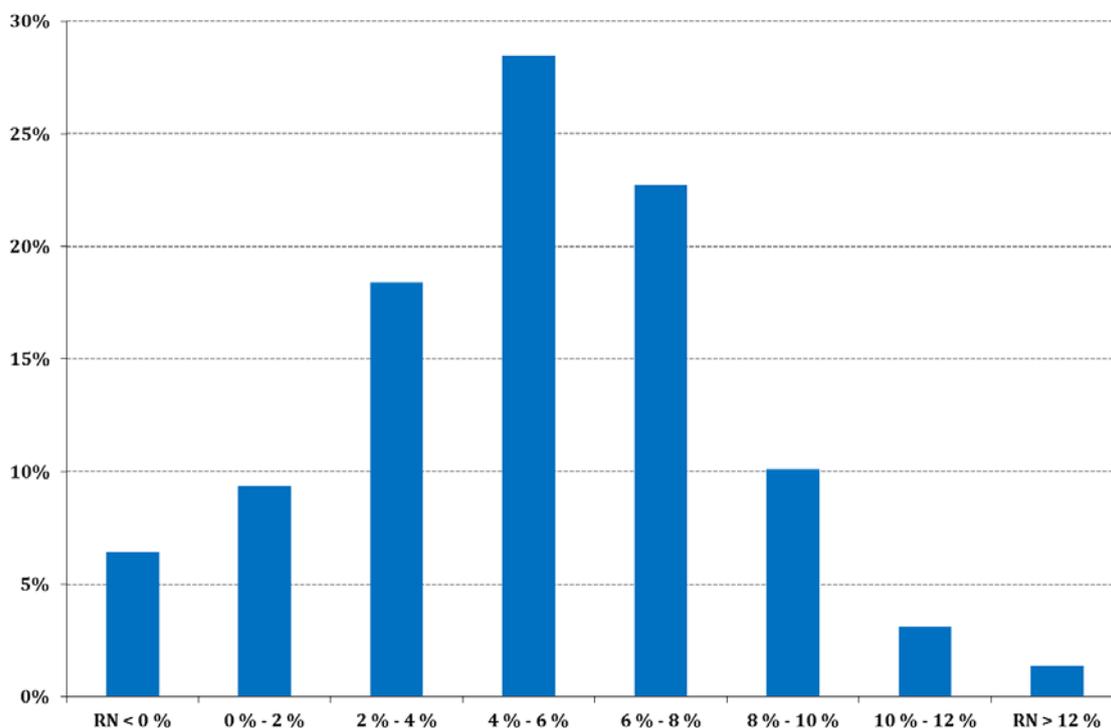
##### 4.4.2.2. Les plus petites officines présentent davantage de risque de dégager un résultat faible mais dynamique

La dispersion du revenu net des officines imposées à l'IS est relativement importante et la distribution biaisée vers le bas, comme l'illustre le graphique *infra*. Ainsi, près d'un tiers des officines réalisent un résultat inférieur à 4 % de leur CA et plus de 6 % des officines (616), un résultat net négatif. Seules 5 % des établissements réalisent un résultat supérieur à 10 % de leur CA. Toutefois, près des deux tiers dégagent un résultat net compris entre 4 et 10 %.

<sup>33</sup> Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par KPMG sur un échantillon d'officines assujetties à l'IS.

## Annexe IV

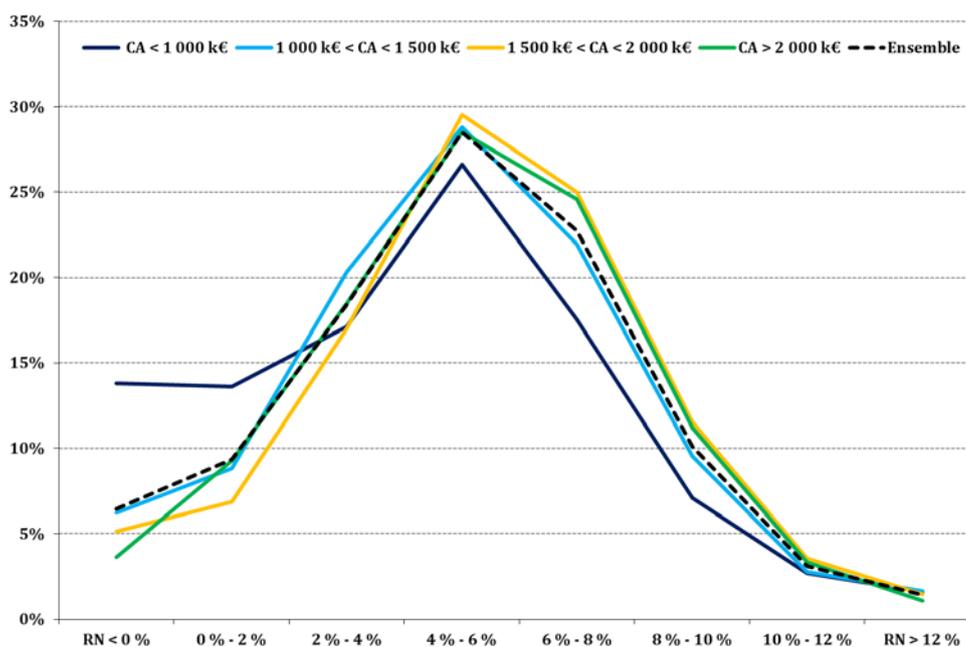
**Graphique 17 : Distribution du revenu net des officines imposées à l'IS exprimé en % du CA en 2014**



*Source : DGFIP, calculs mission.*

Les officines dont le chiffre d'affaires est inférieur à 1 M€ réalisent un résultat net dans l'ensemble plus faible que les autres (45 % d'entre elles présentent un taux de résultat inférieur à 4 %) et ont un plus fort risque d'obtenir un résultat net négatif.

**Graphique 18 : Distribution du résultat net exprimé en % du CA selon le niveau du chiffre d'affaires en 2014**

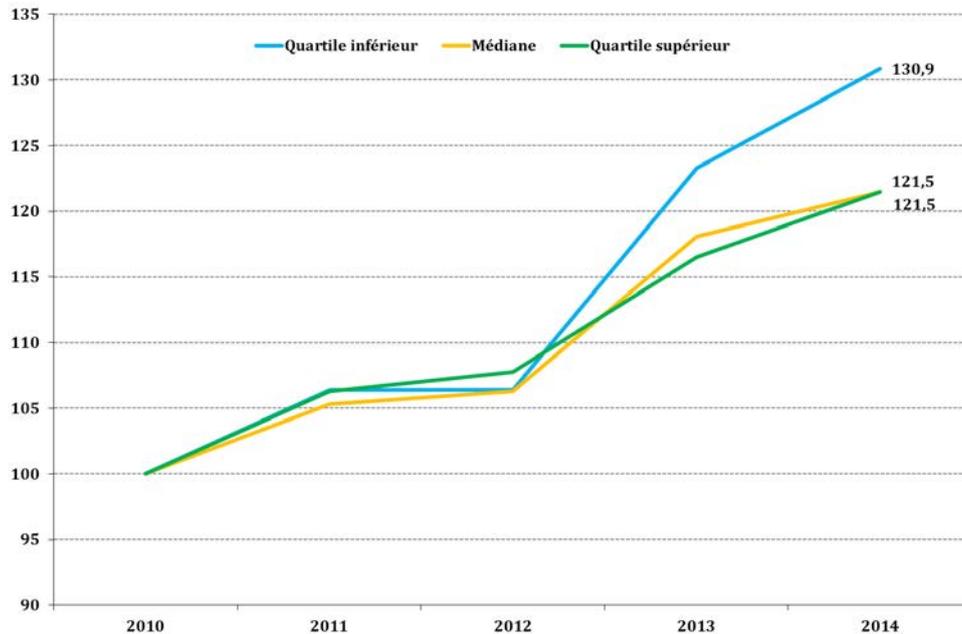


*Source : DGFIP, calculs mission.*

## Annexe IV

Le revenu net des officines a progressé quel que soit le quartile de revenu considéré, et davantage pour le quartile inférieur (+31 % en quatre ans) que pour le quartile supérieur ou la médiane (+21 % en quatre ans). En conséquence, la dispersion du revenu net des officines à l'IS a diminué (le rapport interquartile est passé de 3,3 à 3,1).

**Graphique 19 : Évolution des quartiles de revenu net, en base 100 en 2010**

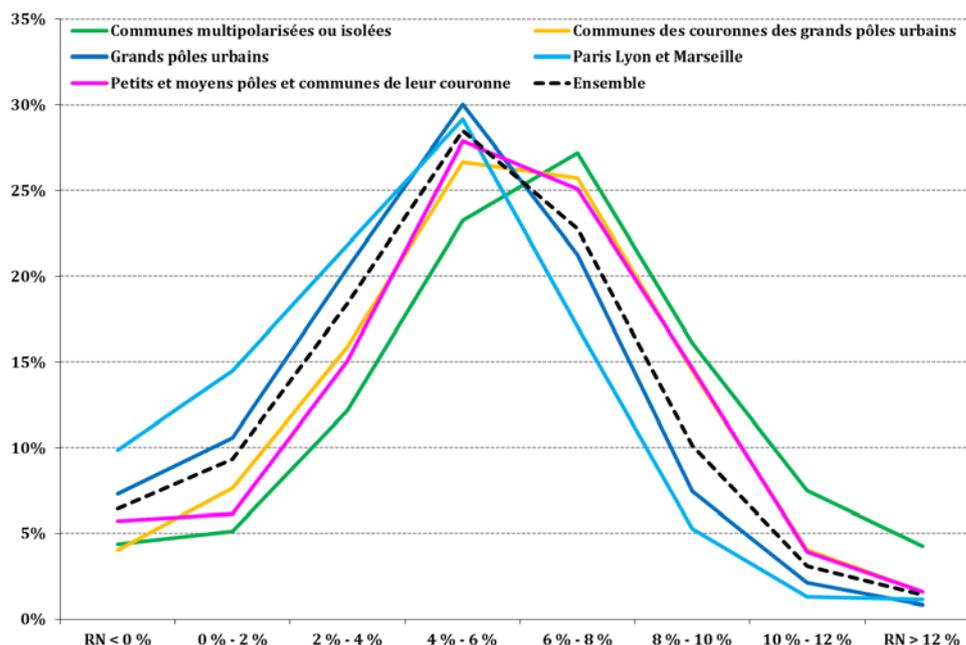


*Source : DGFIP, calculs mission.*

### **4.4.2.3. Les officines des petits pôles urbains ou des couronnes des grands pôles dégagent un résultat net plus élevé et plus dynamique que les autres**

Comme pour les officines assujetties à l'IR, l'implantation dans les grands pôles urbains, particulièrement Paris, Lyon et Marseille, est plus souvent synonyme de résultat négatif ou faible, tant en niveau qu'en pourcentage du chiffre d'affaires (le revenu net moyen est inférieur à 85 k€). En revanche, les pharmacies des communes multipolarisées ou isolées ou des petits et moyens pôles urbains et de leur couronne, réalisent plus souvent des résultats élevés en niveau, comme en proportion de leur chiffre d'affaires.

**Graphique 20 : Distribution des officines selon le niveau de résultat net en % du CA et de la commune d'implantation en 2014**



Source : DGFIP, Insee, calculs mission.

**Si le revenu net a progressé entre 2010 et 2014 quel que soit le type de commune d'implantation, l'augmentation la plus importante est constatée pour les officines des grands pôles urbains hors Paris, Lyon et Marseille (+6,0 % par an en moyenne), tandis qu'elle est inférieure à la moyenne pour les communes multipolarisées ou isolées (+3,5 % par an en moyenne) et surtout Paris, Lyon et Marseille (+1,7 % par an en moyenne).**

Exprimé en point de chiffre d'affaires, le revenu net a également progressé sur tous les territoires, davantage dans les communes multipolarisées et isolées, en raison de la baisse du chiffre d'affaires concomitante constatée pour ces officines.

## Annexe IV

**Tableau 40 : Évolution du revenu net entre 2010 et 2014 selon le type de commune d'implantation de l'officine**

Type de commune	Revenu net moyen en 2010	Revenu net moyen en 2014	TCAM 2010-2014 en %	RN en % du CA en 2010	RN en % du CA en 2014
Communes multipolarisées ou isolées	83 360	95 710	3,5	5,2	6,4
Petits et moyens pôles et communes de leurs couronnes	91 169	108 059	4,3	4,6	5,4
Commune des couronnes des grands pôles urbains	83 153	99 182	4,5	4,6	5,5
Grands pôles urbains	66 975	84 482	6,0	3,5	4,5
Paris, Lyon et Marseille	74 301	79 617	1,7	3,2	3,7
<b>Ensemble</b>	<b>74 430</b>	<b>90 217</b>	<b>4,9</b>	<b>3,9</b>	<b>4,8</b>

*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

## 5. La situation financière des officines apparaît relativement favorable en dépit de l'augmentation sur les dernières années du nombre des procédures collectives

### 5.1. Le taux de rentabilité financière des fonds propres des officines est supérieur à celui observé sur l'ensemble du secteur du commerce mais présente d'assez fortes disparités selon la taille et l'implantation des officines

#### 5.1.1. Le taux de rentabilité financière des fonds propres est nettement supérieur pour les officines que pour l'ensemble du secteur du commerce

Le taux de rentabilité financière des fonds propres, qui rapporte la capacité d'autofinancement de l'entreprise (son résultat net augmenté des dotations aux amortissements et aux provisions nettes des reprises) à ses capitaux propres, est une mesure de la rentabilité de l'investissement dans l'officine réalisé par le titulaire en tant qu'entrepreneur ou associé de sa société.

Nous distinguons de nouveau les officines assujetties à l'IR et à l'IS.

En moyenne, en 2014, les fonds propres des officines redevables de l'IR s'élèvent à 478 k€, soit 49 % de leur passif total. Ceux des officines redevables de l'IS atteignent 544 k€, équivalant à 31 % de leur passif total, ces dernières étant à la fois des entreprises de plus grande taille et plus endettées<sup>34</sup>.

**Tableau 41 : Niveau des fonds propres en 2014 – pharmacie et ensemble du commerce**

Indicateur	Officines à l'IR	Officines à l'IS	Ensemble du secteur du commerce
Montant moyen des fonds propres en €	478 421	544 022	NC
Fonds propres en % du passif total	49,4	30,6	40,1

*Source : DGFIP, calculs mission. « Situation des entreprises, statistiques détaillées », Banque de France, données retraitées des doubles comptes.*

**En 2014, le taux de rentabilité financière des fonds propres est de 32 % pour les officines soumises à l'IR et 19 % pour celles imposées à l'IS. Elle est nettement supérieure à celle observée sur l'ensemble du secteur du commerce par la Banque de France (9 % en 2014), ce qui s'explique à la fois par des niveaux de fonds propres limités et des revenus élevés.**

**Tableau 42 : Taux de rentabilité financière des fonds propres en 2014 pharmacie et ensemble du commerce**

Indicateur	Officines à l'IR	Officines à l'IS	Ensemble du secteur du commerce
Taux de rentabilité financière en % des fonds propres	32,0	19,0	9,3

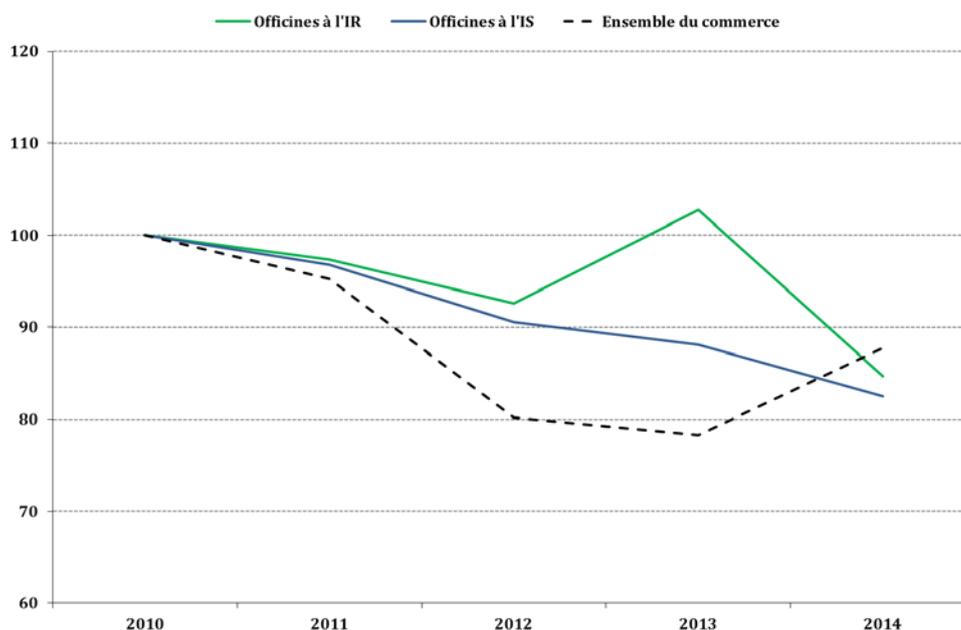
*Source : DGFIP, calculs mission et « situation des entreprises, statistiques détaillées », Banque de France, données retraitées des doubles comptes.*

<sup>34</sup> Ces ratios sont légèrement plus faibles que ceux obtenus par Xerfi sur son panel d'officines (52 %), mais d'un ordre de grandeur comparable au ratio observé par la Banque de France sur l'ensemble du commerce (40 %).

## Annexe IV

**La rentabilité financière des fonds propres des officines de pharmacie suit une tendance baissière sur la période 2010-2014**, comme celle de l'ensemble du secteur du commerce, mais de façon moins marquée. Alors que la rentabilité financière des entreprises du secteur du commerce a rebondi en 2014, celle des pharmacies a continué de se dégrader en 2014.

**Graphique 21 : Évolution de la rentabilité financière des fonds propres entre 2010 et 2014  
Pharmacie et reste du secteur du commerce**



*Source : DGFIP, Banque de France, calculs mission.*

### 5.1.2. Le taux de rentabilité financière croît avec le chiffre d'affaires et varie selon le type de commune d'implantation

Le taux de rentabilité financière est croissant avec le chiffre d'affaires.

**Tableau 43 : Taux de rentabilité financière des pharmacies selon le niveau de chiffre d'affaires en 2014**

Indicateur	CA < 1 000 k€	1 000 k€ < CA < 1 500 k€	1 500 k€ < CA < 2 000 k€	2 000 k€ < CA
Taux de rentabilité financière des officines à l'IR (en %)	22,5	28,9	33,5	38,8
Taux de rentabilité financière des officines à l'IS (en %)	15,2	18,0	18,8	20,0

*Source : DGFIP, calculs mission.*

La rentabilité financière des fonds propres des officines à l'IR présente peu de disparité en fonction de l'implantation géographique. Elle avoisine 31 % dans la plupart des communes, mais est sensiblement plus élevée pour les officines des couronnes des grands pôles urbains (près de 37 %).

En revanche, la rentabilité financière des fonds propres des officines à l'IS est plus élevée en ville et croissante avec la taille du pôle urbain. Cela s'explique en partie par l'importance de l'effet de levier de l'endettement pour ces officines (cf. *infra*).

## Annexe IV

**Tableau 44 : Taux de rentabilité financière des pharmacies selon la commune d'implantation en 2014**

Indicateur	Communes multipolarisées ou isolées	Petit ou moyen pôle et commune de sa couronne	Commune de la couronne d'un grand pôle urbain	Grand pôle urbain	Paris, Lyon et Marseille
Taux de rentabilité financière des officines à l'IR en %	31,5	30,1	36,9	31,0	30,7
Taux de rentabilité financière des officines à l'IS en %	18,3	16,9	18,9	19,2	23,7

*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

### 5.2. Les officines présentent en 2014 un taux d'endettement élevé, plus important dans les grands pôles urbains

#### 5.2.1. Le taux d'endettement des officines de pharmacie est significativement plus élevé que le taux d'endettement du secteur du commerce mais il diminue

Le taux d'endettement des officines de pharmacie, exprimé en pourcentage des fonds propres, est de 160 % en moyenne dans notre échantillon<sup>35</sup>. Il est près de deux fois plus élevé chez les officines soumises à l'IS que chez les officines imposées à l'IR (226 % contre 102 %). Cela représente entre 116 et 238 jours de chiffre d'affaires pour ces officines.

Il est significativement plus élevé que le taux d'endettement du secteur du commerce mesuré par la Banque de France (81 %).

**Tableau 45 : Taux d'endettement en 2014 - pharmacie et ensemble du secteur du commerce**

Taux d'endettement	Officines redevables de l'IR	Officines redevables de l'IS	Ensemble des officines	Ensemble des entreprises du secteur du commerce
Endettement financier brut en % des fonds propres	102,3	226,1	163,0	81,3
Endettement financier brut en jours de CA HT	116	238	178	NC

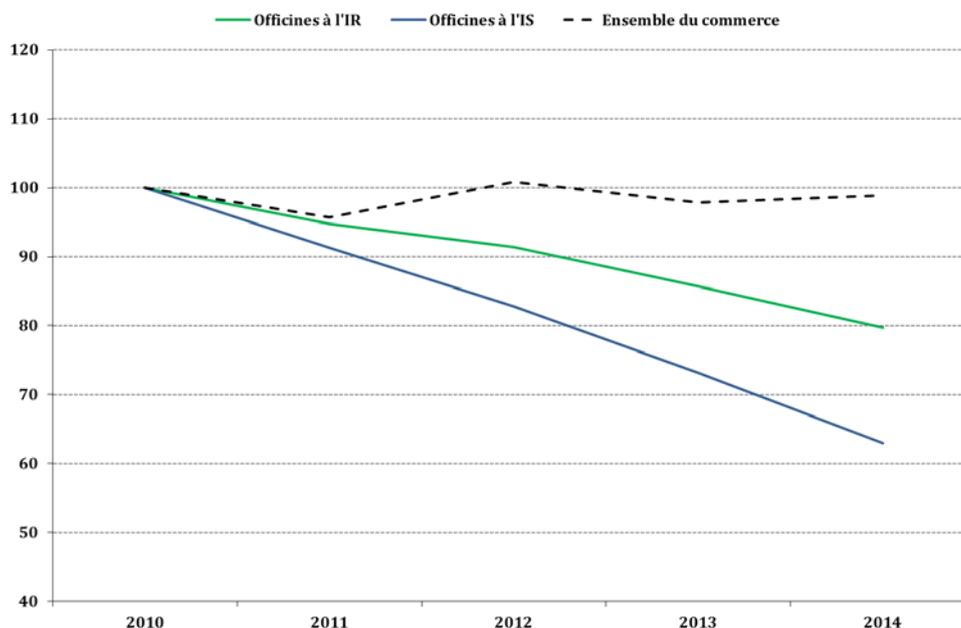
*Source : DGFIP, calculs mission. « Situation des entreprises, statistiques détaillées », Banque de France, données retraitées des doubles comptes.*

Les officines de pharmacie, notamment celles assujetties à l'IS, se sont fortement désendettées sur la période 2010-2014, tandis que le taux d'endettement de l'ensemble des entreprises du commerce restait globalement stable.

<sup>35</sup> Ce taux d'endettement est nettement supérieur à celui obtenu par Xerfi et la FCGA sur leurs échantillons.

## Annexe IV

**Graphique 22 : Évolution du taux d'endettement entre 2010 et 2014  
pharmacies et ensemble du secteur du commerce**



*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

### 5.2.2. Le taux d'endettement des officines varie selon la taille de l'officine et s'avère plus élevé pour les établissements implantés dans les grands pôles urbains

Si le taux d'endettement est croissant avec le chiffre d'affaires pour les officines redevables de l'IR, il est plutôt décroissant pour les officines assujetties à l'impôt sur les sociétés.

**Tableau 46 : Taux d'endettement des pharmacies selon le niveau de chiffre d'affaires en 2014**

Indicateur	CA < 1 000 k€	1 000 < CA < 1 500 k€	1 500 < CA < 2 000 k€	2 000 k€ < CA
Taux d'endettement des officines à l'IR (en % des fonds propres)	82,5	93,9	99,8	121,7
Taux d'endettement des officines à l'IS (en % des fonds propres)	256,7	234,6	217,7	222,7

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Le taux d'endettement des pharmacies le plus faible est observé dans les communes multipolarisées ou isolées, il est ensuite croissant en fonction de la taille de l'aire urbaine.

**Tableau 47 : Taux d'endettement des pharmacies selon la commune d'implantation en 2014**

Indicateur	Commune multipolarisées ou isolées	Petit ou moyen pôle et commune de sa couronne	Commune de la couronne d'un grand pôle urbain	Grand pôle urbain	Paris, Lyon et Marseille
Taux d'endettement des officines à l'IR (en % des fonds propres)	78,9	81,0	90,6	110,4	151,4
Taux d'endettement des officines à l'IS (en % des fonds propres)	170,1	184,8	199,0	244,9	345,5

*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

### 5.3. Les charges financières sont relativement importantes dans le revenu des officines, davantage en raison du niveau de l'endettement que du coût de celui-ci, plus faible que dans le reste du secteur du commerce

#### 5.3.1. Les charges financière pèsent assez fortement dans le revenu des officines même si le coût apparent de l'endettement est moindre que pour les autres entreprises du commerce

Afin d'estimer le poids des charges financières des officines, nous analysons deux indicateurs : le poids des charges financières dans le résultat courant avant impôt et le coût apparent de l'endettement, qui rapporte ces charges financières à la dette des officines.

En 2014, les charges financières représentent près de 6 % du RCAI des officines redevables de l'IR et près de 24 % de celui des officines redevables de l'IS. La proportion moyenne est comparable à celle observée sur l'ensemble du secteur du commerce en 2014 par la Banque de France.

Le coût apparent de l'endettement des officines oscille autour de 2 %, quel que soit le régime d'imposition des officines, ce qui est plus faible que le coût apparent observé sur l'ensemble du secteur du commerce.

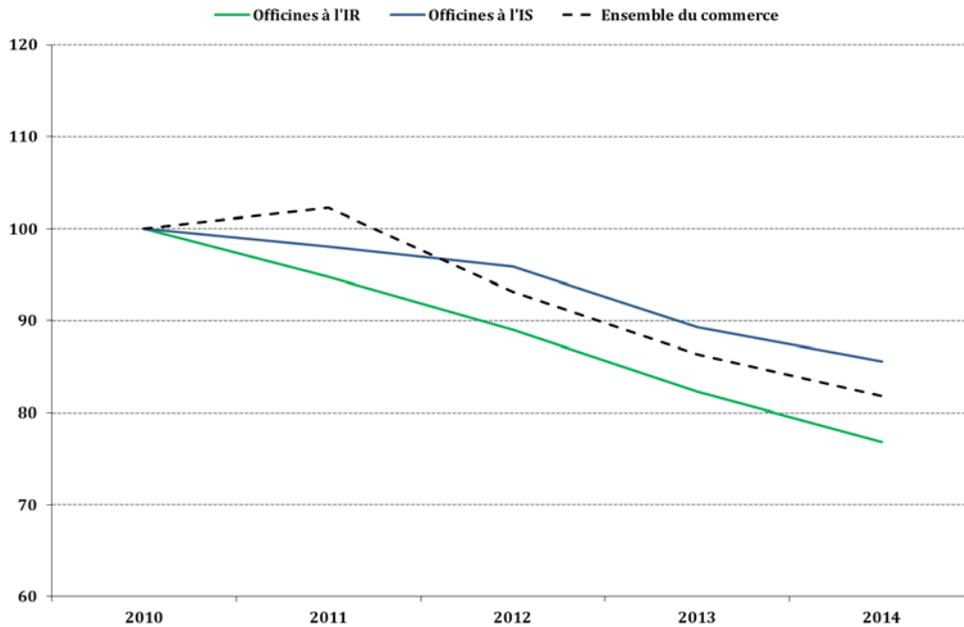
**Tableau 48 : Taux d'endettement en 2014 – pharmacie et ensemble du secteur du commerce**

Poids des charges financières	Officines redevables de l'IR	Officines redevables de l'IS	Ensemble des officines	Ensemble des entreprises du secteur du commerce
Part des charges financières dans le RCAI en %	5,7	23,0	12,9	13,6
Coût apparent de l'endettement en %	1,8	2,4	2,2	3,6

*Source* : DGFIP, calculs mission. « Situation des entreprises, statistiques détaillées », Banque de France, données retraitées des doubles comptes.

Le coût apparent de l'endettement a diminué continûment sur la période 2010-2014 pour les pharmacies, plus précocement que pour l'ensemble du secteur du commerce, dans une proportion plus importante pour les officines à l'IR (-23 %), mais moindre pour les officines à l'IS (-14 %).

**Graphique 23 : Évolution du coût apparent de l'endettement entre 2010 et 2014  
pharmacie et ensemble du secteur du commerce**



Source : DGFIP, Banque de France, calculs mission.

### 5.3.2. Les charges financières pèsent relativement moins dans le revenu à mesure que la taille de l'officine croît mais sont plus élevées dans les grands pôles urbains

Les charges financières et le coût de l'endettement décroissent avec le chiffre d'affaires pour les officines redevables de l'IR.

Pour les officines imposées à l'IS, le coût de l'endettement tend à croître avec le chiffre d'affaires, mais les charges financières pèsent relativement moins dans le résultat quand le chiffre d'affaires augmente.

**Tableau 49 : Taux d'endettement des pharmacies selon le niveau de chiffre d'affaires en 2014**

Indicateur	CA < 1 000 k€	1 000 < CA < 1 500 k€	1 500 < CA < 2 000 k€	2 000 k€ < CA
Part des charges financières dans le RCAI des officines à l'IR (en %)	7,2	6,0	5,2	5,4
Coût apparent de l'endettement des officines à l'IR (en %)	1,9	1,8	1,7	1,7
Part des charges financières dans le RCAI des officines à l'IS (en %)	34,6	25,8	22,7	21,1
Coût apparent de l'endettement des officines à l'IS (en %)	2,3	2,3	2,4	2,4

Source : DGFIP, calculs mission.

Le coût apparent de l'endettement croît avec la taille de la commune d'implantation pour les officines redevables de l'IR et en parallèle la part des charges financières dans le résultat courant croît mais reste inférieur à 10 %.

En revanche, si le coût apparent de l'endettement décroît globalement avec la taille de la commune d'implantation, le poids des charges financières dans le revenu courant est croissant et atteint des niveaux importants dans les grands pôles urbains et particulièrement à Paris, Lyon et Marseille (24 à 30 %).

## Annexe IV

Cela est source de fragilité pour ces officines, puisque près des deux tiers du revenu courant est préempté par des entités extérieures (L'État et les prêteurs).

**Tableau 50 : Taux d'endettement des pharmacies selon la commune d'implantation en 2014**

Indicateur	Communes multipolarisées ou isolées	Petit ou moyen pôle et commune de sa couronne	Commune de la couronne d'un grand pôle urbain	Grand pôle urbain	Paris, Lyon et Marseille
Part des charges financières dans le RCAI des officines à l'IR (en %)	4,0	4,0	4,3	6,6	9,9
Coût apparent de l'endettement des officines à l'IS (en %)	1,6	1,5	1,6	1,8	1,9
Part des charges financières dans le RCAI des officines à l'IS (en %)	18,1	20,5	20,5	24,4	30,9
Coût apparent de l'endettement des officines à l'IS (en %)	2,4	2,4	2,4	2,3	2,4

*Source : DGFIP, INSEE, calculs mission.*

### 5.4. Au vu du délai de paiement des fournisseurs, les pharmacies ne subissent pas de tension forte sur leur trésorerie

#### 5.4.1. En moyenne, les pharmacies présentent un délai de paiement de leurs fournisseurs plus court que l'ensemble du secteur du commerce

Le délai de paiement des fournisseurs est un indicateur de tension sur la trésorerie des entreprises. Il rapporte le montant des dettes auprès des fournisseurs au montant des achats et charges externes multiplié par 360.

Le délai légal de paiement des fournisseurs est de 30 jours mais un délai plus court ou plus long peut être négocié entre le fournisseur et son client, il ne peut toutefois excéder 60 jours à compter de la date d'émission de la facture en droit<sup>36</sup>. Une durée significativement plus longue peut être le signe que l'entreprise éprouve des difficultés à honorer ses engagements.

En moyenne, les officines règlent leurs fournisseurs dans un délai de 41 jours, ce qui est inférieur au délai moyen observé dans le secteur du commerce (44 jours).

Ce délai de paiement est relativement constant dans le temps même s'il a légèrement augmenté en 2012 et 2013. Les délais de paiement dans l'ensemble du secteur du commerce, plus élevés, ont eu tendance à diminuer.

**Tableau 51 : Évolution du délai de paiement des fournisseurs en nombre de jours entre 2010 et 2014 – pharmacies et ensemble du secteur du commerce**

	2010	2011	2012	2013	2014
Pharmacies	41,6	41,7	42,5	42,7	41,4
Ensemble du commerce	47,1	45,2	44,4	43,4	44,1

*Source : DGFIP, Banque de France, calculs mission.*

<sup>36</sup> Cf. loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

### 5.4.2. Les délais de paiement sont plus élevés pour les plus grosses officines et dans les plus grandes villes

Le délai de paiement est plus élevé dans les pharmacies aux chiffres d'affaires les plus élevés et les plus faibles.

**Tableau 52 : Délai de paiement des fournisseurs, selon le niveau de chiffre d'affaires en 2014**

Indicateur	CA < 1 000 k€	1 000 < CA < 1 500 k€	1 500 < CA < 2 000 k€	2 000 < CA	Ensemble
Délais de paiement des fournisseurs en jours	41	39	39	44	41

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Il est également plus long pour les officines implantées dans des grands pôles urbains, particulièrement à Paris, Lyon et Marseille, où il atteint 50 jours.

**Tableau 53 : Délai de paiement des fournisseurs selon la commune d'implantation en 2014**

Indicateur	Délais de paiement des fournisseurs en jours
Communes multipolarisées ou isolées	36
Petits ou moyens pôles et communes de leur couronne	38
Communes de la couronne d'un grand pôle urbain	37
Grands pôles urbains	43
Paris, Lyon et Marseille	50
<b>Ensemble</b>	<b>41</b>

*Source : DGFIP, Insee, calculs mission.*

### 5.5. Sans être particulièrement élevé, le nombre d'officines en risque de défaut ou en procédure collective a augmenté sur les dernières années, mais cela semble la conséquence de la correction du marché des fonds de commerce de pharmacie

#### 5.5.1. La cotation Banque de France des officines de pharmacie s'est dégradée sur la dernière décennie en raison de la progression des notes acceptables ou faibles

La société Interfimo, société anonyme, filiale de LCL spécialisée dans le financement et la garantie des professionnels libéraux, produit annuellement des études sur la situation économique et financière des officines ainsi que sur l'évolution des prix et des transactions d'officines.

Elle suit notamment la cote de crédit des pharmacies établie par la Banque de France annuellement sur un échantillon de 12 000 officines dont le chiffre d'affaires dépasse 750 k€ (cf. encadré *infra* pour la présentation de la méthode de cotation).

**Encadré 9 : La cotation Banque de France**

La « cotation Banque de France » est une appréciation portée par la Banque de France sur la capacité d'une entreprise à honorer ses engagements financiers à un horizon de trois ans. Elle est composée d'une cote d'activité et d'une cote de crédit.

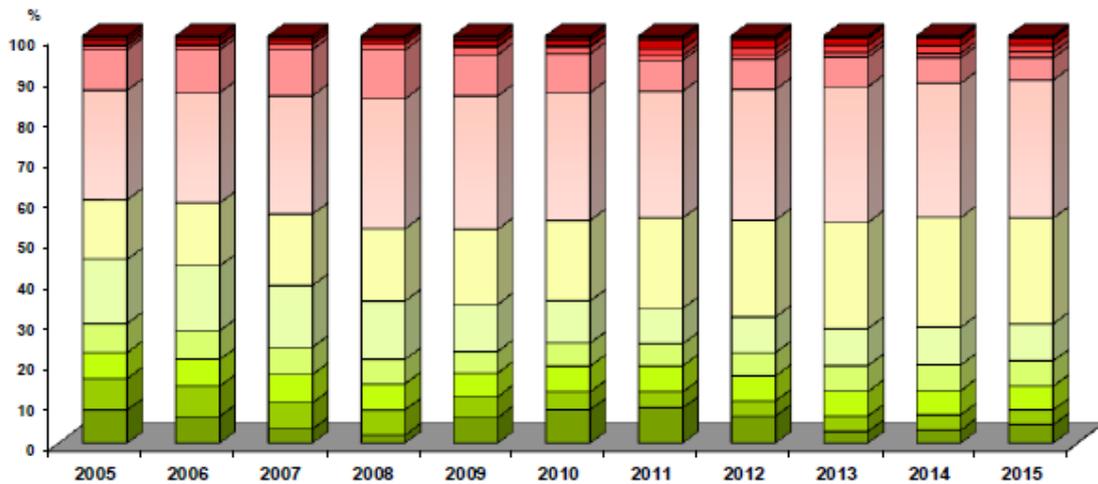
- La cote d'activité évolue entre A et M selon le niveau d'activité, allant de A, lorsque le chiffre d'affaires dépasse 750 M€, à M lorsqu'il est inférieur à 100 k€ ;
- la cote de crédit évolue quant à elle de 0 à P, par ordre décroissant de capacité à honorer ses engagements financiers :
  - la cotation 0 est attribuée lorsque la Banque de France ne dispose pas de documentation comptable récente pour l'entreprise mais n'a été informée d'aucun incident de paiement sur effets ou bien de décision judiciaire ;
  - les cotes de crédit 3, 3+ et 3++ sont attribuées aux entreprises qui, au vu de leur situation financière et de leur capacité de résistance aux évolutions défavorables de l'environnement ou à la survenue d'événements particuliers, présentent une capacité forte à excellente à honorer leurs engagements financiers ;
  - les cotes 4+, 4 sont attribuées à des entreprises qui ne présentent pas de déséquilibres financiers importants mais affichent des signes de fragilité ou d'incertitude relatives à la capacité bénéficiaire, à l'autonomie financière, ou à la solvabilité qui pourraient limiter leur capacité à honorer leurs engagements financiers ;
  - les cotes 5+ et 5 sont attribuées à des entreprises dont la situation financière est affectée par des déséquilibres marqués à très marqués qui rendent sa capacité à honorer ses engagements financiers faible voire très faible et peuvent affecter la pérennité de l'entreprise ;
  - les cotes 6, 7, 8 et 9 sont attribuées à des entreprises pour lesquelles au moins un incident de paiement d'un montant supérieur à 1 524 € a été enregistré dans les six derniers mois (cote 6) voire qui paient de manière très irrégulière leurs effets (cote 9). Les entreprises en redressement ou liquidation bénéficiant d'un plan de redressement reçoivent la cotation de 6 ;
  - enfin la cotation P est attribuée aux entreprises soumises à une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire et pour lesquelles aucun plan de redressement n'a été approuvé.

*Source : Banque de France.*

**Sur les dix dernières années, la part des pharmacies dont la cotation est bonne (4+ à 0) diminue**, passant de près de la moitié de l'échantillon en 2005 à moins de 30 % en 2015, **tandis que la proportion de pharmacies dont la cotation est acceptable ou assez faible progresse** (4 à 5+), passant d'environ 40 % à environ 60 %. La part des officines les plus fragiles (celles dont la cotation évolue entre 5 et P) est quant à elle relativement stable et contenue (moins de 10 % de l'ensemble).

## Annexe IV

**Graphique 24 : Évolution de la cote de crédit des officines entre 2005 et 2015**



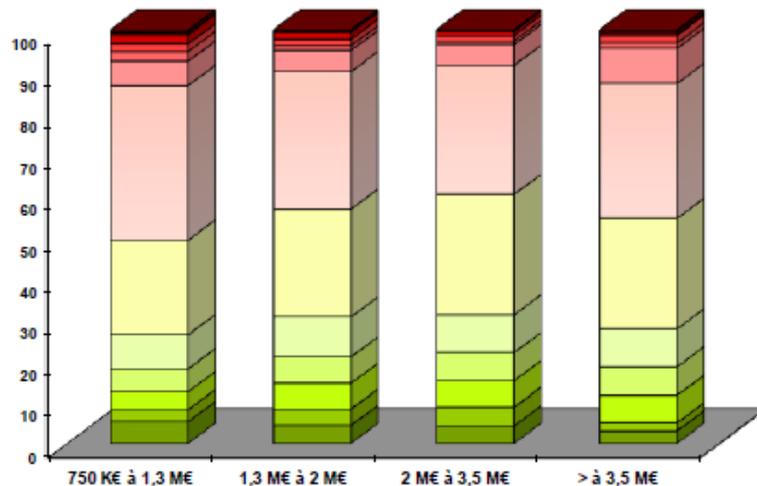
Cote de crédit d'environ 12 000 pharmacies >750 K€



*Source : Interfimo à partir des données Fiben de la Banque de France.*

Les cotes de crédit les plus basses sont plus fréquentes à la fois parmi les officines les plus petites (chiffre d'affaires compris entre 750 k€ et 1,3 M€) et les plus grandes (chiffre d'affaires supérieur à 3,5 M€).

**Graphique 25 : Cote de crédit des officines selon le niveau de chiffre d'affaires en 2015**



Cote de crédit d'environ 12 000 pharmacies



*Source : Interfimo à partir des données Fiben de la Banque de France.*

La part des officines à faible cote (comprise entre 5+ et P), qui est en moyenne de 45 % en 2015, est inférieure à 40 % en Bourgogne-Franche-Comté, dans le Centre et en Nord-Pas-de-Calais-Picardie, mais supérieure à 50 % en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

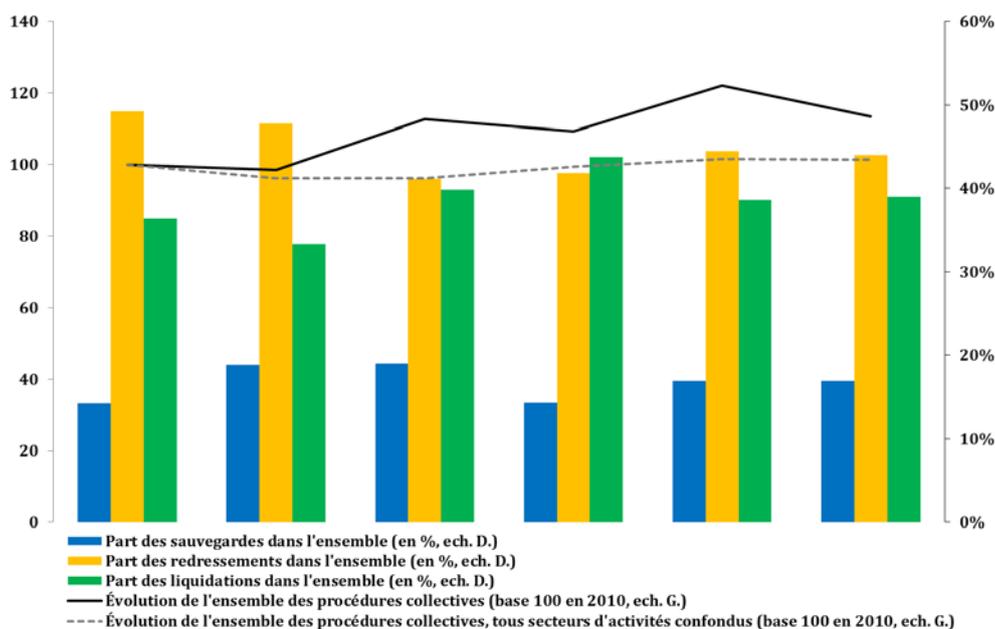
### 5.5.2. Les procédures collectives restent peu nombreuses mais elles croissent, contrairement à ce qui s'observe sur l'ensemble de l'économie

Les procédures collectives concernant des pharmacies sont en 2015, relativement peu nombreuses en proportion du nombre d'officines en activité, si l'on compare avec le taux observable sur l'ensemble de l'économie (7 pour 1 000 contre 16 pour 1 000).

Toutefois le nombre de procédures collectives tend à croître pour les pharmacies (près de +15 % sur les cinq dernières années) tandis qu'il est globalement stable dans l'ensemble de l'économie.

44 % des procédures collectives ouvertes en 2015 sont des redressements, mais leur proportion est en baisse depuis 2010, alors que les liquidations, qui représentent près de 40 % des procédures ouvertes en 2015, progressent de plusieurs points sur la période dans l'ensemble.

**Graphique 26 : Composition et évolution des procédures collectives affectant des officines sur la période 2010-2015**



Source : Banque de France, Interfimo, calculs mission.

**Les procédures collectives sont plus fréquentes qu'en moyenne, en Aquitaine-Poitou-Charente-Limousin, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Bretagne, en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine ainsi qu'à Paris, avec un taux dépassant 8 procédures pour 1 000 officines en 2015. Il s'agit des régions où, quelques années auparavant, les prix de cessions des officines étaient plus élevés que la moyenne, lorsqu'ils sont exprimés en multiple de l'excédent brut d'exploitation<sup>37</sup>.**

<sup>37</sup> Source : Interfimo.

### Encadré 10 : Les procédures collectives

Les procédures collectives sont des procédures judiciaires organisant le règlement du paiement des créances d'une entreprise en cessation de paiement ou dans une situation pouvant conduire à une cessation de paiement. Il en existe trois types, présentés par ordre croissant de sévérité :

- la procédure de sauvegarde, concerne des entreprises ou débiteurs personnes physiques qui ne sont pas en état de cessation de paiement, mais qui rencontrent des difficultés qu'ils ne peuvent surmonter, et qui sont de nature à les conduire à la cessation de leurs paiements (impossibilité de faire face au passif exigible avec l'actif disponible). L'objectif d'une procédure de sauvegarde est de permettre la poursuite de l'activité, le maintien de l'emploi et l'apurement du passif, en procédant à une réorganisation de l'entreprise dans le cadre d'un plan arrêté par le tribunal de commerce ;
- le redressement judiciaire est une procédure applicable aux commerçants, artisans, agriculteurs et personnes morales de droit privé en état de cessation des paiements. Elle est destinée, comme la procédure de sauvegarde, à permettre la survie de l'entreprise, le maintien de l'activité et de l'emploi, ainsi que l'apurement du passif ;
- la liquidation judiciaire, quant à elle, est une procédure applicable aux personnes morales de droit privé, commerçantes ou non, aux personnes physiques commerçantes, aux artisans, et aux agriculteurs, dès lors qu'ils sont en état de cessation de paiement et que le redressement apparaît manifestement impossible ou que l'activité a cessé.

Une étude conduite par la direction des affaires civiles et du sceau du ministère de la Justice en 2013 sur les procédures collectives évaluait en moyenne sur la période 2006-2012, la part des sauvegardes à 2 % de l'ensemble des procédures, celle des redressements à 31 % et celles des liquidations à 67 %.

*Source : Infogreffe.fr et « La sauvegarde, le redressement judiciaire et la liquidation judiciaire devant les juridictions commerciales de 2006 à 2012 », direction des affaires civiles et du sceau, ministère de la Justice, 2013.*

#### **5.5.3. Ces phénomènes semblent résulter de la correction du prix de vente des officines dont la progression s'était nettement déconnectée des fondamentaux économiques au milieu des années 2000**

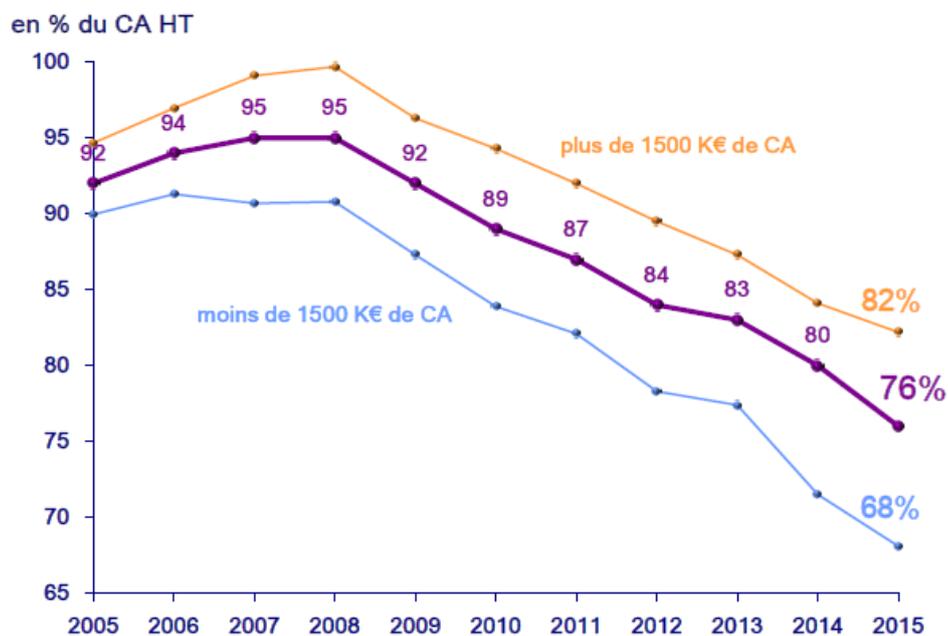
Usuellement, le prix des officines est exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires, comme c'est le cas pour la vente d'autres fonds de commerce.

D'après les données d'Interfimo, le prix de cession moyen des pharmacies équivaut à 76 % du chiffre d'affaires hors taxe en 2015, soit environ 1,2 M€.

Il est plus élevé pour les pharmacies de grande taille (82 % du CA lorsque celui-ci dépasse 1,5 M€) et plus faible pour pharmacies de petite taille (68 % du CA lorsque celui-ci est inférieur à 1,5 M€).

Le prix des officines qui avait atteint un pic à 95 % du chiffre d'affaires en 2007-2008, décroît sensiblement et continûment depuis (-3 points par an environ).

Graphique 27 : Prix de cession des pharmacies en % du CA HT sur la période 2005-2015

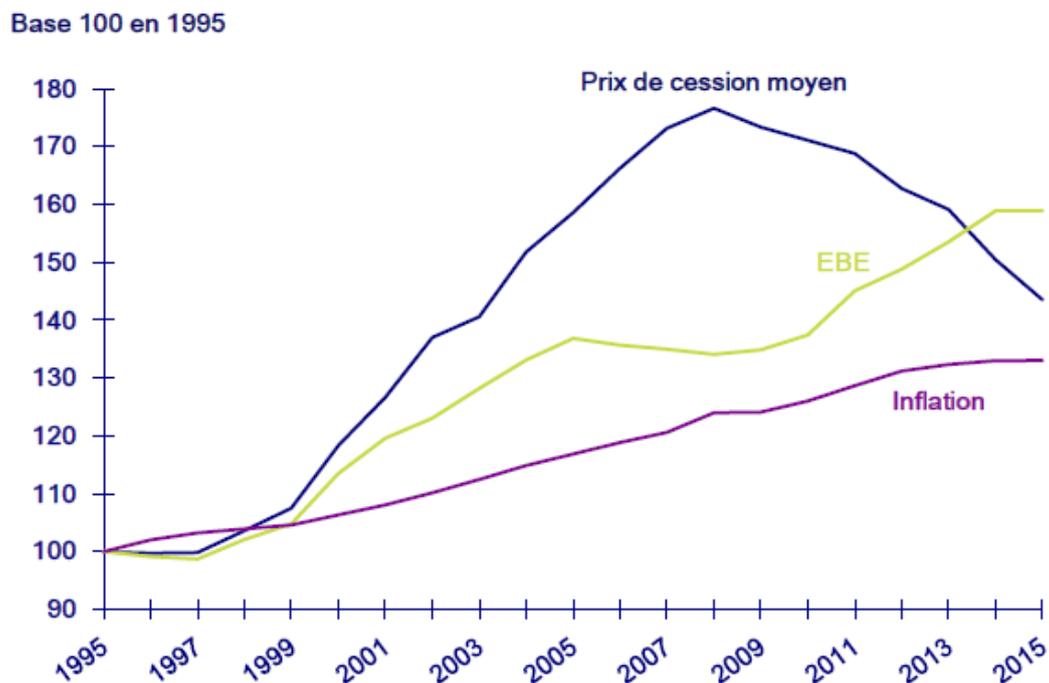


Source : Interfimo.

Cette diminution est en réalité la correction d'une hausse des prix déconnectée de celle de l'indice des prix et de la rentabilité économique des officines (mesurée par l'excédent brut d'exploitation) sur la période 2000-2008.

Le prix de cession des pharmacies en 2015 représente en moyenne six fois le niveau de l'excédent brut d'exploitation : d'après le directeur d'Interfimo, ce niveau est cohérent avec les fondamentaux économiques. Cela pourrait signifier en d'autres termes que la correction pourrait être terminée.

**Graphique 28 : Évolution du prix de cession des pharmacies, de l'excédent brut d'exploitation et de l'inflation sur la période 1995-2015**



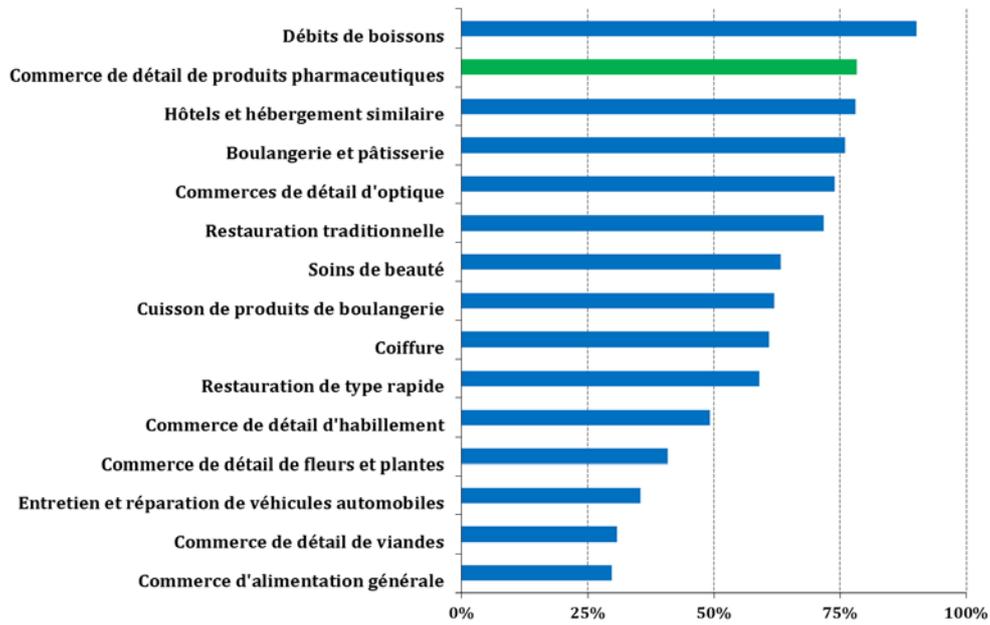
*Source : Interfimo.*

En dépit de cette baisse des prix, les officines de pharmacie sont les fonds de commerce qui se vendent le plus cher parmi l'ensemble des fonds de commerce en 2015 en niveau<sup>38</sup>. Exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires, leur prix est inférieur à celui des débits de boisson (90 %) et comparable à celui des hôtels et hébergement ou de la boulangerie-pâtisserie, mais nettement supérieur à celui du commerce de détail alimentaire (30 %).

<sup>38</sup> Baromètre ventes et cessions de fonds de commerce (bâtiment, commerce, industrie ou services) du BODACC sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2015.

## Annexe IV

**Graphique 29 : Prix de cession moyen en % du CA HT du vendeur en 2015 selon le secteur**

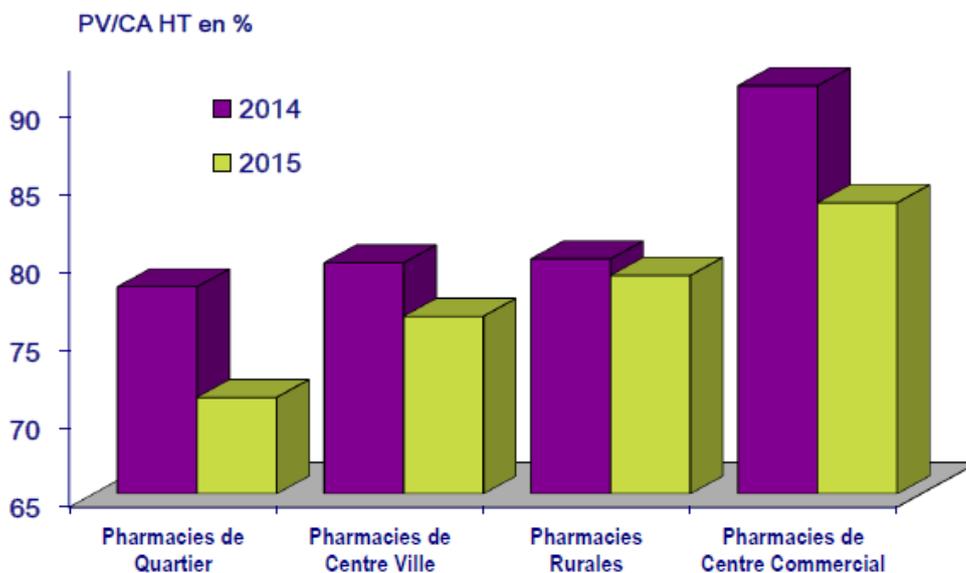


*Source : Baromètre ventes et cessions de fonds de commerce du BODACC 2015.*

Les prix de vente des officines restent dispersés en fonction du type de pharmacie comme du lieu d'implantation :

- ◆ le prix des pharmacies de centre commercial et des pharmacies de quartier ont plus fortement diminué entre 2014 et 2015 renforçant la hiérarchie existant entre pharmacies de quartier, pharmacies de centre-ville, pharmacies rurales et pharmacies de centre commercial ;

**Graphique 30 : Prix des pharmacies selon le type d'officine, en 2014 et 2015**



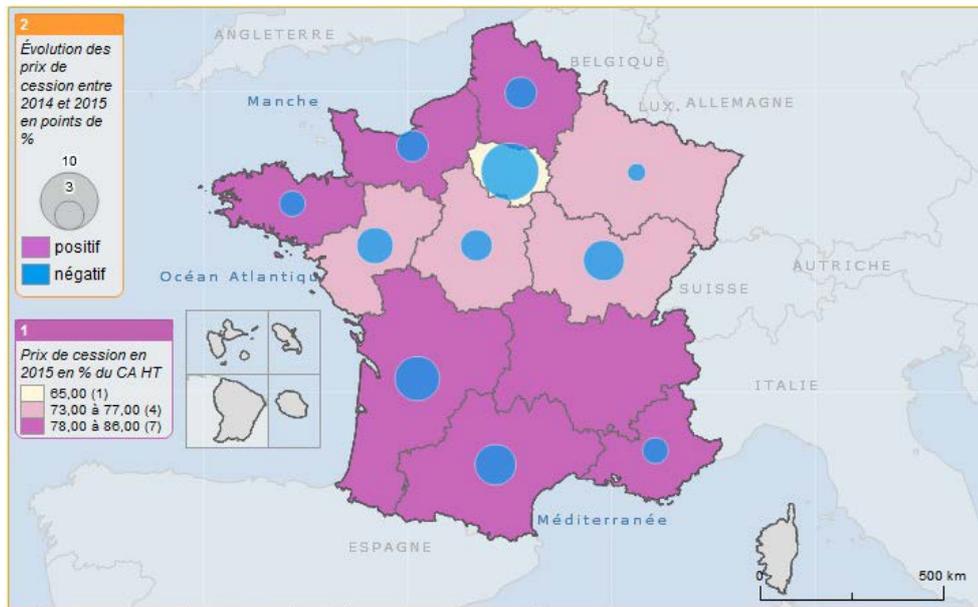
*Source : Interfimo.*

## Annexe IV

- ◆ le prix de cession varie également fortement selon la région d'installation et les écarts se réduisent lentement : les prix de vente les plus faibles ont été observés en Île de France en 2015 (65 % du CA HT) en raison d'une baisse très marquée par rapport à l'année précédente (-10 points), tandis que les prix restent supérieurs à la moyenne dans sept des douze régions métropolitaines hors Corse, particulièrement en Bretagne (86 % du CA HT), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (80 %) et en Rhône-Alpes-Auvergne (79 %), où les baisses observées restent modérées (respectivement -2 points pour la Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur et 0 pour Auvergne-Rhône-Alpes).

Les prix de cession sont inférieurs à la moyenne à Paris mais nettement supérieur à la moyenne de l'Île-de-France (72 % du CA HT et la baisse de 4 points par rapport à 2014 se situe dans la moyenne).

**Graphique 31 : Prix de cession des officines et évolution entre 2014 et 2015**



Source : Interfimo, traitement mission. La moyenne des prix de cession en 2015 s'établit à 76 % du CA HT.

## 6. L'étude de cas types d'officines met en évidence la robustesse de la situation économique et financière de la majorité des officines même s'il est possible d'identifier des situations de fragilité localisées

### 6.1. Les officines fragiles économiquement se trouvent pour l'essentiel dans les métropoles françaises

#### 6.1.1. La mission a développé une méthode de *scoring* permettant de classer les officines selon leur degré de fragilité économique et financière

Afin de caractériser de manière synthétique la fragilité économique et financière des officines, la mission a construit un score, noté de 0 à 6, inspiré de la méthode utilisée par la Banque de France pour évaluer le risque de défaillance des entreprises et s'appuyant sur les déterminants mis en évidence par les professionnels lors des entretiens conduits par la mission.

#### Encadré 11 : Les scores Banque de France

La défaillance d'entreprise est un phénomène complexe, résultant de processus variés et plus ou moins rapides. Pour capter la grande majorité de ces processus, la Banque de France a recours à un instrument d'appréciation du risque de défaut complémentaire de la cotation Banque de France présentée *supra* : les scores Banque de France.

Les scores sont le résultat d'une étude statistique multicritère qui permet de sélectionner un nombre limité de variables explicatives de la probabilité de défaillance d'une entreprise.

Ces variables explicatives sont des ratios économiques et financiers calculés à partir de données comptables, statistiquement sélectionnés en raison de leur capacité à différencier les entreprises susceptibles d'avoir des difficultés et les autres ainsi que pour leur complémentarité informationnelle (ces ratios sont peu corrélés entre eux).

Les ratios choisis synthétisent plusieurs approches financières de l'entreprise : les performances, l'autonomie financière, la solvabilité. Il s'agit :

- du poids des dettes fiscales et sociales relativement à l'activité ;
- du délai de paiement des dettes fournisseurs ;
- de l'importance des concours bancaires courants<sup>39</sup> comparativement à l'activité ;
- de l'importance des charges financière dans l'excédent brut global ;
- du poids de l'endettement financier ;
- de la structure du bilan (fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie).

*Source* : « Les scores de la Banque de France : leur développement, leurs applications, leur maintenance », M. Bardos, bulletin de la Banque de France n° 144, décembre 2005.

Étant donné les informations disponibles, la mission a retenu les ratios financiers suivants dans la méthode de la Banque de France :

- ◆ le délai de paiement des dettes fournisseurs ;
- ◆ le poids des charges financières dans le résultat courant avant impôt ;
- ◆ la part des dettes financières dans les fonds propres.

Elle les a complétés de ratios de gestion, davantage liés à la situation économique de l'entreprise et suivis attentivement par les professionnels du secteur :

- ◆ le niveau de chiffre d'affaires ;
- ◆ l'évolution du chiffre d'affaires sur les deux dernières années (2012-2014) ;

<sup>39</sup> Les concours bancaires courants recouvrent l'ensemble des crédits ou prêts accordés par une banque à court terme : facilité de caisse, découvert et autres crédits et prêts à moins d'un an.

## Annexe IV

- ◆ l'excédent brut d'exploitation exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires.

Le score calculé par la mission est méthodologiquement plus simple que celui calculé par la Banque de France puisqu'il consiste en une note comprise entre 0 et 6, attribuée à chaque officine en fonction du barème présenté dans le tableau *infra* et non de l'estimation d'un modèle probabiliste sur données individuelles.

**Tableau 54 : Calcul du score de fragilité des officines**

Variable	Critère	Note
Chiffre d'affaires total hors taxe (CA) en € en 2014	Inférieur à 1 M€ (premier quartile de la distribution)	1
Évolution du chiffre d'affaires sur la période 2012-2014 <sup>40</sup>	En baisse sur les deux années	1
Excédent brut d'exploitation (EBE) en % du CA en 2014	Inférieur à 7 % (premier quartile de la distribution)	1
Taux d'endettement, en % des fonds propres en 2014	Supérieur à 379 % (troisième quartile de la distribution)	1
Délai de paiement des fournisseurs moyen en 2014	Supérieur à 51 jours (troisième quartile de la distribution)	1
Part des charges financières dans le résultat courant avant impôt en 2014 en %	Supérieure à 22 % (troisième quartile de la distribution)	1
Score de fragilité économique et financière maximale (grande fragilité)		6

*Source : Mission.*

Toutes les variables présentées contribuent à définir le score global, sans que l'une d'entre elles ait un pouvoir explicatif majeur et sans qu'elles soient fortement corrélées entre elles.

La mission considère comme fragiles les officines obtenant un score total supérieur ou égal à 4. Ces officines possèdent des caractéristiques économiques et financières qui rendent leur fermeture pour raison économique plus probable que pour l'ensemble des officines. Il est donc possible d'évaluer les conséquences pour le maillage officinal de la fragilité économique des officines en supposant leur fermeture à court ou moyen terme (cf. annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires).

Afin de réaliser ce test sur le maillage officinal, le calcul du score de fragilité des officines a été réalisé sur un échantillon quasi exhaustif, plus important que celui retenu pour l'analyse macroscopique de la situation économique des pharmacies<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> Cet indicateur n'est pas calculable pour 1 184 observations, pour lesquelles il manque le chiffre d'affaires de 2012, de 2013 ou des deux années. Lorsque le chiffre d'affaires n'est connu qu'en 2013 et 2014, il est fait l'hypothèse que l'évolution est du même signe entre 2012 et 2013, ce qui permet d'obtenir un majorant du score de fragilité. Lorsque le chiffre d'affaires n'est connu qu'en 2012 et 2014, le critère est appliqué sur le taux de croissance constaté sur l'ensemble de la période. Lorsqu'aucune information n'est connue sur les années 2012 et 2013, il est fait l'hypothèse que le taux d'évolution du chiffre d'affaires est en baisse sur les deux dernières années quand le chiffre d'affaires de 2014 est inférieur à la médiane (cf. les évolutions du chiffre d'affaires constatées *supra*).

<sup>41</sup> Sont réintégrées : les officines ayant changé de propriétaire en cours d'exercice et pour lesquelles il y a plusieurs déclarations pour une même adresse, en retenant l'observation au chiffre d'affaires le plus élevé ; les établissements qui ne déclarent pas de chiffre d'affaires mais correspondent à un enregistrement dans le RPPS ; les établissements qui ne déclarent pas de chiffre d'affaires réalisé au taux de 2,1 % mais qui correspondent à un enregistrement dans le RPPS ainsi que 95 officines enregistrées dans le RPPS comme seules pharmacies sur leur commune mais que l'on ne retrouve pas dans les liasses fiscales en raison d'une erreur d'affectation sectorielle ou du non-respect de l'obligation de déclaration. Pour ces dernières, en absence de toute information économique ou financière, un score de 6 est attribué *a priori* afin d'estimer une borne supérieure de la fragilité économique des officines.

### 6.1.2. Environ 10 % des officines peuvent être considérées comme fragiles économiquement et financièrement mais elles se concentrent dans les grands pôles urbains

Au total, au sein de l'échantillon<sup>42</sup>, 2 145 officines (soit 9,8 %) présentent des signes de fragilité économique et financière plus ou moins prononcés, en raison d'un score supérieur à 4.

Parmi celles-ci, 128 (0,6 % du total) obtiennent le score maximal, 431 (2,0 %) un score de 5 et 1 586 (7,3 %) un score de 4.

Les cinq départements où la part des officines fragiles dans le nombre des officines du département est la plus élevée sont :

- ◆ les Alpes-Maritimes ;
- ◆ la Lozère ;
- ◆ Paris ;
- ◆ les Hautes-Pyrénées ;
- ◆ les Hauts-de-Seine.

Leur part dans les officines fragiles est supérieure de 0,1 à 2,3 point à leur part dans l'ensemble des officines.

**La plupart des officines fragiles se trouvent à Paris, dans les Alpes-Maritimes et les Hauts-de-Seine.**

**Tableau 55 : Les cinq départements où la part des officines fragiles économiquement est la plus élevée**

Nom du département	Part des officines du département au sein de l'ensemble des officines en %	Part des officines fragiles du département au sein des officines fragiles en %	Part des officines fragiles du département au sein des officines du département en %
Alpes-Maritimes	2,1	3,7	17,0
Lozère	0,2	0,3	15,4
Paris	4,5	6,8	14,9
Hautes-Pyrénées	0,5	0,7	14,6
Hauts-de-Seine	2,3	3,3	14,2

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Les cinq départements qui comptent la proportion la plus faible d'officines fragiles sont, par ordre croissant :

- ◆ l'Indre ;
- ◆ la Meuse ;
- ◆ le Cantal ;
- ◆ les Hautes-Alpes ;
- ◆ l'Aisne.

Leur part dans les officines fragiles est inférieure de 0,2 à 0,7 point à leur part dans l'ensemble des officines.

<sup>42</sup> L'échantillon compte 21 855 observations. Ce chiffre est légèrement supérieur au nombre d'observations émanant des données transmises par la Drees et retraitées par la mission où il y a 21 663 observations. Ce léger décalage provient vraisemblablement d'observations dans les liasses fiscales qui sont erronées (cf. mauvais code d'attribution), ce qui peut se produire lorsqu'une officine perd par exemple sa licence au cours d'une procédure judiciaire mais que la structure reste ouverte par exemple sous forme d'une parapharmacie.

## Annexe IV

**Tableau 56 : Les cinq départements où la part des officines fragiles économiquement est la plus faible**

Nom du département	Part des officines du département au sein de l'ensemble des officines en %	Part des officines fragiles du département au sein des officines fragiles en %	Part des officines fragiles du département au sein des officines du département en %
Indre	0,4	0,0	0,0
Meuse	0,3	0,0	0,0
Aisne	0,8	0,1	1,6
Ardennes	0,5	0,1	2,7
Alpes-de-Haute-Provence	0,3	0,1	3,2

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Parmi ces officines considérées comme fragiles économiquement, 353 (environ 16,5 %) se trouvent dans des communes où il n'y a pas d'autre officine. Dans la majorité des cas (74,5 %), cette fragilité est faible (score de 4).

Les officines seules sur leur commune, qui constituent près du quart de l'ensemble des officines, représentent une proportion des officines fragiles inférieure à 20 % quel que soit le niveau de fragilité. Elles ne comptent notamment que pour 5 % des officines les plus fragiles. **Ainsi, le fait d'être seul sur son territoire semble préserver les officines, car la pression concurrentielle est limitée et la zone de chalandise potentiellement plus grande que la commune.**

**Tableau 57 : Score de fragilité des officines seules sur leur commune en 2014**

	Ayant un score de 4	Ayant un score de 5	Ayant un score de 6	Ensemble des officines fragiles	Ensemble des officines
Nombre d'officines seules sur leur territoire...	263	84	6	353	-
Part en %	74,5	23,8	1,7	100,0	-
Part (en %) des officines seules sur leur territoire parmi les officines...	16,6	19,5	4,7	16,5	24,6

*Source : DGFIP, calculs mission.*

**Près de 9 % des communes comptant au moins une officine présentent une proportion d'officines fragiles supérieure à 1/3**, il s'agit pour l'essentiel de communes de taille intermédiaire où le nombre d'officines est en moyenne de 2. Elles sont dispersées sur l'ensemble du territoire métropolitain et la plupart du temps situées en périphérie des pôles urbains ou en zone rurale.

**Si la proportion d'officines fragiles est plus faible dans les métropoles françaises (entre 5 et 33 %), elle est cependant notable, étant donné le nombre d'officines que comptent ces communes.**

**Graphique 32 : Cartographie des communes selon la proportion d'officines fragiles présentes sur leur territoire en 2014**

Proportion d'officines fragiles (score supérieur à 4) sur la commune - source : DGFIP, calculs mission



© Géoclip 2015 - IGN GéoFla - Carte réalisée à partir de données importées par l'utilisateur.

## **6.2. Les officines confrontées à la diminution ou la disparition de l'offre médicale sur leur commune ont vu leur situation économique se dégrader sans être fortement déstabilisée**

### **6.2.1. Le départ du seul médecin généraliste d'une commune affecte le chiffre d'affaires la marge d'exploitation des pharmacies concerner sans entraîner leur fermeture**

La consommation de médicaments, notamment de médicaments remboursés, devant être prescrite, le départ de(s) médecin(s) généraliste(s) de la commune d'installation de l'officine constitue potentiellement un choc négatif sur son activité, plus ou moins important selon la part de la patientèle de la pharmacie qui en conséquence réalise ses achats dans une autre officine, par exemple celle à proximité de son nouveau médecin généraliste.

Pour estimer cet effet, nous calculons l'évolution de la situation des officines, qui sont seules sur une commune, où se trouvait au moins un médecin généraliste, pratiquant en libéral ou en centre de santé, en début de période et plus aucun en 2014. L'activité de ces officines est *a priori* très dépendante de ce(s) prescripteur(s) et leur départ doit l'affecter. Au cours des entretiens qu'elle a pu conduire, le départ du médecin généraliste est ressorti comme le principal facteur de fragilisation des officines et comme un risque important de désertification officinale. Il fait partie notamment des facteurs pris en compte de manière qualitative ou quantitative pour évaluer le risque d'accès au médicament de la population dans l'enquête diligentée par la DGOS auprès des ARS en 2014 (cf. annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires).

Au sein des échantillons étudiés par la mission, 4 665 communes accueillait en 2010 une seule pharmacie et au moins un médecin généraliste. Parmi celles-ci :

## Annexe IV

- ◆ 107 ne comptent plus aucun médecin généraliste sur leur territoire en 2014 (2,3 %). Parmi elles, quatre (2,8 %) ont également vu leur officine fermer. En moyenne, le chiffre d'affaires des officines qui sont restées ouvertes suite au départ du dernier médecin généraliste ont vu leur chiffre d'affaire diminuer de 4,6 % entre 2010 et 2014 et leur marge brute d'exploitation progresser de 9,7 % ;
- ◆ 4 561 ont toujours au moins un médecin généraliste sur leur territoire. Parmi ces communes, 206 ont vu leur officine fermer entre 2010 et 2014 (4,5 %). Le chiffre d'affaires des officines toujours en activité a pour sa part reculé de près de 1 % sur les quatre années tandis que l'excédent brut d'exploitation augmentait de plus de 13 %.

Sans que ces comparaisons constituent une évaluation rigoureuse de l'impact du départ du dernier médecin généraliste sur l'activité d'une officine, elles suggèrent toutefois que le départ du prescripteur :

- ◆ n'augmente pas la fréquence de fermeture des officines ;
- ◆ entraîne une diminution très relative de l'activité de la pharmacie, soit que les patients continuent d'acheter leurs médicaments à proximité de leur domicile, soit que la pharmacie réussisse à pallier la baisse d'activité par une diversification de son activité ;
- ◆ n'empêche pas l'officine de dégager une marge brute d'exploitation en croissance ;
- ◆ mais dégrade les performances des officines par rapport à celles qui ne sont pas touchées par le départ d'un médecin généraliste.

Ces constats sont corroborés par les entretiens conduits par la mission auprès de pharmaciens ayant connu cette situation.

## Annexe IV

**Tableau 58 : Évolution de la situation économique des officines seules sur leur commune, en fonction du département ou non des prescripteurs de la commune entre 2012 et 2014**

Type de commune	Nombre d'officines en 2010	Nombre d'officines en 2014	Variation entre 2010 et 2014 en %	CA en 2010 en €	CA en 2014 en €	Variation entre 2010 et 2014 en %	EBE en 2010 en €	EBE en 2014 en €	Variation entre 2010 et 2014 en %
Commune ayant vu le départ de son (ses) médecin(s) généraliste(s) entre 2012 et 2014	107	104	-2,8	1 066 145	1 016 834	-4,6	97 248	106 725	9,7
Autres communes	4 770	4 561	-4,4	1 483 044	1 470 212	-0,9	142 864	161 958	13,4

Source : DGFIP, DREES, calculs mission.

La mission est néanmoins consciente qu'une analyse économique et financière fine de l'impact des départs des médecins nécessiterait des travaux plus approfondis. C'est la raison pour laquelle elle recommande notamment la conduite d'une étude sur les lieux d'achats de médicaments par les patients (officines à proximité du prescripteur, à proximité de leur domicile ou sur un autre lieu – lieu de passage entre le prescripteur et le domicile, lieux de consommation et de loisirs, autre...). Une telle étude pourrait être menée par la Cnamts en lien avec la Drees sur les données de consommation de médicaments remboursés.

### **6.2.2. La diminution de la capacité d'accueil des établissements pour personnes âgées dépendantes sur une commune pénalise l'activité et les performances d'exploitation des pharmacies, mais dans une proportion limitée et sans entraîner la fermeture des officines**

1 752 communes comptaient en 2011 une seule officine en activité et au moins un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur leur territoire. Parmi elles :

- ◆ 27 (1,6 %) ont vu le nombre de lits des EHPAD sur leur territoire diminuer de plus de 50 % entre 2011 et 2014 ;
- ◆ 26 (1,5 %) ont vu la capacité d'accueil des EHPAD implantés sur leur territoire augmenter de plus de 50 % ;
- ◆ 1 512 (88,3 %) n'ont pas connu de forte évolution de leur capacité d'accueil sur ces trois années (moins de 5 % de baisse ou de hausse du nombre de lits sur cette période) ;
- ◆ les autres (148, soit 8,6 %) ont connu des variations d'ampleur intermédiaire.

Dans la mesure où les EHPAD représentent une patientèle importante (en moyenne 73 lits dans les communes où il n'y a qu'une officine), qui se caractérise par une consommation de médicaments et dispositifs médicaux par tête élevée (1 500 à 2 000 € par an<sup>43</sup>), l'évolution de la capacité d'accueil des EHPAD peut affecter le chiffre d'affaires de la seule officine présente dans la commune, en l'absence de pharmacie à usage intérieur au sein de ces établissements.

Si les variations dans la capacité d'accueil des EHPAD semblent effectivement influencer sur l'activité et la rentabilité des officines, elles ne semblent pas avoir un effet très déstabilisateur sur la situation économique des pharmacies concernées et donc sur le maillage officinal.

En effet, parmi les 27 communes qui ont subi une diminution forte de la capacité d'accueil des EHPAD sur leur territoire, aucune n'a perdu sa pharmacie. Le chiffre d'affaires de l'officine a légèrement diminué (en moyenne -0,9 % par an) et son excédent brut d'exploitation a continué de progresser (+2,3 % par an en moyenne).

La situation de ces officines, sans s'être nettement détériorée, a toutefois divergé de celle des pharmacies qui ont conservé ou vu augmenter le nombre d'EHPAD sur leur territoire.

Une part des communes dans lesquelles les capacités d'accueil des EHPAD est restée stable ou a peu varié ont perdu leur pharmacie (3,2 %). Le chiffre d'affaires des officines encore présentes en 2014 a diminué de 0,5 % en moyenne par an et leur EBE a progressé de 3,2 %.

Les officines situées dans les 26 communes dont les capacités d'accueil des EHPAD ont augmenté ont vu leur situation évoluer plus favorablement : le chiffre d'affaire des officines de ces communes a progressé modérément sur la période 2010-2014 (+0,3 % par an en moyenne) et leur EBE a augmenté fortement (+6,6 % par an en moyenne).

S'il ne s'agit pas d'une évaluation d'impact rigoureuse de l'effet de l'arrivée ou du départ d'un EHPAD sur une pharmacie. Ces résultats suggèrent toutefois que l'effet sur l'activité et les performances y sont sensibles sans en être fortement dépendantes. Cela est corroboré par les entretiens conduits par la mission auprès de pharmaciens ayant subi des départs d'EHPAD sur leur commune, notamment en zone rurale.

---

<sup>43</sup> Données d'entretiens auprès de pharmaciens titulaires en exercice. Cette donnée est une estimation de l'ensemble des achats donnant lieu à remboursement auprès de l'assurance maladie ou non par une personne en EHPAD. Cette donnée est cohérente avec la donnée transmise par la Cnamts sur les montants remboursables par consommant pour les personnes de plus de 70 ans en 2015 (en moyenne 1077 euros). Sachant que les médicaments remboursables représentent un peu moins des trois quarts du chiffre d'affaires des officines en moyenne, la donnée de la Cnamts permet d'approximer une dépense annuelle globale (élément remboursable et non remboursable) de 1463 euros par an par personne de plus de 70 ans.

Annexe IV

Tableau 59 : Évolution de la situation économique des officines seules sur leur commune selon l'évolution de la capacité d'accueil des EHPAD sur la période 2011-2014

Type de commune	Nombre d'officines en 2010	Nombre d'officines en 2014	Variation entre 2010 et 2014 en %	CA en 2010 en €	CA en 2014 en €	Variation entre 2010 et 2014 en %	EBE en 2010 en €	EBE en 2014 en €	Variation entre 2010 et 2014 en %
Communes dont la capacité d'accueil des EHPAD a diminué	27	27	0,0	1 459 665	1 405 377	-3,7	145 570	159 299	9,4
Communes dont la capacité d'accueil des EHPAD a augmenté	26	25	-3,8	1 641 670	1 662 268	1,3	137 701	177 690	29,0
Communes dont la capacité d'accueil des EHPAD est restée globalement stable	1 512	1 464	-3,2	1 632 726	1 601 332	-1,9	163 061	184 968	13,4

Source : DGFIP, DREES, calculs mission.

### 6.3. Les officines seules sur leur commune présentent une situation économique plus favorable que la moyenne, et peuvent subsister en l'absence de médecin généraliste à proximité immédiate

#### 6.3.1. Les officines seules sur leur commune se trouvent dans une situation plus favorable que la moyenne grâce au pouvoir de marché que leur confère leur monopole géographique

Au sein de l'échantillon 2014, 5 131 établissements (près de 25 % du total) sont seuls sur leur commune. Pour près de trois quarts d'entre eux, ils se trouvent dans des communes multipolarisées, isolées ou situées dans la couronne de grands pôles urbains. Ces communes sont de petite taille (environ 2 000 habitants), où la consommation en médicament est plus importante qu'ailleurs, puisque le ratio population consommante sur population municipale est supérieur à 1 alors qu'il est en moyenne inférieur à 1.

La densité de pharmacies, médecins généralistes et capacité d'accueil en EHPAD est plus importante dans ces communes que pour l'ensemble, ce qui peut sembler paradoxal mais résulte probablement du fait que ces professionnels et établissements de santé, ont une zone d'attractivité dépassant les frontières communales.

Les pharmaciens exerçant dans ces officines ne sont pas en moyenne plus âgés que les autres.

**Tableau 60 : Environnement des officines seules sur leur commune en comparaison de l'ensemble**

Indicateur	Officines seules sur leur commune	Ensemble des officines
Population municipale moyenne	1 926	42 625
Population consommante moyenne	2 006	40 248
Nombre de pharmacies pour 10 000 hab.	7	5
Nombre de médecins généralistes pour 10 000 hab.	13	11
Nombre de lits d'EHPAD pour 10 000 hab.	141	124
Part des pharmaciens âgés en % des pharmaciens de la commune	25,9	26,1

Source : DGFIP, INSEE, SNIIR-AM, calculs mission.

Les officines seules sur leur commune réalisent en moyenne un chiffre d'affaires inférieur à la moyenne (1,5 M€ contre 1,7 M€) qui repose très légèrement plus qu'ailleurs sur la dispensation de médicaments et dispositifs médicaux remboursés (75 % contre 74 %). Toutefois, comme elles dégagent un taux de marge commerciale et un taux de marge brute plus élevés que l'ensemble et font face à des charges, notamment de personnel et de loyer, plus faibles que les autres, elles réussissent à dégager un bénéfice d'exploitation très proche de l'ensemble des officines en euros et supérieur en pourcentage du chiffre d'affaires.

Ces officines faisant en outre face à de moindres charges financières ou exceptionnelles nettes, elles disposent finalement d'un revenu en moyenne supérieur à l'ensemble des officines, non seulement en pourcentage du chiffre d'affaires mais également en niveau.

La rentabilité financière des fonds propres est sensiblement supérieure pour ces officines que pour la moyenne. Leur taux d'endettement est également plus faible.

Enfin, en moyenne, leur score de fragilité financière est plus faible.

## Annexe IV

**Tableau 61 : Caractéristiques économiques et financières des officines seules sur leur commune en comparaison de l'ensemble**

Indicateur	Officines seules sur leur commune	Ensemble des officines
Chiffre d'affaires moyen en €	1 469 986	1 673 305
Part des médicaments et dispositifs médicaux remboursés dans le CA en %	74,8	73,6
Marge commerciale moyenne en €	414 784	465 646
Taux de marge commerciale moyen en % du CA	28,2	27,8
Marge brute moyenne en €	464 129	513 301
Taux de marge brut moyen en % du CA	31,6	30,7
EBE moyen en €	161 966	165 077
EBE moyen en % CA	11,0	9,9
Revenu courant avant impôt des officines à l'IR en €	151 941	150 112
Revenu net des officines à l'IS en €	94 297	90 452
Revenu courant avant impôt des officines à l'IR en % du CA	10,3	9,0
Revenu net des officines à l'IS en % du CA	6,4	5,4
Rentabilité financière moyenne en % des fonds propres	26,6	25,7
Taux d'endettement moyen en % des fonds propres	136	163
Score de fragilité moyen	1,5	1,7

*Source : DGFIP, calculs mission.*

Ainsi, il semble que l'avantage que confère la situation de monopole sur un territoire pouvant dépasser les frontières de la commune à une officine implantée sur une commune de petite taille de zone rurale ou périurbaine où la population consomme beaucoup de médicaments l'emporte sur la moindre capacité à développer les autres types de vente tels que la parapharmacie ou les ventes de médicaments d'automédication. Ces résultats économiques sont cohérents avec ceux obtenus à partir d'un raisonnement s'appuyant sur la « zone théorique d'influence » de chaque commune équipée (pour plus de détails voir l'annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires) : en effet, la population couverte par la zone d'influence théorique des communes équipées d'une seule officine est, en médiane, de 3 294 habitants tandis que la médiane du nombre moyen d'habitants par officine de la zone théorique d'influence de l'ensemble des communes possédant des officines est de 3 078 habitants (soit une médiane 7% plus élevée pour les officines seules sur leur commune)<sup>44</sup>.

### **6.3.2. Les officines seules dans une commune où il n'y a ni médecin généraliste ni établissement accueillant des personnes âgées dépendantes se trouve dans une situation économique moins favorable que la moyenne mais soutenable**

Parmi ces officines, 296 (5,8 % des officines seules sur leur commune et 1,4 % de l'ensemble des officines) sont implantées sur une commune où il n'y a par ailleurs pas de médecin généraliste, ni d'EHPAD, principaux inducteurs de demande pour la pharmacie. Toutefois il est à noter que le médecin généraliste le plus proche est en moyenne à moins de 6 mn en voiture.

Elles se trouvent sur des communes de plus petite taille encore, avec une population consommant davantage de médicament. La densité officinale y est plus forte qu'ailleurs.

La part des pharmaciens, titulaires ou adjoints, de plus de 55 ans exerçant dans ces officines est en revanche nettement plus élevée que pour l'ensemble des officines.

<sup>44</sup> Résultat comparable sur la comparaison des moyennes : +6,6% pour les officines seules.

## Annexe IV

**Tableau 62 : Environnement des officines seules sur leur commune en comparaison de l'ensemble**

Indicateur	Officines seules sur leur commune, sans médecin ni EHPAD	Officines seules sur leur commune	Ensemble
Population municipale moyenne	1 263	1 926	42 625
Population consommante moyenne	1 302	2 006	40 248
Nombre de pharmacies pour 10 000 hab.	11	7	5
Nombre de médecins généralistes pour 10 000 hab.	0	13	11
Nombre de lits d'EHPAD pour 10 000 hab.	0	141	124
Part des pharmaciens âgés en %	31,6	25,9	26,1

*Source : DGFIP, INSEE, SNIIR-AM, calculs mission.*

Ces officines se trouvent dans une situation économique globalement moins favorable que celles qui sont seules sur leur commune mais bénéficient de la présence d'autres professionnels et établissements de santé.

Elles réalisent un chiffre d'affaires moindre, mais supérieur à 1 M€ en moyenne, et le médicament remboursé occupe une place moins importante dans celui-ci.

Toutefois, leurs performances d'exploitation s'avèrent globalement comparables à l'ensemble des officines et le revenu dégagé de l'activité, bien qu'inférieur à celui des autres officines en niveau, reste supérieur au salaire d'un pharmacien adjoint encadrant des cadres ou coordonnant plusieurs établissements<sup>45</sup> (62 k€ brut en 2014) ou au résultat courant moyen des artisans et commerçants (47 k€ brut en 2014<sup>46</sup>).

<sup>45</sup> Cela correspond à la position III dans la classification des cadres pharmaciens définis dans la convention collective. Le coefficient minimal applicable pour ces pharmaciens salariés est 800, ce qui, étant donné la valeur du point d'indice en 2014, correspond à 62 180 € brut par an, hors indemnités complémentaires et primes.

<sup>46</sup> « Chiffres et commentaires 2014 », Fédération des centres de gestion agréés, octobre 2015.

## Annexe IV

**Tableau 63 : Caractéristiques économiques et financières des officines seules sur leur commune en comparaison de l'ensemble**

Indicateur	Officines seules, sans médecin ni EHPAD	Officines seules sur leur commune	Ensemble
Chiffre d'affaires moyen en €	1 136 071	1 469 986	1 673 305
Part des médicaments et dispositifs médicaux remboursés dans le CA en %	73,9	74,8	73,6
Marge commerciale moyenne en €	322 291	414 784	465 646
Taux de marge commerciale moyen en % du CA	28,4	28,2	27,8
Marge brute moyenne en €	357 462	464 129	513 301
Taux de marge brute moyen en % du CA	31,4	31,6	30,7
EBE moyen en €	114 771	161 966	165 077
EBE moyen en % CA	10,1	11,0	9,9
Revenu courant avant impôt des officines à l'IR en €	97 538	151 941	150 112
Revenu net des officines à l'IS en €	83 072	94 297	90 452
Revenu courant avant impôt des officines à l'IR en % du CA	8,6	10,3	9,0
Revenu net des officines à l'IS en % du CA	7,3	6,4	5,4
Rentabilité financière moyenne en % des fonds propres	26,9	26,6	25,7
Taux d'endettement moyen en % des fonds propres	105	136	163
Score de fragilité moyen	1,8	1,5	1,7

*Source : DGFIP, calculs mission*

### **6.4. L'application de méthodes d'analyse des données permet d'établir que les officines se répartissent en trois catégories définies notamment par l'implantation territoriale**

Les officines se caractérisent par une assez grande diversité de situations économiques et financières.

A l'aide de méthodes d'analyse des données, présentées en encadré *infra*, la mission a pu définir une typologie d'officines sur le fondement de caractéristiques observables :

- ◆ relatives à l'activité et à la situation financière des officines :
  - le niveau de chiffre d'affaires ;
  - l'évolution de celui-ci sur la période 2012-2014 ou 2013-2014, selon la disponibilité des données ;
  - le nombre de salariés de l'officine déclaré dans les liasses fiscales ;
  - la part du médicament dans le chiffre d'affaires ;

## Annexe IV

- le niveau de l'excédent brut d'exploitation, exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires ;
  - le taux d'endettement de l'officine, en pourcentage de ses fonds propres ;
  - la rentabilité financière de l'officine, mesurée comme le rapport entre la capacité d'autofinancement net et les fonds propres ;
  - le score de fragilité économique et financière de l'officine défini *supra* ;
- ◆ et relatives à leur environnement :
- le type de la commune de l'officine (commune isolée ou multipolarisée, petit ou moyen pôle urbain ou commune de leur couronne, couronne d'un grand pôle urbain, grand pôle urbain et Paris, Lyon ou Marseille) ;
  - la part des pharmaciens âgés dans la commune, évaluée comme le rapport entre les pharmaciens titulaires et adjoints de plus de 55 ans et le nombre total de pharmaciens présents sur la commune d'après le répertoire des professionnels de santé (RPPS) ;
  - la densité de pharmacies sur la commune, définie comme le rapport entre le nombre de pharmacies enregistrées sur la commune dans le RPPS et la population consommant des médicaments remboursables sur la commune<sup>47</sup>, afin d'évaluer le degré de concurrence sur la commune ;
  - la densité de médecins généralistes sur la commune, mesurée comme le rapport entre le nombre de médecins exerçant en libéral ou en centre de santé enregistrés sur la commune dans le RPPS rapportée à la population consommante ;
  - la densité de lits d'EHPAD, évaluée comme le nombre de lits enregistrés sur la commune dans le RPPS, rapporté à la population consommante ;
- L'activité de délivrance de médicaments remboursés des officines étant induite par d'autres professionnels de santé, ces deux derniers indicateurs permettent de mesurer leur importance dans la situation des officines.

---

<sup>47</sup> Il s'agit de la population communale 2011 mesurée par l'INSEE repondérée par le taux de consommation de médicament de la population française selon l'âge (celle-ci étant plus importante chez les plus jeunes et les plus âgés). Ce taux est issu du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) en 2013, afin d'évaluer la demande en médicament de la population.

## Encadré 12 : Les méthodes d'analyse des données utilisées par la mission

Afin de résumer l'information contenue dans un nuage de données à dix dimensions (le nombre de variables) comprenant plus de 20 900 observations, en un nombre limité de dimensions tout en perdant le moins d'information possible et sans s'appuyer sur un modèle probabiliste nécessitant d'effectuer des hypothèses statistiques sur le comportement des observations et le lien fonctionnel entre les variables, nous utilisons une méthode d'analyse des données adaptée à un échantillon comprenant à la fois des variables quantitatives, comme le montant total du chiffre d'affaires, et des variables qualitatives, comme le type de commune d'implantation : l'analyse factorielle sur données mixtes (AFDM).

L'AFDM présente en effet l'intérêt d'équilibrer l'influence des différents types de variables dans l'analyse par rapport à d'autres méthodes, comme l'analyse en composantes principales (pour les données quantitatives auxquelles on peut ajouter quelques variables qualitatives) ou l'analyse factorielle des correspondances (pour les données qualitatives, auxquelles on peut ajouter quelques variables quantitatives).

L'AFDM a été introduite par B. Escofier en 1979<sup>48</sup> et G. Saporta en 1990<sup>49</sup> puis développée plus récemment dans des travaux de J. Pagès en 2002 et 2013<sup>50</sup>.

Soit un échantillon composé de I individus, décrits par V variables, K variables quantitatives, centrées réduites<sup>51</sup> et Q variables qualitatives, avec  $V = K + Q$ .

L'AFDM revient à chercher de manière séquentielle, au sein de l'ensemble I, les variables synthétiques z, appelés facteurs, qui sont orthogonales entre elles et les plus liées aux K+Q variables de l'échantillon, au sens où elles maximisent le critère suivant :

$$\sum_k r^2(z, k) + \sum_q \mu^2(z, q)$$

avec  $r^2(z, k)$ , le coefficient de corrélation entre les variables z et k et  $\mu^2(z, q)$ , le carré du rapport de corrélation entre les variables z et k.

On retient le nombre minimal de facteurs permettant de résumer le maximum de la variance du nuage d'observations, en général entre deux et cinq, puis on les classe par ordre décroissant de leur contribution à la variance totale du nuage d'observations. Le premier facteur, ou premier axe, est celui qui explique la plus grande part de la variance du nuage de données.

Dans un second temps, afin de regrouper les officines en un nombre optimal de groupes permettant de définir des profils, définis de manière automatique par l'analyse des données, nous utilisons la méthode de la classification ascendante hiérarchique appliquée aux résultats de l'analyse factorielle présentée ci-dessus.

Cette méthode permet de classer les observations à l'aide d'un algorithme itératif. A chaque étape, l'algorithme produit une partition du nuage d'observations en agrégeant les deux classes issues de l'étape précédente les plus proches, au sens où elles font baisser le moins possible la distance existant entre les classes (méthode de Ward), jusqu'à ce qu'il n'y ait plus qu'une seule classe.

Le résultat de cette classification correspond à une séquence de partitions emboîtées, de la plus précise (une classe par individu) à la plus synthétique (une seule classe). On ne retient ensuite pour l'analyse que le nombre de classes qui permet d'équilibrer les critères de précision et de synthèse permettant à la fois de limiter le nombre de groupes tout en limitant la perte d'inertie.

Pour améliorer la robustesse de la classification, cette classification est réalisée non pas sur le nuage de données brutes, mais sur les projections des individus sur les facteurs issus de l'AFDM, qui

<sup>48</sup> « Traitement simultané de variables quantitatives et qualitatives en analyse factorielle », B. Escofier, Les cahiers de l'analyse des données, 1979.

<sup>49</sup> « *Simultaneous analysis of qualitative and quantitative data* », G. Saporta, Actes de la XXVème réunion scientifique, société italienne de statistique, 1990.

<sup>50</sup> « Analyse factorielle de données mixtes », J. Pagès, revue de statistique appliquée, 2002 ; « Analyse factorielle multiple avec R », J. Pagès, EDP Sciences, 2013.

<sup>51</sup> Une variable est dite centrée-réduite lorsque ses valeurs sont transformées de manière à ce que la moyenne de la variable soit nulle et son écart-type égal à 1. Pour ce faire, on soustrait la moyenne de la variable à chaque valeur initiale et on divise ce résultat par l'écart-type.

## Annexe IV

synthétisent l'information contenue dans les données brutes.

Il est possible d'interpréter les classes obtenues à partir des individus qui la composent (ceux qui sont au centre de la classe et ceux qui, au sein de la classe, sont les plus éloignés des autres classes) et des variables qui sont le plus corrélées avec elles.

Ces analyses ont été réalisées à l'aide du *package* FactoMineR développé par F. Husson et son équipe, dans le logiciel R.

En raison de contraintes techniques, l'estimation a été réalisée sur un sous-échantillon de 2 500 officines sélectionnées aléatoirement dans l'échantillon principal de 2014 de manière à reproduire la répartition des pharmacies dans les différents types de communes. *A posteriori*, le sous-échantillon présente des caractéristiques similaires en moyenne à la base principale au regard des différents indicateurs utilisés dans l'analyse.

*Source* : « *Analyse factorielle de données mixtes* », J. Pagès et « *Analyse de données avec R : complémentarité des méthodes d'analyse factorielle et de classification* », F. Husson, J. Josse, J. Pagès.

Tout d'abord, il apparaît que parmi les treize variables intégrées dans l'analyse, toutes interviennent dans la classification des officines, mais principalement les indicateurs de densité officinale, de densité d'offre médicale sur la commune et de performances d'exploitation ainsi que le type de commune d'implantation et le degré de fragilité économique et financière synthétisé par le score de fragilité des officines.

L'analyse conduit à répartir l'ensemble des officines en trois groupes différents :

- ◆ le premier, qui représente 31 % de l'ensemble, regroupe des officines de grands pôles urbains (71 000 habitants en moyenne), et particulièrement de Paris, Lyon ou Marseille, de taille sensiblement supérieure à la moyenne tant en termes de chiffre d'affaires que de nombre de salariés. Leur niveau d'endettement est plus élevé et leur score de fragilité économique plus fréquemment supérieur à 4 que la moyenne. Ces officines dispensent relativement moins de médicaments remboursés que les autres et leurs performances d'exploitation, du taux de marge commerciale à l'excédent brut d'exploitation, sont moindres. Leur modèle économique semble donc fondé sur le développement de l'activité, porté par une stratégie de prix bas et le développement de la vente de médicaments non-remboursés et de produits parapharmaceutiques ;
- ◆ le second groupe, qui représente 58 % de l'échantillon, est constitué d'officines de pôles urbains, particulièrement de communes de petite et moyenne taille, qui se caractérisent par une bonne santé économique (scores de 0 et 1 nettement plus fréquents qu'ailleurs et scores de 5 ou 6 nettement moins fréquents). Il s'agit d'établissements dont l'activité repose davantage sur le médicament remboursé, qui dégagent une marge commerciale, une marge brute et des performances d'exploitation supérieures à la moyenne dans un contexte relativement moins concurrentiel mais également moins dense en médecins généralistes et en EHPAD ;
- ◆ enfin le troisième groupe, qui représente 11% des officines, rassemble essentiellement des officines rurales (de petites communes multipolarisées ou isolées ou de la couronne de grands pôles urbains), où la densité en pharmacies de la commune, mais également la densité en médecins généralistes et en EHPAD sont plus importantes qu'ailleurs, probablement parce que ces établissements ont un champ d'attraction qui dépasse les frontières communales. Il s'agit d'officines de taille plus réduite, tant en termes de chiffre d'affaires que d'effectifs salariés, mais leur activité, qui repose davantage que la moyenne sur le médicament remboursé, leur permet de réaliser des performances d'exploitation supérieures à la moyenne.

## Annexe IV

**Tableau 64 : Caractéristiques des officines et de leur environnement selon leur groupe d'appartenance**

Indicateur	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Ensemble
Proportion dans l'ensemble en %	30,6	57,9	11,6	100,0
Population municipale moyenne en 2012	71 032	38 055	3 040	44 085
Nombre de pharmacies pour 10 000 hab.	4	4***	10***	5
Nombre de médecins généralistes pour 10 000 hab.	12	11***	19***	12
Nombre de lits d'EHPAD pour 10 000 hab.	88	104	338***	126
Part des pharmaciens âgés en %	26	25	29	26
Effectifs salariés moyen	7***	5	4	6
Chiffre d'affaires total moyen en €	1 918 967	1 654 545	1 245 319***	1 688 046
Taux d'évolution annuel moyen du CA sur les dernières années en %	1,2	0,3	-1,3	0,4
Part des médicaments et dispositifs médicaux remboursés dans le CA en %	70,7***	75	76	74
Taux de marge commerciale moyen en % du CA	27,3***	29,3***	29,7	28,8
Taux de marge brute moyen en % du CA	28,9***	31,3***	32,1***	30,7
Excédent brut d'exploitation moyen en % du CA	5,9***	11,5***	10,9	9,7
Taux de rentabilité financière moyen en % des capitaux propres	63	-6	6	17
Taux d'endettement moyen en % des fonds propres	1 506	177	-261	532
Score de fragilité économique et financière moyen	3	1	2	2

*Source : DGFiP, INSEE, DREES, SNIIR-AM, calculs mission. \*\*\* identifie les cinq variables les plus caractéristiques du groupe.*

## **ANNEXE V**

### **L'accessibilité du médicament dans les territoires**



# SOMMAIRE

<b>1. UNE COUVERTURE LARGE DU TERRITOIRE .....</b>	<b>1</b>
1.1. Une densité officinale dans la moyenne européenne.....	1
1.2. La pharmacie, un des services de proximité les mieux répartis géographiquement.....	5
1.3. Malgré la réduction du nombre d'officines ces dernières années, l'accessibilité aux officines reste forte .....	7
1.3.1. <i>La majorité des fermetures récentes se sont concentrées sur les zones de surdensité.....</i>	<i>7</i>
1.3.2. <i>Un grand nombre de territoires reste en situation de surdensité.....</i>	<i>9</i>
1.3.3. <i>97% de la population vit à moins de 10 minutes en voiture d'une officine.....</i>	<i>15</i>
1.4. Un accès moins aisé pour certaines populations .....	20
1.5. Une articulation forte mais non complète entre offre officinale et offre médicale.....	25
<b>2. DIVERS FACTEURS POURRAIENT DETERIORER L'ACCESSIBILITE DU MEDICAMENT DANS LES TERRITOIRES .....</b>	<b>26</b>
2.1. Des départs massifs en retraite de pharmaciens dans les dix années à venir .....	26
2.2. La santé économique fragile d'un certain nombre d'officines.....	29
2.3. La faible attractivité de certains territoires pour d'éventuels repreneurs pharmaciens.....	31
2.4. Stress test : les départs non remplacés de médecins généralistes .....	35
<b>3. SYNTHESE DES SIMULATIONS .....</b>	<b>38</b>
<b>4. UN RESEAU DONT L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE POURRAIT EVOLUER DANS LES TERRITOIRES EN PENURIE D'OFFRE MEDICALE .....</b>	<b>44</b>
<b>5. LES QUARTIERS DE LA POLITIQUE DE LA VILLE (QPV) ILLUSTRONT LA REPARTITION INFRACOMMUNALE SOUS OPTIMALE DES OFFICINES EN MILIEU URBAIN .....</b>	<b>45</b>
<b>6. LES CRITERES POPULATIONNELS COMMUNAUX NE PERMETTRONT PAS DE PILOTER DE FAÇON SATISFAISANTE L'EVOLUTION DU RESEAU .....</b>	<b>48</b>
<b>7. PIECE JOINTE : SIMULATIONS J7 A J10 CROISANT L'AGE DES TITULAIRES ET ADJOINTS DES SIMULATIONS J1 A J4 AVEC LA FRAGILITE ECONOMIQUE DES OFFICINES DES SIMULATIONS J5 ET J6.....</b>	<b>50</b>



## Annexe V

La présente annexe est une analyse statistique de l'accès au médicament dans les territoires. Par souci de clarté du propos et conformément à la commande qui lui était assignée, la mission a fait le choix de réfléchir à périmètre constant des missions et modes de rémunération des pharmaciens. Seules les dynamiques inhérentes à l'évolution du réseau ont été ici prises en compte. Outre la présentation de la situation actuelle, l'annexe détaille différents scénarii d'évolution du réseau officinal dans les années à venir. L'enjeu n'est pas ici de s'intéresser dans l'absolu aux fermetures d'officine - même s'il est tout à fait compréhensible d'avoir par ailleurs une attention particulière sur ces phénomènes - mais plutôt d'analyser l'impact dans les territoires de l'évolution du maillage : ainsi, le risque de non reprise d'une officine, par exemple à l'occasion du départ en retraite d'un titulaire, dans un milieu urbain surdense en officines ne sera étudié que marginalement tandis que la fermeture d'une officine seule sur une commune sera elle analysée finement.

En effet, à l'exception des quartiers de la politique de la ville traités dans la partie 5 de la présente annexe, l'analyse est ici faite à l'échelle communale ce qui ne permet pas d'appréhender correctement le milieu urbain pour lequel une analyse infracommunale serait plus pertinente.

Les principales conclusions de la présente annexe sont que :

- la France est dotée d'un maillage officinal dense que les fermetures d'officine des dernières années n'ont pas déstabilisé ;
- en dehors de la question de l'impact de l'évolution du réseau médical sur le maillage officinal (qui fait l'objet de développements spécifiques ici mais qui appellerait des investigations plus poussées), la réduction du nombre d'officines va se poursuivre et sans doute s'amplifier dans les 5 à 10 ans mais cette réduction ne devrait pas s'accompagner d'une détérioration forte de l'accès au médicament pour la population, et ce du fait de la forte densité actuelle du réseau et de la localisation probable des fermetures à venir ;
- les modes de régulation actuelle quant à l'installation des officines (critères populationnels à l'échelle communale, référence à une notion de « desserte optimale de la population résidente » pour déterminer la localisation infracommunale de l'installation des nouvelles officines) paraissent inadaptés et trop peu souples pour pouvoir répondre au mieux à l'évolution des besoins de la population (mobilité accrue, émergence de maisons de santé, lieux de consommation différenciés) et ce dans un contexte où la forte densité actuelle du réseau offre peu de marges de manœuvre pour des redéploiements (ex. transferts).

## 1. Une couverture large du territoire

### 1.1. Une densité officinale dans la moyenne européenne

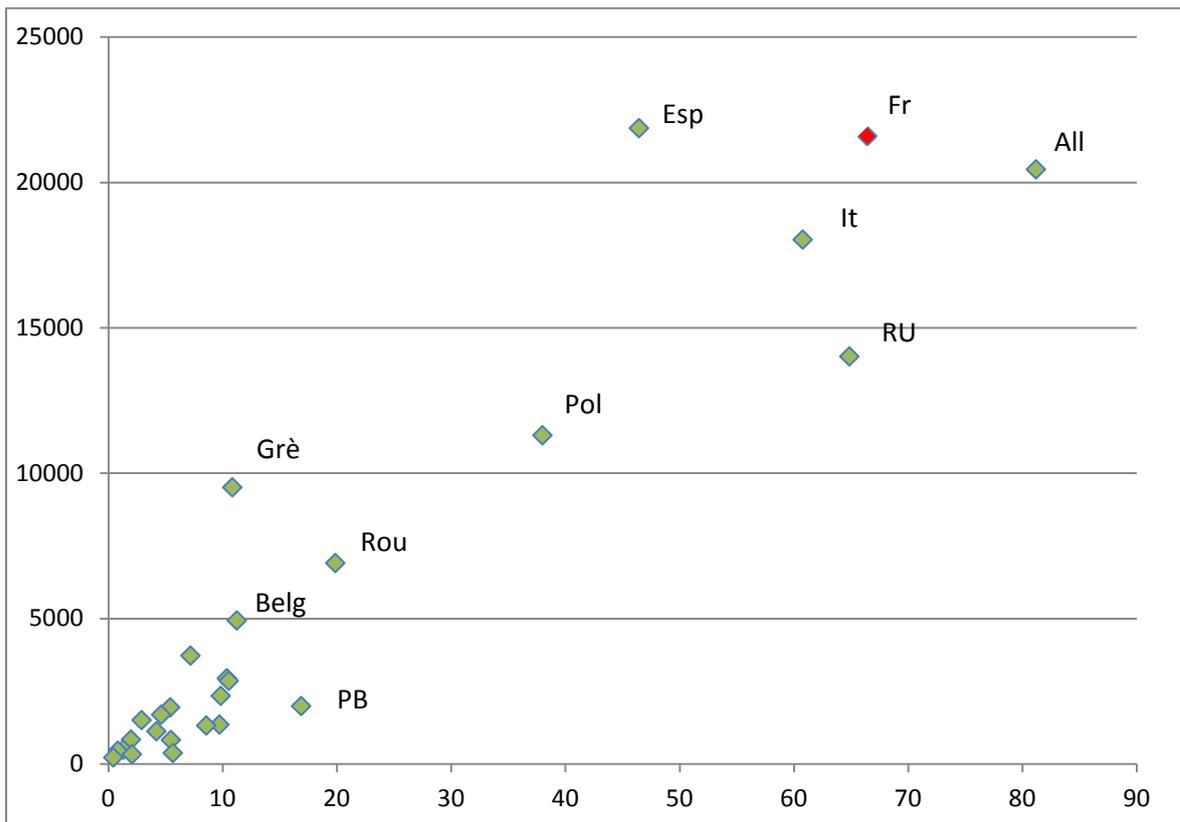
La France est le seul pays de l'Union Européenne qui compte, avec l'Espagne et l'Allemagne, plus de 20 000 officines sur son territoire. Cela n'est pas surprenant dans la mesure où ces trois pays sont parmi les plus peuplés et les plus grands d'Europe.

En effet, il y a un certain lien entre la taille d'un pays et le nombre d'officines qu'il possède (cf. graphiques ci-dessous). Cette relation est plus marquée avec la population qu'avec la superficie. En effet, en dehors de quelques pays atypiques qui possèdent un nombre important d'officines par rapport à leur population (ex. Grèce, Espagne) ou à l'inverse faible (ex. Royaume-Uni, Pays-Bas), plus un pays est peuplé plus il compte d'officines.

## Annexe V

Cette corrélation est moins prononcée avec la superficie, même si la relation existe. Ainsi, la France, qui est le plus grand pays de l'UE, a beaucoup d'officines mais en compte un nombre proche de ceux de l'Espagne et de l'Allemagne qui lui sont pourtant plus petits (ex. l'Allemagne a une superficie presque deux fois inférieure à la France) ; on note de plus la situation atypique de certains pays qui ont peu d'officines pour une superficie importante (ex. Suède, Finlande) - ce qui s'explique par le fait que ces pays sont peu peuplés sur de grandes parties de leur territoire - ou à l'inverse des pays qui comptent beaucoup d'officines alors que leur superficie est faible (ex. Belgique) - ce qui correspond à la forte densité de ces territoires.

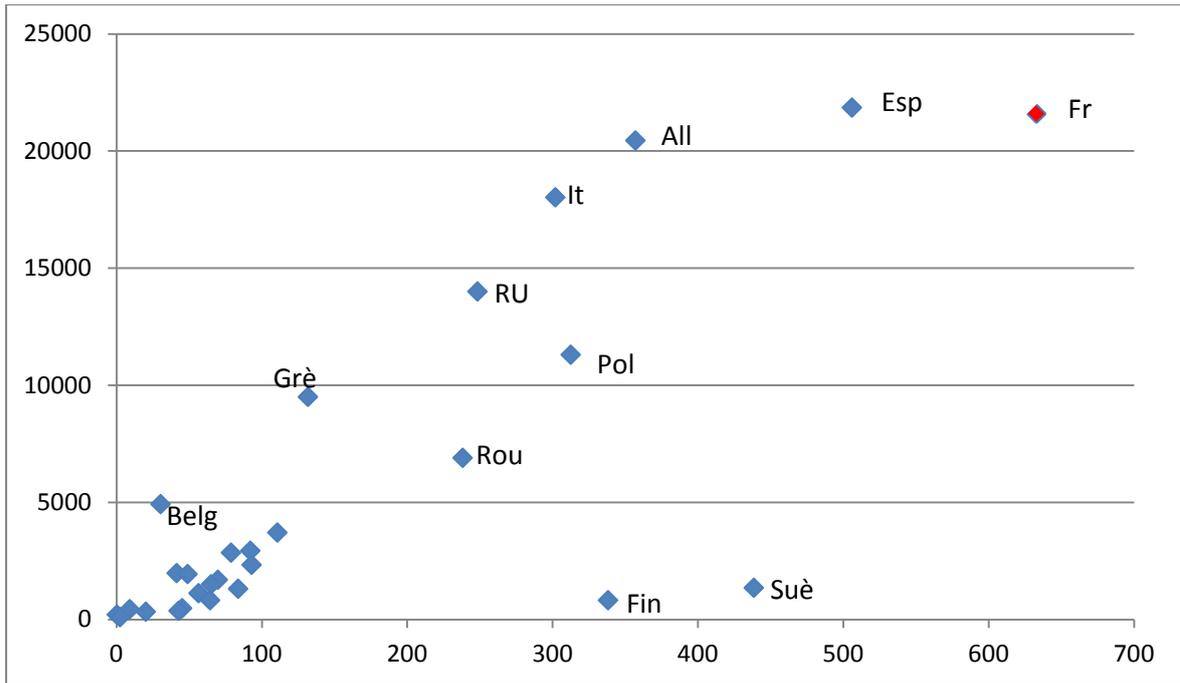
Schéma 1 : Nombre d'officines et population par pays de l'Union Européenne en 2015



Source : CNOP pour les données officielles, Eurostat pour les données de population. Note : population en millions.

## Annexe V

Schéma 2 : Nombre d'officines et superficie par pays de l'Union Européenne en 2015

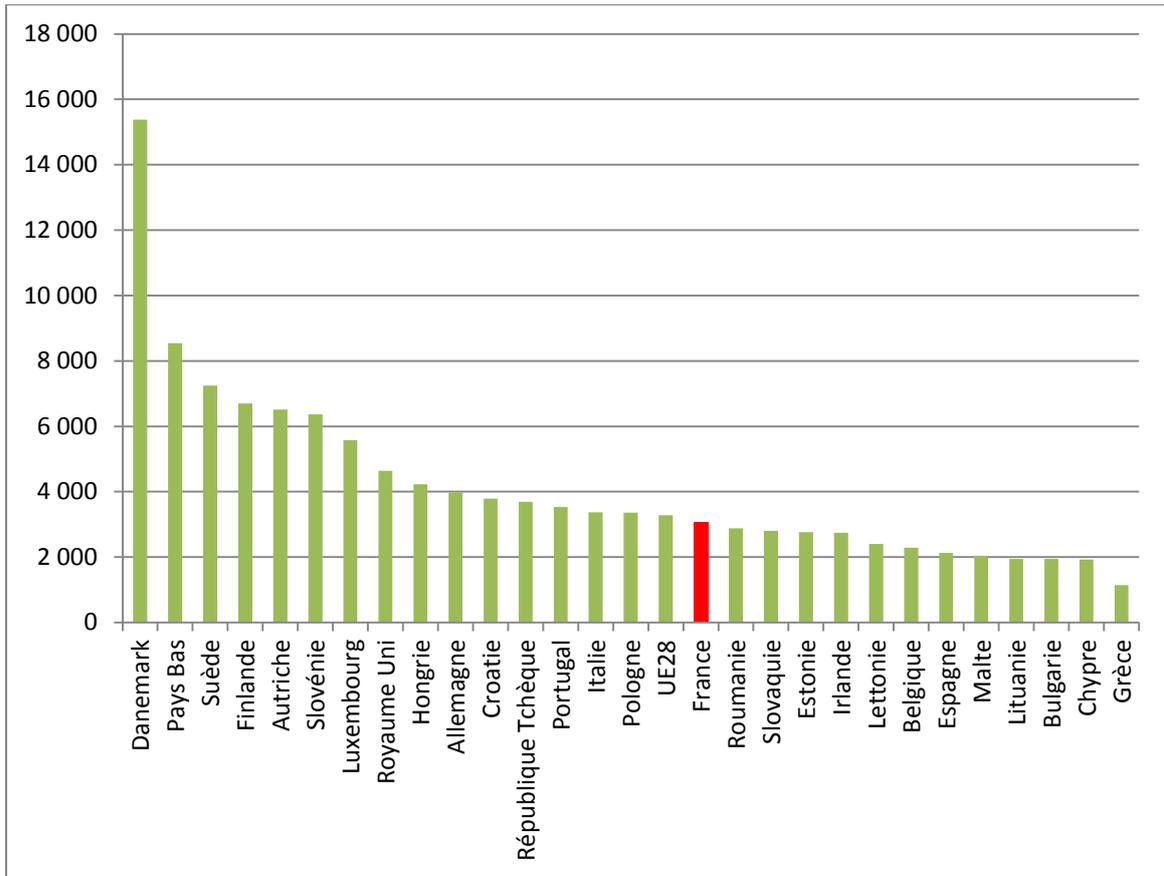


Source : CNOP pour les données officielles, Eurostat pour les données de superficie. Note : superficie en milliers de km<sup>2</sup>.

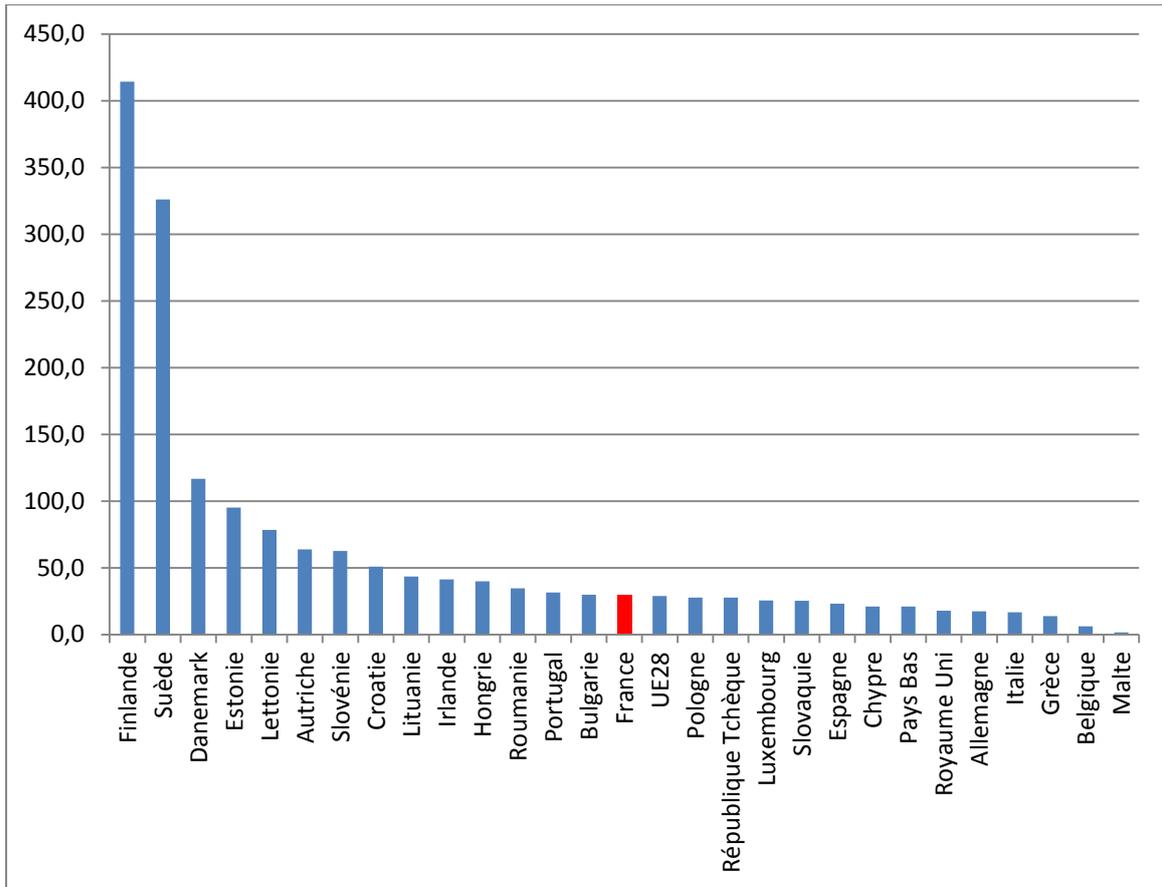
La France se situe dans une situation médiane en Europe tant du point de vue du nombre moyen d'habitants par officine, une officine avec 3076 habitants en moyenne, que du point de vue du nombre moyen de km<sup>2</sup> par officine, avec une officine pour 29 km<sup>2</sup> en moyenne (cf. graphiques ci-dessous).

## Annexe V

Schéma 3 : Nombre moyen d'habitants par officine dans l'Union Européenne en 2015



Source : CNOP pour les données officielles, Eurostat pour les données de population.

Schéma 4 : Nombre moyen de km<sup>2</sup> par officine dans l'Union Européenne en 2015

Source : CNOP pour les données officielles, Eurostat pour les données de superficie.

Par rapport aux cinq grands pays de l'Union que sont l'Allemagne, le Royaume Uni, l'Espagne et l'Italie, la France a un nombre d'habitants par officine inférieur à trois d'entre eux (Royaume Uni, Allemagne et Italie) et un nombre de km<sup>2</sup> par officine toujours supérieur.

Ces premiers éléments de comparaison permettent d'ores et déjà de pointer un élément central de l'analyse du maillage territorial des officines : ce maillage est un équilibre entre une activité qui doit être suffisante pour justifier la présence d'une officine (à savoir le nombre d'habitants susceptibles d'utiliser les services de la pharmacie) et la distance à parcourir pour la population pour se procurer des médicaments (distance qui est non seulement fonction de la superficie du territoire mais aussi de la répartition de l'habitat et des déplacements de la population sur ce même territoire).

## 1.2. La pharmacie, un des services de proximité les mieux répartis géographiquement

Les travaux statistiques collectés par la mission comme les entretiens réalisés par cette dernière convergent pour dire que, au-delà du nombre total de pharmacies en France, ces dernières sont bien réparties sur le territoire par rapport aux besoins (à savoir la répartition de la population dans les territoires). Des travaux menés par la Drees en 2009 montrent ainsi que les pharmacies sont un des services de proximité le mieux réparti sur le territoire, si ce n'est le meilleur (voir tableau ci-dessous).

## Annexe V

Tableau 1 : Classement des équipements et services suivants leur indice de Gini (relatif à la population) à l'échelle des bassins de vie en 2008

Équipement ou service	Coefficient de Gini relatif à la population totale	Coefficient de Gini relatif à la population des plus de 75 ans	Rang (Gini relatif à la population totale)	Rang (Gini relatif à la population des plus de 75 ans)
Pharmacies	0,153	0,179	1	3
Salons de coiffure	0,188	0,164	2	1
Médecins généralistes libéraux	0,191	0,223	3	4
Boulangeries	0,215	0,174	4	2
Entreprises d'électriciens	0,265	0,301	13	15
Masseurs-kinésithérapeutes	0,265	0,283	14	14
Entreprises de plâtrage, peinture	0,275	0,302	15	16
Banques Caisse d'épargne	0,275	0,270	16	11
Chirurgiens-dentistes	0,292	0,317	17	19
Supermarchés	0,301	0,304	18	17
Orthophonistes	0,335	0,396	23	33
Infirmiers	0,344	0,309	24	18
Restaurants	0,366	0,365	25	26
Lycées d'enseignement général - technologique	0,552	0,558	55	57
Spécialistes en ophtalmologie	0,566	0,561	56	58
Hôtels homologués	0,577	0,536	57	54
Spécialistes en cardiologie	0,611	0,605	63	64
Spécialistes en pédiatrie	0,612	0,637	64	73
Sages-femmes	0,613	0,622	65	67
Spécialistes en gynécologie (obstétrique+médicale)	0,619	0,621	66	72
Gendarmeries	0,621	0,570	67	59

Sources • INSEE - Base permanente des équipements au 1<sup>er</sup> janvier 2008; INSEE – Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes » définition 2008; INSEE – Population municipale par tranche d'âge 2006; exploitation DREES.  
**Champ** • France métropolitaine.

Source : Insee – Base permanente des équipements au 1<sup>er</sup> janvier 2008, exploitation Drees in « Localisation des professionnels de santé libéraux », Muriel Barlet et Clémentine Collin, Comptes nationaux de la santé 2009. Note : les coefficients de Gini ont été construits à l'échelle des bassins de vie et « cantons-ou-villes ». L'indice de Gini est égal à 0 si l'équipement étudié est exactement réparti comme la population (c'est-à-dire que la densité est la même dans tous les bassins de vie ou « cantons-ou-villes »), il est très proche de 1 si toutes les unités de l'équipement étudié sont concentrés dans une seule zone.

Que l'on prenne en compte la population dans son ensemble ou uniquement les personnes de plus de 75 ans (qui par définition sont moins en capacité de se déplacer et ont donc un plus grand besoin d'avoir les services proches de chez elles), les pharmacies sont le service en santé le mieux réparti sur le territoire, devant les médecins généralistes libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes ou les infirmiers.

Les données collectées par la mission auprès de la Drees et retravaillées par la mission indiquent que 8380 communes en France ont au 1<sup>er</sup> janvier 2016 une ou plusieurs officines sur leur territoire<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ces données sont tirées des fichiers RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) transmis par l'Ordre des pharmaciens aux services de l'État.

### 1.3. Malgré la réduction du nombre d'officines ces dernières années, l'accessibilité aux officines reste forte

#### 1.3.1. La majorité des fermetures récentes se sont concentrées sur les zones de surdensité

Selon l'Ordre des pharmaciens, c'est près d'un millier d'officines qui ont fermé au cours de la dernière décennie soit presque 5% des officines (par « fermeture », il faut ici comprendre « fait de rendre une licence »). L'analyse menée par la mission porte ici sur la période 1<sup>er</sup> janvier 2011-1<sup>er</sup> janvier 2016.

Entre 2011 et 2016, le nombre d'officines est passé de 22234 à 21663 en France métropolitaine, soit une réduction brute de 571 officines en cinq ans (-2,6%). Cette évolution globale tient au fait qu'il y a eu sur la période plus de fermetures<sup>2</sup> (764) que de création (193). Les fermetures d'officines ont concerné 559 communes soient près de 9% des communes ayant une ou plusieurs officines sur leur territoire. La majorité des fermetures s'est concentrée dans des communes de plus de 2500 habitants (677 fermetures, soit 89% du total, réparties sur 472 communes) dont un grand nombre dans des communes de plus de 10000 habitants (452 fermetures, soit 59% du total, répartis sur 256 communes<sup>3</sup>). Parmi les 472 communes de plus de 2500 habitants concernées par une baisse, 98% étaient en situation de surdensité d'officines par rapport aux règles légales d'implantation (voir annexe relative aux opérations sur la licence), les communes auparavant surdenses (et n'étant pas passées ensuite en situation de sous densité) ayant concentré à elles seules 660 fermetures<sup>4</sup>. En d'autres termes, **86% des fermetures d'officines survenues entre 2011 et 2016 sont intervenues dans des communes de plus de 2500 habitants dans une situation préalable de surdensité officinale.**

Du fait de cette réduction du nombre global d'officines, 34 communes n'ont plus d'officines alors qu'elles en avaient auparavant une (ces communes sont dans plus de 90% des cas des communes de moins de 2500 habitants<sup>5</sup>). Les communes qui se trouvent donc privées d'officine alors qu'elles en possédaient une avant sont donc très peu nombreuses, même si pour les populations concernées l'impact de la fermeture est indiscutable : la distance à la commune la plus proche possédant désormais une officine est, en médiane, de 8 minutes en voiture, avec 4 communes se situant désormais à plus de 15 minutes.

Ces différents résultats indiquent que la réduction du nombre d'officines des dernières années n'a pas eu d'impact négatif réel sur l'accès au médicament de la population, même s'il est vraisemblable qu'une partie des populations des communes concernées a dû changer ses habitudes de consommation.

---

<sup>2</sup> Ces statistiques étant établies par commune et par année, les fermetures compensées sur la période par une réouverture dans la même commune ne sont pas comptabilisées.

<sup>3</sup> En d'autres termes, plus du quart des communes de plus de 10000 habitants ont connu une réduction du nombre d'officines au cours des cinq dernières années. Les deux plus fortes baisses concernent Paris (46 officines en moins sur près d'un millier) et Lyon (12 officines en moins sur près de 150). Notons néanmoins que les communes de plus de 50000 habitants ne sont pas surreprésentées dans les fermetures d'officine. Les fermetures d'officine se sont concentrées dans des communes de 10000 à 50000 habitants : en effet, ces officines représentent environ le quart des officines alors que près du tiers des fermetures sont intervenues sur ces territoires.

<sup>4</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, parmi les 472 communes de plus de 250 habitants ayant connu une baisse de leur nombre d'officines, 234 sont encore en surdensité officinale.

<sup>5</sup> Données Insee recensement 2013.

## Annexe V

Du point de vue régional, c'est la région Centre qui a été la plus concernée par la fermeture dans la mesure où 5,8% de ses officines de 2011 avaient fermé en 2016 (cf. tableau ci-dessous). Mais, en volume, c'est la région Ile-de-France qui perd le plus d'officine : la région a perdu 210 officines, soit plus de 5% de son réseau. Cela représente plus du quart des fermetures d'officine en France métropolitaine (27,5%) alors que l'Ile-de-France représente moins d'un cinquième du nombre d'officines en France (18%). Parmi les anciennes régions, la région Auvergne a été fortement impactée dans la mesure où elle a perdu 5,4% de son réseau de 2011.

Tableau 2 : Fermetures d'officines par région entre 2011 et 2016, France métropolitaine

Région	Nombre de fermetures entre 2011 et 2016 (volume)	Nombre de fermetures entre 2011 et 2016 (en proportion du nombre d'officines de la région)	Proportion d'officines installées dans la Région par rapport à la France métropolitaine	Proportion de fermetures par rapport à la France métropolitaine
Poitou-Charentes	-210	-5,3%	18,0%	27,5%
Alsace-Lorraine-Champagne-Ardennes	-36	-2,2%	7,5%	4,7%
Normandie	-36	-3,5%	4,7%	4,7%
Centre	-51	-5,8%	4,0%	6,7%
Bourgogne-Franche-Comté	-30	-2,9%	4,7%	3,9%
Hauts de France	-39	-1,9%	9,5%	5,1%
Rhône-Alpes-Auvergne	-108	-4,0%	12,1%	14,1%
Pays de la Loire	-56	-4,6%	5,5%	7,3%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	-83	-3,6%	10,3%	10,9%
Bretagne	-48	-4,2%	5,2%	6,3%
Midi-Pyrénées-Languedoc-Roussillon	-46	-2,2%	9,4%	6,0%
PACA	-19	-1,0%	8,6%	2,5%
Corse	-2	-1,4%	0,6%	0,3%

Source : Igas-Igf à partir de données Drees-RPPS.

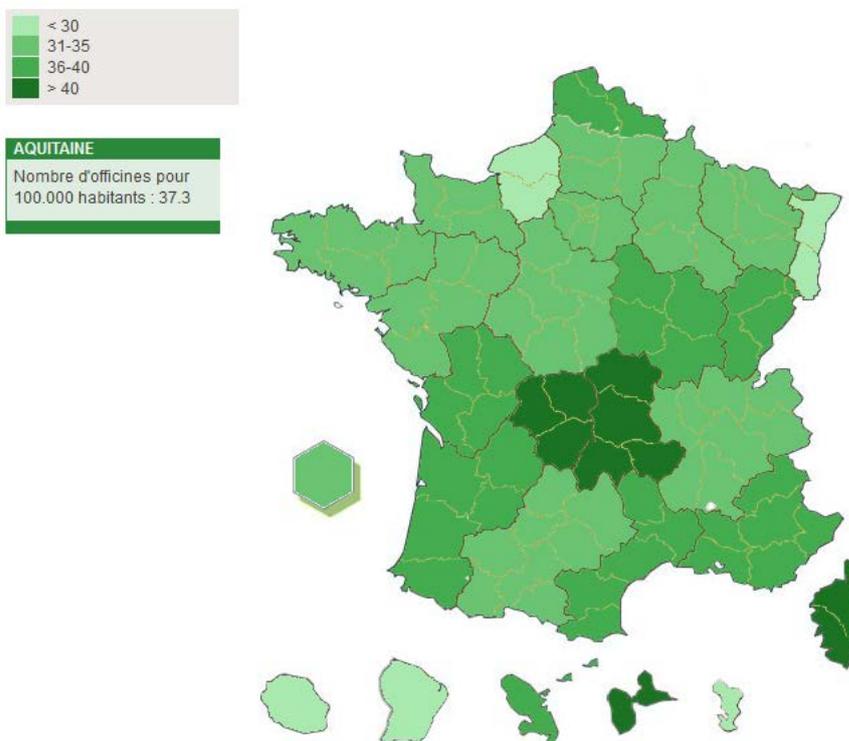
### 1.3.2. Un grand nombre de territoires reste en situation de surdensité

#### 1.3.2.1. La difficile détermination de la sur/sous densité officinale des territoires

Deux indicateurs sont généralement calculés pour estimer la densité officinale : le nombre d'officines rapporté à une population et le nombre d'officines rapporté à une superficie. L'un permet d'apprécier le flux moyen de population dans une officine et donc l'activité moyenne d'une officine quand l'autre permet de représenter la couverture territoriale moyenne d'une officine et donc, en creux, la plus ou moins grande facilité d'accès à l'officine pour la population sur le territoire.

Comme évoqué précédemment avec les comparaisons européennes, ces indicateurs, malgré leur intérêt, présentent des lacunes non négligeables qui tiennent au fait qu'ils approximent deux dimensions de la densité qui donnent parfois une vision contradictoire de la densité officinale. Les deux cartes ci-dessous relatives à la densité officinale en France vue à l'échelle régionale constituent une bonne illustration du phénomène : d'un côté, avec la densité calculée suivant la population, apparaissent une surdensité en l'Auvergne, le Limousin et la Corse et une sousdensité en Normandie et Alsace ; d'un autre côté, avec la densité calculée suivant la superficie, apparaissent une surdensité en Ile de France et dans le Nord et une sousdensité dans un grand nombre de régions dont Auvergne, Limousin et Corse (Normandie et Alsace se situant cette fois-ci dans une situation intermédiaire).

Schéma 5 : Nombre d'officines pour 100 000 habitants en France

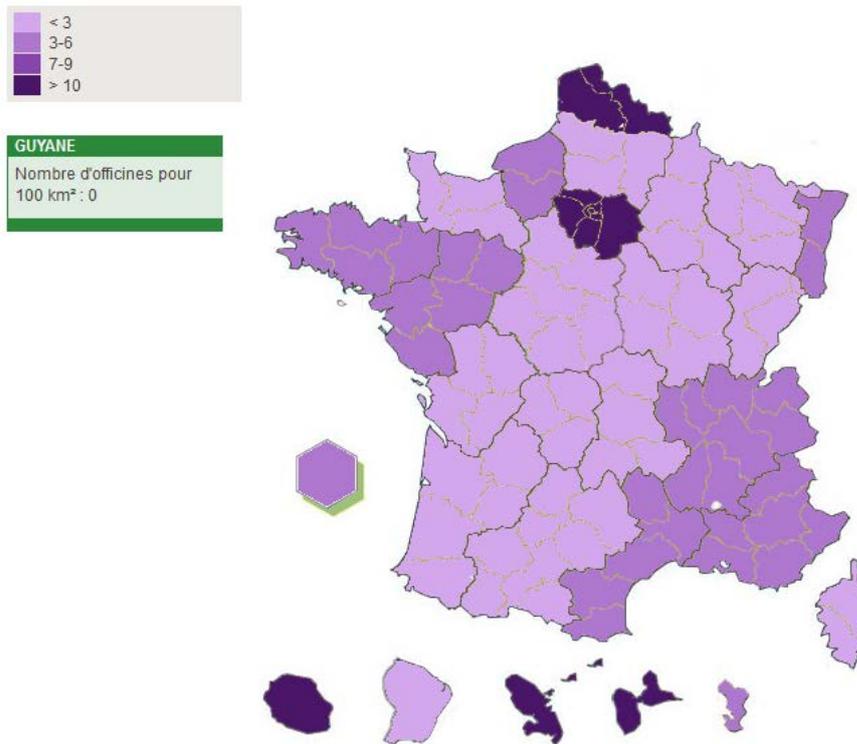


Sources : Ordre national des pharmaciens, mars 2016 - Insee, 2013

Source : Ordre national des pharmaciens, mars 2016 - Insee 2013.

## Annexe V

Schéma 6 : Nombre d'officines par carreau de 100 km<sup>2</sup>



Source : Ordre national des pharmaciens, mars 2016

Source : Ordre national des pharmaciens, mars 2016.

Afin de contourner ces difficultés, la Drees et l'Irdes ont développé au cours des années 2000 un nouvel indicateur prenant en compte de façon synthétique population et superficie : l'APL (Accessibilité potentielle localisée), qui s'exprime en **nombre d'équivalent temps plein accessibles pour 100 000 habitants, pondérés en fonction de leur consommation de soins**. Cet indicateur a au départ été développé pour mesurer la densité d'implantation des différents professionnels de santé libéraux sur les territoires (pour une description de la méthodologie de l'APL, voir l'encadré ci-dessous). Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre et la demande des communes environnantes.

Concernant les pharmacies, est pris en compte coté offre, l'effectif d'officines dans la commune de résidence ou les communes avoisinantes. Il n'y a pas de prise en compte du niveau d'activité et donc de la contrainte pesant sur l'offre (taille, nombre de pharmaciens, plages d'ouverture...). En outre, le seuil de distance au-delà duquel il est considéré qu'il n'y a pas de pharmacie localement accessible est évalué à 15 min de trajet en voiture. Il est commun à tous les professionnels de proximité (médecins généralistes, infirmiers, pharmacies, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes).

Coté demande, l'importance des besoins est déterminée à partir de la structure par âge de la population dans le rayon d'exercice des officines (consommation de médicaments pour chaque tranche d'âge).

Les disparités territoriales peuvent alors être évaluées au regard de l'APL nationale moyenne qui s'établit à 36 pharmacies pour 100 000 habitants.

**Encadré méthodologique : la construction de l'indicateur APL, Accessibilité potentielle localisée**

- **Étape 1** : Identification des zones de patientèle et calcul des ratios de densité ( $R_j$ )

$$R_j = \frac{ph_j}{\sum_{d_{ij} < d_0} p_i * w(d_{ij})}$$

où

$ph_j$  mesure l'offre en pharmacies au sein de la commune  $j$

$p_i$  mesure le nombre d'habitants des communes  $i$  situées à une distance de  $j$  inférieure à  $d_0$

$d_{ij}$  est la distance entre les communes  $i$  et  $j$

$w(d_{ij})$  est la pondération relative à la distance

La pondération  $w(d_{ij})$  évolue comme suit :

- Si  $d_{ij} < 5$  minutes,  $w(d_{ij}) = 1$
- Si 5 minutes  $< d_{ij} < 10$  minutes,  $w(d_{ij}) = 0,3$
- Si 10 minutes  $< d_{ij} < 15$  minutes,  $w(d_{ij}) = 0,1$
- Si  $d_{ij} > 15$  minutes,  $w(d_{ij}) = 0$

Les distances à l'intérieur d'une même commune sont considérées comme inférieures à 5 minutes.

- **Étape 2** : Identification des zones de recours et sommes des densités calculées à l'étape 1

$$APL_i = \sum_{d_{ij} < d_0} R_j * w(d_{ij})$$

Les données mobilisées sont issues :

- Du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) : nombre de professionnels, recours aux soins par tranche d'âge ;
- De l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) : recensement de la population ;
- Du logiciel Métric développé par l'INSEE pour le calcul des distances.

La création de l'APL a permis des comparaisons entre professions de santé comme l'illustre le tableau ci-dessous, comparaisons qui tendent à montrer la très bonne implantation des officines, au même niveau que les médecins généralistes.

## Annexe V

Tableau 3 : Écarts interdécile et interquartile de l'APL pour les pharmacies, les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes et les infirmiers en 2013

Indicateur	Pharmacies	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers
Écart interdécile	2,8	2,8	6,3	4,9
Écart interquartile	1,5	1,7	2,4	2,3

Source : « Portrait des professionnels de santé », DREES, février 2016. Note : le rapport interdécile rapporte le seuil délimitant les 10% des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus élevée et le seuil délimitant les 10% des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus faible. De même, le rapport interquartile rapporte le seuil délimitant les 25% des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus élevée et le seuil délimitant les 25% des habitants qui disposent de l'accessibilité potentielle localisée la plus faible.

Cependant, cet indicateur présente une limite de taille lorsque l'on étudie spécifiquement les officines : l'APL permet d'estimer l'effet de « saturation » de l'offre des professionnels de santé d'un territoire par la population de ce territoire, raisonnement tout à fait pertinent pour des infirmiers, chirurgiens-dentistes ou médecins dont l'offre de prestations est limitée à un agenda des rendez-vous mais partiellement inadapté pour les pharmacies. En effet, les pharmacies sont accessibles sans rendez-vous et a priori sans limite (en dehors d'un temps d'attente prolongé au comptoir aux heures d'affluence et des horaires de fermeture). Calculer un nombre d'officines pour 100 000 habitants suivant le même modèle que les ETP de professionnels de santé médicaux ou paramédicaux est donc peu satisfaisant si l'on souhaite effectuer des comparaisons fines entre territoires.

### 1.3.2.2. L'approche juridique de la densité officinale

Comme indiqué dans l'annexe relative aux opérations sur la licence, la législation encadre l'implantation des pharmacies en France. En France métropolitaine, il est autorisé d'implanter une nouvelle officine dans une commune qui n'en a pas si la commune fait plus de 2500 habitants, avec une officine supplémentaire par tranche de 4500 habitants en plus (soit deux officines pour une commune de 7000 à 11500 habitants, trois de 11500 habitants à 16000, et ainsi de suite)<sup>6</sup>. La législation autorise d'autres cas particuliers de création d'officine, mais par lisibilité, nous n'en tenons pas compte ici (ex. possibilité, sous conditions, de transférer une officine dans un quartier politique de la ville regroupant plus de 2500 habitants et n'ayant pas d'officine en son sein ; pour plus de détails, voir l'annexe relative aux opérations sur la licence<sup>7</sup>).

Partant de cet encadrement légal de l'implantation, la densité officinale de chaque commune peut être analysée au regard de ces critères juridiques : toute commune ayant plus d'officines par rapport à la taille de sa population que ce que prévoit la loi serait considérée surdense, et inversement pour la sousdensité. L'application de cette approche à l'ensemble des communes françaises conduit à un chiffre théorique possible d'officines en France métropolitaine de 10 435 soit 52% de moins que les 21663 existantes actuellement. Un très grand nombre de communes françaises seraient donc en situation de surdensité officinale.

<sup>6</sup> En Alsace-Moselle, le seuil de départ est fixé à 3500 habitants.

<sup>7</sup> Article L5125-11 du code de la santé publique.

## Annexe V

Parmi les communes de moins de 2500 habitants, où, au regard de la législation, ne peut s'installer aucune nouvelle officine, 13,5% d'entre elles en possèdent une (et dans quelques rares cas plusieurs). Cela tient au fait que la législation encadre les nouvelles installations (le flux) sans remise en cause de l'héritage du maillage existant (le stock), qui est lui-même le résultat de législations antérieures plus souples. Dès lors, **aujourd'hui, plus de la moitié des communes qui ont une officine (ou plusieurs) sont des communes de moins de 2500 habitants, alors même que la législation n'autorise pas l'installation d'officines dans ces communes quand il n'y en avait pas auparavant.**

Parmi les communes de plus de 2500 habitants (cf. tableau ci-dessous), 60,5% sont surdenses (95% parmi les communes de plus de 10000 habitants) et seulement 0,7% (soit moins d'une trentaine) sont sous denses (c'est-à-dire qu'elles comptent moins d'officine que ce qu'autorise la loi, dans les faits généralement une de moins). Parmi ces dernières, 14 n'ont à ce jour aucune officine sur leur territoire (ces 14 communes ont toutes moins de 4500 habitants)<sup>8</sup>.

Tableau 4 : Densité officinale des communes de plus de 2500 habitants au regard des critères juridiques d'installation, 1<sup>er</sup> janvier 2016, France métropolitaine

Communes de plus de 2500 habitants		
Sous denses	Ni sous denses, ni sur denses	Surdenses
28	1605	2508
0,7%	38,7%	60,5%

Source : Drees, retraitement Igas-Igf.

Au total, l'analyse de la densité officinale au regard des règles populationnelles d'installation actuelles conduit à considérer que **plus des quatre cinquièmes (81%) des communes ayant des officines seraient en surdensité officinale** (en nombre d'officines, cela correspond à 91% des officines qui sont dans des communes surdenses). Ce chiffre considérable illustre le fait que l'évolution du réseau est bien plus le fruit de l'inertie induite par le maintien du maillage historique (une officine reste installée là où elle se trouve tant qu'il y a des repreneurs pour la racheter, quelques soient les seuils populationnels autorisant les installations) que par la régulation du flux via l'encadrement légal des installations. En d'autres termes, la France est donc dans cette situation paradoxale d'un **maillage officinal fortement encadré** (voir annexe relative aux opérations sur la licence) **mais difficilement pilotable par les administrations publiques** (voir ci-dessous).

<sup>8</sup> 86% d'entre elles appartiennent à un grand pôle urbain ou à la couronne d'un grand pôle urbain. Cela suggère que ces communes sont pour la plupart dans des zones fortement urbanisées où il y a des officines proches (la médiane du temps d'accès à l'officine la plus proche pour ces communes est inférieur à 6 minutes en voiture) et que les populations sont justement souvent amenées à se déplacer dans les communes avoisinantes (domicile-travail, centres commerciaux, loisirs).

## Annexe V

Cette approche par application des critères populationnels à l'échelle de chaque commune donne cependant une vision insatisfaisante de la réalité : en effet, ces règles ne prennent pas en compte le fait que certaines communes possédant une ou plusieurs officines servent des populations qui débordent le cadre de la commune où ces officines sont installées. Afin de prendre en compte cette dimension, la mission a, avec le soutien de la Drees, eu recours au logiciel Metric pour déterminer la « zone d'influence théorique » de chaque commune ayant une ou plusieurs officines<sup>9</sup>. Par cette méthode, il est ainsi possible de rattacher l'ensemble des communes françaises à la commune ayant une officine qui leur est la plus proche. Il est donc possible de savoir, au-delà de la seule population de la commune où est installée une officine, la population qui est théoriquement sous l'influence de cette commune proche ayant une officine. Cette méthode conduit à nuancer la surdensité présentée ci-dessus, en particulier dans les communes de moins de 2500 habitants.

**Parmi les communes de moins de 2500 habitants qui sont équipées en pharmacie, les deux tiers (66%) ont une population rattachée à leur « zone d'influence théorique » qui est supérieure à 2500 habitants.** Il existe une vingtaine de cas où une commune de moins de 2500 habitants (et ayant une officine) est la plus proche commune équipée de plus de 24 autres communes (le maximum étant à 36 communes rattachées). En termes de population, on recense 87 cas où la commune équipée servirait plus de 7000 habitants (le maximum étant à 11436 habitants), ce qui, par rapport aux seuils populationnels présentés ci-dessus, correspond à deux officines pouvant s'installer si ces populations étaient sur une même commune. Or dans les cas de plus en plus fréquents de fusions de communes (plus d'un millier au 1<sup>er</sup> janvier 2016 donnant lieu à la création d'un peu plus de 300 nouvelles communes), les seuils populationnels communaux sont parfois ainsi franchis et donnent alors la possibilité d'implanter des officines là où il n'y en avait pas ou pas assez auparavant (c'est le cas de 6 communes nouvelles créées au 1<sup>er</sup> janvier 2016).

Parmi les communes de plus de 2500 habitants, près de la moitié d'entre elles ont une zone d'influence théorique qui déborde la commune. En prenant en compte non plus la population communale, mais la population de la « zone d'influence théorique », la proportion de commune surdense passe de 60,5% à 54,2% parmi les communes de plus de 2500 habitants.

Au global, la prise en compte des populations des communes non équipées d'officine allant se fournir sur des communes équipées diminue la **surdensité officinale à 47,4% des communes équipées de France métropolitaine. L'application des seuils populationnels à la population non de la commune mais de sa zone d'influence théorique conduirait à la présence d'un peu moins de 14 000 officines en France métropolitaine** (un peu plus de 8 000 officines de moins dans les communes suréquipées et environ 150 de plus dans des communes souséquipées<sup>10</sup>), soit une réduction d'un peu plus d'un tiers du nombre d'officines.

Ces résultats permettent d'établir deux constats :

- la surdensité officinale est massive et bien plus grande que la sous densité.

---

<sup>9</sup> En pratique, le logiciel Metric permet de connaître, pour chaque commune, la commune ayant une officine qui lui est la plus proche. Cela permet donc en retour de connaître la « zone de chalandise » théorique (à savoir selon la distance minimale en voiture) de chaque commune ayant une ou plusieurs officines sur son territoire. Il est dès lors possible de savoir que telle commune qui a une officine est la plus proche commune de plusieurs autres communes avoisinantes qui n'ont elles pas d'officine.

<sup>10</sup> L'ensemble représenterait environ 4,8 millions de personnes. Les deux régions ayant le plus de communes équipées en sousdensité officinale et le plus de populations concernées sont les régions Ile de France et Rhône Alpes Auvergne.

## Annexe V

- La définition des critères populationnels actuels à l'échelle d'une commune a peu de sens, peu d'utilité et se révèle fragile : dans la grande majorité des grosses communes (+ de 10000 habitants), les critères sont de très loin dépassés et ne remplissent donc aucune fonction (si ce n'est d'empêcher de nouveaux entrants) et dans les communes de petite taille (celles de moins de 2500 habitants), la création d'officines peut se trouver autoriser par la simple modification des contours d'une commune, mouvement à l'occasion de fusions que les pouvoirs publics encouragent fortement actuellement via des incitations financières.

### 1.3.3. 97% de la population vit à moins de 10 minutes en voiture d'une officine

Au regard du maillage officinal existant au 1<sup>er</sup> janvier 2016 en France métropolitaine, 97% de la population vit à moins de 10 minutes en voiture d'une officine et 4 français sur cinq (81%) vivent dans une commune qui a au moins une officine (voir tableau ci-dessous). Ces résultats ont été établis avec le soutien de la Drees en utilisant le logiciel Metric (pour plus de détails sur le fonctionnement de ce distancier, voir l'encadré ci-dessous). La population vivant elle à plus de 15 minutes d'une officine est en revanche très faible (0,5% de la population, soit moins de 300 000 personnes réparties sur 1667 communes, majoritairement des communes en zone montagneuse<sup>11</sup>) et à peine 0,1% de la population vit à plus de 20 minutes d'une commune équipée d'une pharmacie<sup>12</sup>.

Tableau 5 : Distance-temps en voiture à la commune la plus proche ayant une officine, France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2016

Dist J0	En population		n nombre de commune		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
<b>Officine(s) dans la commune</b>	51 905 881	81,50%	8 376	23,40%	19 410 941	35,70%
<b>A moins de 5 min</b>	54 227 157	85,10%	12 506	35,00%	23 177 152	42,70%
<b>A moins de 10 min</b>	61 760 756	<b>97,00%</b>	28 509	79,80%	42 437 052	78,10%
<b>A plus de 10 min</b>	1 928 683	3,00%	7 235	20,20%	11 896 128	21,90%
<b>A plus de 15 min</b>	297 071	0,50%	1 667	4,70%	3 525 795	6,50%
<b>A plus de 20 min</b>	92 425	0,10%	600	1,70%	1 469 716	2,70%
<b>A plus de 30 min</b>	20 093	0,00%	153	0,40%	403 824	0,70%

Source : Drees, retraitement Igas-Igf. Note : la simulation 2016 (J0) correspond au distancier-temps au regard du réseau au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Ce résultat très élevé doit être nuancé car il ne prend pas en compte un certain nombre d'éléments :

- Le distancier calcule le temps de trajet sans prise en compte du temps nécessaire pour se stationner ou les arrêts à des feux de signalisation. Or de nombreux entretiens réalisés par la mission ont montré que la difficulté à se stationner lorsque les officines sont dans un centre-bourg/centre-ville sont réels. Les distanciers présentés ici sont donc un minimum par rapport à la réalité.

<sup>11</sup> La médiane de l'altitude maximale des communes concernées est de 946 mètres quand la médiane de l'altitude maximale des communes de France métropolitaine est à 258 mètres.

<sup>12</sup> Une analyse à l'échelle des bassins de vie conduit à identifier que seulement 5 bassins ont une distance moyenne pondérée d'accès à la commune la plus proche possédant une officine supérieure à 10 minutes (aucun à plus de 15 minutes).

## Annexe V

- On considère ici implicitement que toute la population a un véhicule et est en mesure de se déplacer avec. Pour des personnes non motorisées ou dans l'incapacité d'utiliser leur véhicule (ex. personnes très âgées, personnes malades), le déplacement à la commune équipée la plus proche se fait donc soit via l'aide d'un tiers qui est lui motorisé, soit via un autre moyen de déplacement par définition moins rapide que la voiture (ex. à pied, à vélo, en transports en commun). Or, parmi les 3% de la population qui vit à plus de 10 minutes en voiture d'une officine, on compte près de 200 000 personnes de plus de 75 ans (près de 35 000 étant à plus de 15 minutes). La perception de la distance-temps a donc de grandes chances de varier fortement selon les caractéristiques individuelles de chaque personne (ex. passage régulier ou non à la proximité de l'officine pour le travail ou d'autres activités (loisirs, consommation, ...), fréquence des déplacements en dehors de la commune de résidence, capacité ou non à se faire aider par des proches). Or, à ce jour, il n'existe pas d'étude sur la perception subjective de la distance par les personnes, même si la Drees envisage de réaliser une telle étude.
- Le distancier ne prend pas en compte le temps réel entre le domicile et la pharmacie mais est calculé entre la mairie d'une commune non équipée et la mairie d'une commune équipée ; selon la répartition de la population sur le territoire de la commune de départ et la localisation de l'officine dans la commune de destination, le distancier peut ne pas complètement refléter la réalité des temps de trajet de la population.

Les divers entretiens réalisés par la mission tendent à indiquer que, au-delà de 15 minutes de temps d'accès (soit plus de 30 minutes aller-retour), l'officine est perçue comme lointaine. La mission retient donc trois critères d'analyse :

- Population à moins de 15 minutes d'une officine : situation satisfaisante
- Population entre 15 et 20 minutes d'une officine : situation d'alerte
- Population à plus de 20 minutes d'une officine : situation de fragilité

**Encadré méthodologique sur le distancier Metric**

Metric est un logiciel élaboré par l'Insee et utilisé par différents services de l'Etat (ex. Drees, CGET). Il permet de déterminer pour une commune donnée la commune la plus proche où disposer de tels ou tels services (ex. commerce, service de santé, école). Il permet de plus de calculer des distances en temps de voiture entre le chef lieu de la commune de départ et le chef lieu de la commune d'arrivée.

Ce n'est donc pas le lieu d'habitation exact des populations qui est ici pris en compte ni l'adresse exacte de l'officine la plus proche. Il faut donc considérer les temps de trajet présentés dans cette annexe comme des estimations plus que comme la réalité du temps dépensé par les populations concernées.

Le logiciel ne prend de plus pas en compte d'éléments tels que les feux de signalisation ou les temps de stationnement, qui dans certains cas peuvent accroître substantiellement la durée du trajet. Il permet néanmoins de calculer un temps de trajet en heures creuses ou en heures pleines. Les résultats présentés ici sont la moyenne des deux.

Dans son fonctionnement actuel, le logiciel ne permet pas de mesurer de façon fiable le temps d'accès à l'officine la plus proche en infracommunal<sup>13</sup>. Par convention, l'ensemble des distanciers ont été mis à 0 minute pour les populations ayant une ou plusieurs officines sur leur commune de résidence.

Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux obtenus par la DGOS lors d'une étude menée en 2014 auprès de l'ensemble des ARS. En effet, l'étude DGOS arrivait à la conclusion que, en 2014, 3% de la population française vivait dans un territoire fragile, et non 0,5% comme indiqué ici (à savoir la population vivant à plus de 15 minutes d'une officine).

Tableau 6 : Proportion de communes, population, superficie fragiles ou en voie de fragilisation pour l'offre officinale selon l'étude de la DGOS de 2014

	<b>Territoires fragiles</b>	<b>Territoires en voie de fragilisation dans les cinq années à venir</b>	<b>Total (Territoires fragiles ou en voie de fragilisation)</b>
<b>En communes</b>	6%	7%	13%
<b>En population</b>	3%	3%	6%
<b>En superficie</b>	ns	ns	12%

Source : synthèse DGOS des travaux conduits par les ARS, 2014.

<sup>13</sup> La difficulté réside dans le fait que le logiciel s'arrête, en infracommunal, aux bordures de la communes. Or il existe un certain nombre de cas où l'officine la plus proche pour la population n'est pas dans la commune de résidence mais dans une commune à proximité.

## Annexe V

L'écart entre les résultats de l'étude DGOS et ceux de la mission Igas-Igf est cependant difficile à interpréter dans la mesure où les méthodologies suivies sont totalement différentes. Du côté de la présente mission, un même critère a été appliqué à l'ensemble des communes du territoire français (à savoir la distance-temps en voiture à la commune la plus proche possédant une officine, avec un seuil fixé à 15 minutes pour considérer une situation de fragilité). Du côté de la DGOS, le mode d'identification des territoires considérés comme fragiles a été laissé à la libre appréciation de chaque ARS (pour plus de détails voir l'encadré ci-dessous), la DGOS ayant, après collecte des contributions des ARS, fait la somme nationale des différentes réponses des ARS, sans distinction des méthodes de calcul utilisées par les ARS. L'intérêt du travail conduit par la DGOS est qu'il a permis à chaque ARS de faire part de ce qu'elle estimait être les facteurs les plus pertinents pour évaluer la fragilité des territoires. Cependant, étant donné l'hétérogénéité des méthodes utilisées d'une ARS à l'autre, les résultats obtenus dans chaque région sont difficilement comparables. Ainsi, les régions Auvergne et Languedoc-Roussillon sont ressorties dans l'étude DGOS comme ayant respectivement 10% et 9% de leur population en situation de fragilité alors que la grande majorité des autres régions se situaient elles à quelques points de pourcentage de leur population régionale. Les travaux de la présente mission indiquent que 1,5% de la population auvergnate vit en 2016 à plus de 15 minutes d'une officine<sup>14</sup> et 1% en Languedoc-Roussillon<sup>15</sup>, soit dans les deux cas bien moins que ce qu'indiquait l'étude de la DGOS. Inversement, l'étude de la DGOS pointait le fait que 0,5% de la population en Corse vivait dans un territoire fragile alors que la présente mission identifie que 10,2% de la population corse vit à plus de 15 minutes d'une officine<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> 7,8% vit à plus de 10 minutes.

<sup>15</sup> 3% vit à plus de 10 minutes.

<sup>16</sup> 15,5% à plus de 10 minutes.

**Encadré : Illustrations de la diversité des méthodes utilisées par les ARS pour identifier les territoires fragiles en offre officinale à l'occasion de l'étude de la DGOS en 2014**

*La méthode utilisée par l'ARS Auvergne :* l'ARS Auvergne s'est appuyée sur la construction préalable de bassins de proximité correspondant à l'offre de soins de premiers recours. Une batterie d'indicateurs a ensuite été mobilisée (APL concernant les médecins généralistes, part de pharmacies avec un seul pharmacien en prenant en compte l'âge du pharmacien et l'absence d'adjoint, part de pharmacies exploitées en nom propre, part de pharmacie où le plus jeune pharmacien a moins de 55 ans, caractéristiques sur les prescripteurs, démographie du territoire (rural, urbain, évolution de population entre 1999 et 2010),...) et ce afin d'utiliser des méthodes statistiques d'analyse des données (analyse en composante principale, analyse ascendante hiérarchique, analyse discriminante linéaire).

*La méthode utilisée par l'ARS Rhône-Alpes :* l'ARS Rhône-Alpes a considéré la fragilité à l'échelle communale, en se centrant sur les communes ayant une officine. Une commune a été considérée comme fragile si elle comptait moins de 1500 habitants, qu'elle n'avait qu'une seule pharmacie n'ayant qu'un seul pharmacien et que 100% des médecins avaient en 2014 plus de 60 ans (ou aucun médecin présent sur la commune). Les officines de stations de ski ont été exclues de l'analyse.

*La méthode utilisée par l'ARS Corse :* l'ARS Corse s'est appuyée sur l'APL (cf. description précédemment) pour établir son diagnostic, à l'échelle communale.

*La méthode utilisée par l'ARS Centre :* l'ARS a considéré un territoire comme fragile dès lors qu'une commune ne possédait qu'une seule pharmacie.

*La méthode utilisée par l'ARS Ile-de-France :* l'ARS Ile-de-France a travaillé à l'échelle de bassins de proximité suivant des maillages correspondant à des flux de consommation en soins de premiers recours. Pour ces bassins, des scorings de fragilité officinale ont été établis en combinant faible densité de pharmacies par habitant, faible nombre de prescripteurs et faible chiffre d'affaires des officines du bassin.

*La méthode utilisée par l'ARS Franche-Comté :* l'ARS Franche-Comté a, pour déterminer ses territoires fragiles, panaché différents paramètres : APL inférieure à la moyenne, absence d'officine sur la commune, moins de deux prescripteurs, distance-temps supérieur à 5 minutes pour l'officine la plus proche ou distance-temps supérieur à 10 minutes pour les deux officines les plus proches.

Il est à noter que les critères conduisant à considérer non pas seulement la fragilité mais aussi la fragilisation possible à moyen terme des territoires a conduit les ARS à mobiliser des critères complémentaires, variables selon les ARS (ex. âge des pharmaciens et médecins, présence ou non d'une MSP, ...).

Pour ces différentes raisons, la mission a préféré ne pas repartir de l'étude de la DGOS pour évaluer la fragilité des territoires. Elle a privilégié une méthode consistant à appliquer les mêmes critères d'analyse à l'ensemble des régions françaises (à savoir le distancier calculé via le logiciel Metric) tout en reconnaissant l'utilité du travail qualitatif qui a été fait à cette occasion par les services du ministère de la Santé.

### 1.4. Un accès moins aisé pour certaines populations

Au-delà du fait que seulement 3% de la population vit à plus de 10 minutes d'une commune équipée d'une pharmacie, il existe des écarts forts suivant les lieux de vie de la population ou leur âge.

Pour ce qui concerne les régions françaises, la région Corse est celle qui en pourcentage a la plus grande part de sa population qui réside loin des officines (voir tableau ci-dessous). Cependant, en volume ce sont les régions Rhône-Alpes-Auvergne et PACA qui ont le plus d'habitants qui vivent loin des officines (quelques soient le seuil retenu, 10, 15 ou 20 minutes).

Tableau 7 : Population à plus de 10, 15 et 20 minutes en pourcentage et en volume dans chaque région métropolitaine

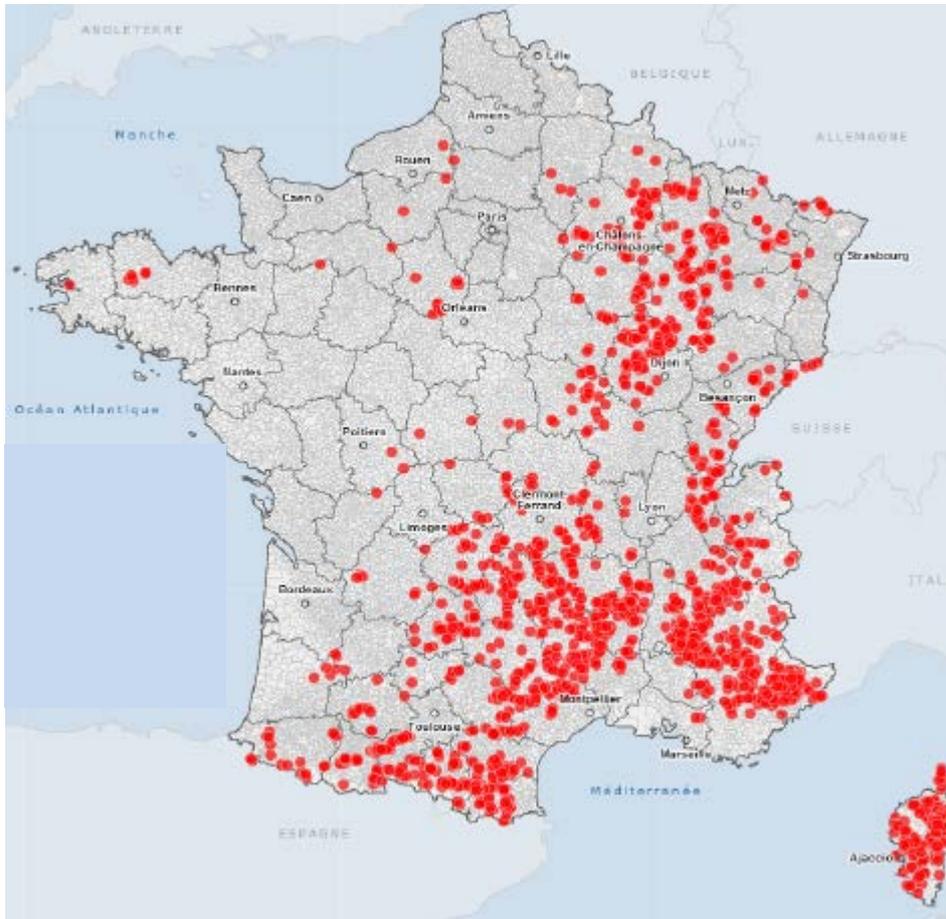
	Population à plus de 10 minutes d'une officine			Population à plus de 15 minutes d'une officine			Population à plus de 20 minutes d'une officine		
	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France
Ile-de-France	25 392	0,20%	1,30%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
Centre-Val de Loire	122 056	4,70%	6,30%	3 943	0,20%	1,30%	0	0,00%	0,00%
Bourgogne-Franche-Comté	205 904	7,30%	10,70%	22 718	0,80%	7,60%	2 630	0,10%	2,80%
Normandie	97 638	2,90%	5,10%	1 210	0,00%	0,40%	0	0,00%	0,00%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	81 815	1,40%	4,20%	307	0,00%	0,10%	0	0,00%	0,00%
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	271 840	4,90%	14,10%	34 436	0,60%	11,60%	3 911	0,10%	4,20%
Pays de la Loire	59 354	1,60%	3,10%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
Bretagne	37 903	1,20%	2,00%	1 826	0,10%	0,60%	0	0,00%	0,00%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	219 044	3,70%	11,40%	14 601	0,20%	4,90%	1 948	0,00%	2,10%
La région Occitanie									
Rhône-Alpes-Auvergne	302 634	5,30%	15,70%	62 137	1,10%	20,90%	15 029	0,30%	16,30%
Rhône-Alpes-Auvergne	339 320	4,40%	17,60%	71 112	0,90%	23,90%	18 793	0,20%	20,30%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	116 059	2,30%	6,00%	52 155	1,10%	17,60%	29 164	0,60%	31,60%
Corse	49 724	15,50%	2,60%	32 626	10,20%	11,00%	20 950	6,50%	22,70%
France métropolitaine	1 928 683	3,00%	100,00%	297 071	0,50%	100,00%	92 425	0,10%	100,00%

Source : Igas-Igf.

## Annexe V

En termes de représentation cartographique, la France se découpe fortement entre un axe sud ouest / nord est (cf. carte ci-dessous).

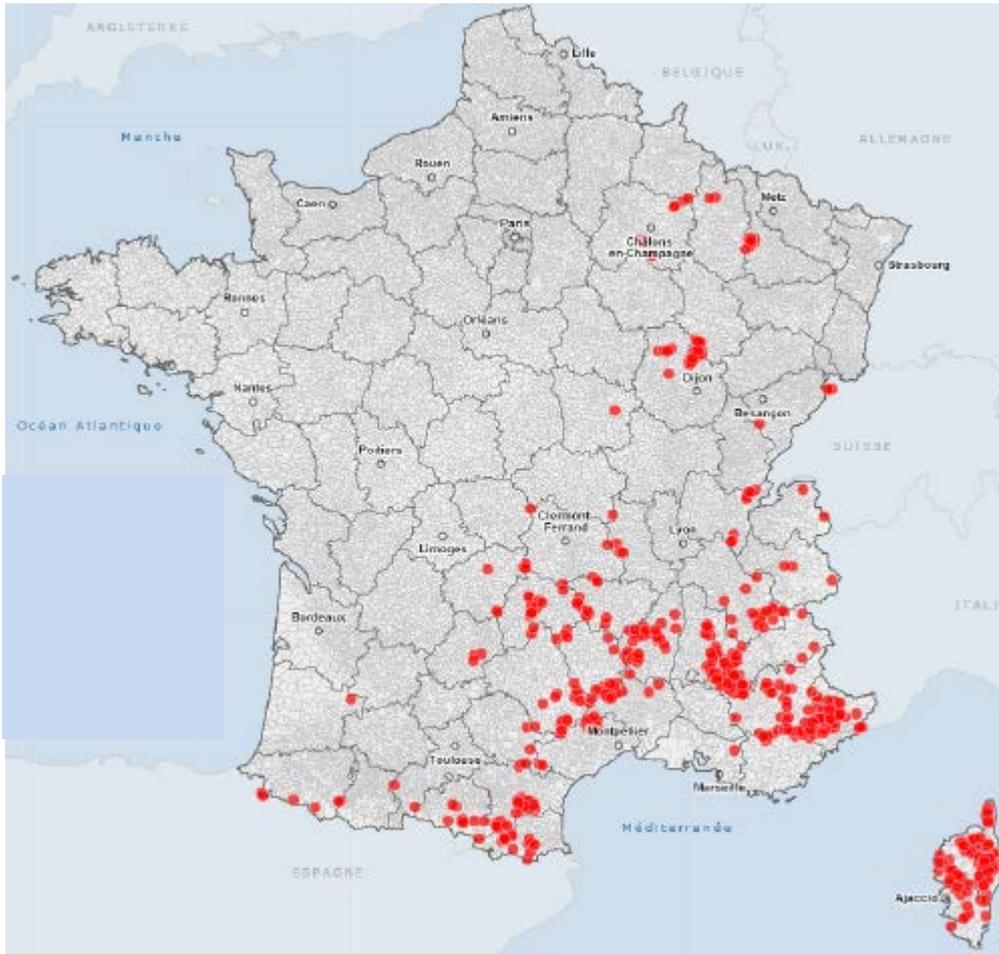
Schéma 7 : Communes étant à plus de 15 minutes de la commune la plus proche équipée en France métropolitaine, 2016



Source : Igas-Igf.

## Annexe V

Schéma 8 : Communes étant à plus de 20 minutes de la commune la plus proche équipée en France métropolitaine, 2016



Source : Igas-Igf.

L'analyse à l'échelle départementale conduit aussi à pointer des écarts très élevés d'un département à l'autre (cf. tableau ci-dessous). Ainsi, en proportion de sa population, la Lozère est le département le plus mal loti. Cependant, en volume de population, c'est le département des Alpes maritimes qui a la plus grande population vivant à plus de 15 minutes (ou 20 minutes) d'une officine avec respectivement près de 24 000 et 17 500 personnes concernées. Ces écarts entre départements appellent à un traitement différencié des unités territoriales des ARS selon le département dans lequel se situe leur action.

## Annexe V

Tableau 8 : Les 5 départements métropolitains ayant le plus de population à 10, 15 ou 20 minutes d'une officine soit en proportion de la population soit en volume

**5 départements ayant le plus de personnes à plus de 10 minutes d'une officine en proportion de leur population**

		Volume	%
48	Lozère	19518	25,5%
46	Lot	35147	20,2%
15	Cantal	26436	18,0%
12	Aveyron	47989	17,3%
32	Gers	30901	16,2%

**5 départements ayant le plus de personnes à plus de 15 minutes d'une officine en proportion de leur population**

		Volume	%
48	Lozère	9221	12,0%
2B	Haute Corse	19521	11,4%
2A	Corse du Sud	13105	8,8%
04	Alpes-de-Haute-Provence	12448	7,7%
07	Ardèche	16763	5,2%

**5 départements ayant le plus de personnes à plus de 20 minutes d'une officine en proportion de leur population**

		Volume	%
2B	Haute Corse	14628	8,6%
48	Lozère	4016	5,2%
2A	Corse du Sud	6322	4,2%
04	Alpes-de-Haute-Provence	3924	2,4%
05	Hautes-Alpes	2796	2,0%

**5 départements ayant le plus de personnes à plus de 10 minutes d'une officine en volume de population**

		Volume	%
12	Aveyron	47989	17,3%
21	Côte d'Or	45455	8,6%
57	Moselle	45337	4,3%
51	Marne	40945	7,2%
27	Eure	38502	6,5%

**5 départements ayant le plus de personnes à plus de 15 minutes d'une officine en volume de population**

		Volume	%
06	Alpes maritimes	23958	2,2%
2B	Haute Corse	19521	11,4%
07	Ardèche	16763	5,2%
2A	Corse du Sud	13105	8,8%
04	Alpes-de-Haute-Provence	12448	7,7%

## Annexe V

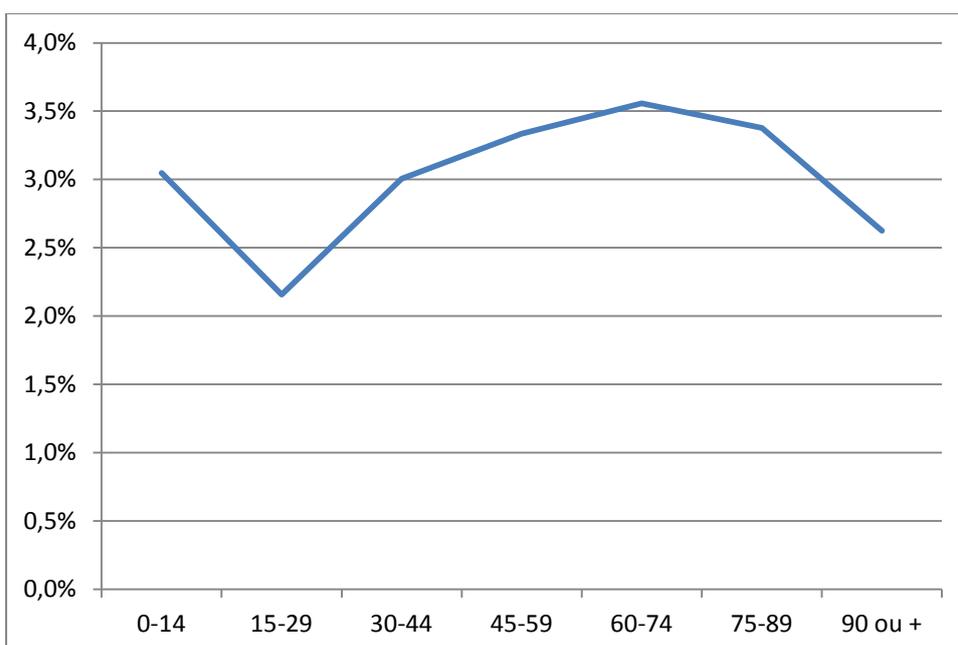
### 5 départements ayant le plus de personnes à plus de 20 minutes d'une officine en volume de population

		Volume	%
06	Alpes maritimes	17531	1,6%
2B	Haute Corse	14628	8,6%
2A	Corse du Sud	6322	4,2%
07	Ardèche	5556	1,7%
26	Drôme	4042	0,8%

Source : Igf-Igas.

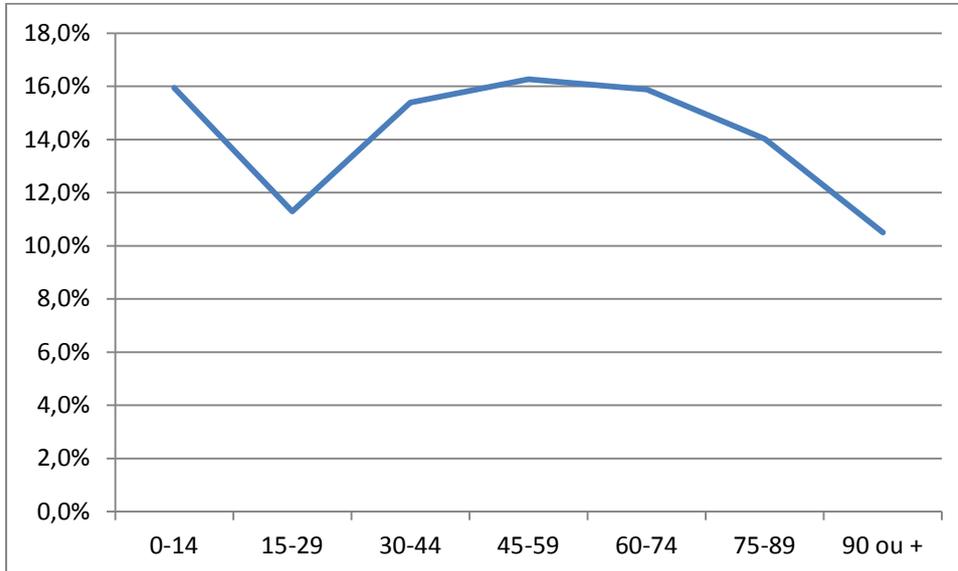
En termes d'âge, on constate des variations notables de l'éloignement aux officines selon l'âge des personnes (cf. graphique ci-dessous). Ainsi les 15-29 ans sont ceux qui vivent le moins fréquemment à plus de 10 minutes d'une officine (2,2% de cette tranche d'âge). Cela s'explique vraisemblablement par le fait que le suivi d'études conduit ces populations à habiter plus fréquemment dans des communes de plus grosses tailles, donc équipées d'officines. On constate qu'après un pic pour la tranche d'âge 60-74 ans, la fréquence d'éloignement à plus de 10 minutes d'une commune équipée d'une officine décroît avec l'âge (pic à 45-59 ans pour un éloignement à plus de 5 minutes), avec une accélération chez les personnes de plus de 90 ans dont seulement 2,6% habitent à plus de 10 minutes en voiture d'une commune équipée quand c'est le cas de 3,6% des personnes de 60-74 ans (en d'autres termes, **la proportion de personnes de plus de 90 ans vivant à plus de 10 minutes d'une officine est un quart plus faible que celle constatée pour les personnes de 60-74 ans**). Cette diminution chez les personnes très âgées s'explique sans doute par le fait qu'un certain nombre d'entre elles entrent en Ehpad ou déménagent pour avoir une plus grande proximité avec les services de santé de premiers recours (médecin, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien,...).

Schéma 9 : Proportion par tranche d'âge de personnes vivant à plus de 10 minutes d'une commune équipée d'une officine



Source : Igas-Igf.

Schéma 10 : Proportion par tranche d'âge de personnes vivant à plus de 5 minutes d'une commune équipée d'une officine



Source : Igas-Igf.

Ces résultats semblent indiquer que la population choisit et adapte pour partie son lieu d'habitation à ses besoins en soins de premiers recours ainsi qu'à ses capacités de déplacement. Les jeux de simulation présentés ci-dessous ne prennent pas en compte cette capacité d'adaptation de la population à l'évolution du maillage dans les territoires, la population communale étant considérée ici ne pas évoluer. Il est donc vraisemblable que les données de population impactées par la disparition d'officines présentées ci-dessous sont un majorant.

### 1.5. Une articulation forte mais non complète entre offre officinale et offre médicale

97% des officines de France métropolitaine sont installés sur une commune ayant au moins un médecin généraliste (libéral ou salarié dans un centre de santé). De façon comparable, 92% des médecins généralistes sont installés sur des communes équipées d'une pharmacie.

On recense néanmoins presque **600 communes équipées d'une officine mais ne possédant pas de médecin généraliste**. Dans 92% des cas, ces communes comptent moins de 2500 habitants et dans 98% des cas, il n'y a qu'une seule officine sur la commune. Ces communes regroupent au total 723 000 personnes. Le chiffre d'affaire médian des officines de ces territoires est d'un million d'euros en 2014, ce qui signifie que ces officines sont en majorité des petites officines<sup>17</sup>. La distance médiane à la commune la plus proche possédant un médecin généraliste est de 7 minutes en voiture.

<sup>17</sup> Cette petiteesse est cependant à relativiser car contrairement à des officines en milieu urbain, ce type d'officine implanté en zone très rurale ne subit généralement pas des coûts du foncier élevés.

**Parmi les communes équipées en pharmacie qui ne disposent pas de médecin, on en dénombre un peu plus de 400<sup>18</sup> pour lesquelles la commune la plus proche ayant un médecin généraliste a elle-même une pharmacie sur son territoire.** Les entretiens menés par la mission indiquent que ces officines ont tendance à avoir une activité légèrement différente des autres pharmacies : en effet, leur activité relative au médicament se concentrerait plus fortement sur les maladies chroniques pour lesquelles les personnes ont des prescriptions portant généralement sur des durées longues plutôt que sur les médicaments associés à des maladies de l'enfance ou aux situations aiguës pour lesquels les achats ont tendance à se reporter sur les officines à proximité immédiate du médecin prescripteur.

## **2. Divers facteurs pourraient détériorer l'accessibilité du médicament dans les territoires**

Cette partie vise à simuler l'impact de différents facteurs sur l'évolution à court et moyen terme du réseau officinal. Sont pris en compte aussi bien les âges des titulaires d'officines et de leurs adjoints, la santé économique des officines, l'attractivité des communes équipées ainsi que les départs en retraite à venir des médecins généralistes.

Le critère d'analyse utilisé est le distancier-temps à l'officine la plus proche pour chaque commune, et ce grâce à l'exploitation du logiciel Metric par la Drees. La méthode utilisée est la suivante : 18 simulations ont été réalisées ; pour chacune, il a été fait l'hypothèse de fermeture d'un certain nombre d'officines dans les territoires au regard de paramètres prédéterminés, à la suite de quoi le distancier-temps à l'officine la plus proche a été recalculé.

Il est à noter que l'échelle d'analyse ici est la commune et non l'officine. L'objectif n'est pas de connaître le nombre de fermetures prévisibles d'officine mais de se concentrer sur les fermetures qui auront un impact dommageable en termes d'accès au médicament. A titre d'exemple, les fermetures d'officine pouvant intervenir en milieu urbain du fait de l'absence de repeneur à la suite d'un départ en retraite du titulaire, et ce alors que d'autres officines restent installées sur la commune, ne font pas l'objet d'analyse ici. En revanche, une officine fermant faute de repeneur, et ce sachant qu'elle était la seule officine de la commune, est prise en compte car cela signifie que la population de la commune devra dès lors se fournir en médicaments sur une autre commune.

### **2.1. Des départs massifs en retraite de pharmaciens dans les dix années à venir**

La profession de pharmacien d'officine va connaître une vague massive de départ en retraite dans les prochaines années. En effet, 35% des titulaires actuels d'officine ont plus de 55 ans (14% plus de 60 ans) et 20% ont plus de 55 ans parmi les adjoints (7% ont plus de 60 ans).

Partant de ce principe, quatre simulations (J : jeu de test) ont été conduites :

- J1 : Les communes où tous les titulaires d'officine ont plus de 55 ans perdent leur(s) officine(s) (simulation à moyen terme)<sup>19</sup>
- J2 : Les communes où tous les titulaires d'officine ont plus de 60 ans perdent leur(s) officine(s) (simulation à court terme)

---

<sup>18</sup> Soit presque 5% des communes équipées d'une officine en France métropolitaine.

<sup>19</sup> Cette simulation à moyen terme (environ 10 ans) est cohérente avec le sondage réalisé par la mission auprès de la profession qui indique qu'une majorité des titulaires souhaite prendre leur retraite à 65 ans ou au-delà.

## Annexe V

- J3 : Les communes où tous les titulaires d'officine et leurs adjoints ont plus de 55 ans perdent leur(s) officine(s) (simulation à moyen terme)
- J4 : Les communes où tous les titulaires d'officine et leurs adjoints ont plus de 60 ans perdent leur(s) officine(s) (simulation à court terme)

L'hypothèse faite ici par la mission est particulièrement pessimiste dans la mesure où on considère qu'aucune officine n'est reprise quand sur une commune tous les titulaires sont âgés (ou tous les titulaires et tous les adjoints). L'objectif est d'identifier les communes qui risquent alors de perdre leur(s) officine(s) et de ne plus en avoir.

Le premier jeu de test (non remplacement des titulaires de plus de 55 ans) fait apparaître une forte évolution du réseau dans la mesure où 1830 communes qui possèdent en 2016 une officine (ou plusieurs) seraient amenées à ne plus en avoir.

Tableau 9 : Nombre de communes équipées en 2016 perdant leur(s) officine(s) du fait de départ en retraite non remplacé à court et moyen terme, France métropolitaine

	J1	J2	J3	J4
Volume	1830	633	773	238
%	22%	8%	9%	3%

Source : Igas-Igf. Note de lecture : dans la première simulation (J1), 1830 communes perdent leur(s) officine(s) et n'en ont alors plus, ce qui représente 22% des communes ayant en 2016 au moins une officine.

L'évolution du distancier-temps pour chacun de ces jeux de test indique un accroissement de la proportion de personnes vivant loin d'une officine. Cependant cet accroissement est très inférieur à la proportion de communes perdant toute officine (cf. tableau ci-dessus), ce qui s'explique par le fait qu'une commune qui perd son officine ne se situe pas nécessairement loin d'une autre officine, la plus proche commune équipée pouvant se situer à proximité. Ainsi, dans la simulation ayant l'impact le plus fort à savoir celle mesurant l'impact à moyen terme centré des départs en retraite des seuls titulaires sans prise en compte des adjoints (J1 : Titulaires de plus de 55 ans), la proportion de personnes vivant à plus de 10 minutes d'une officine double pour passer de 3% de la population à 6,6%, celle des personnes à plus de 15 minutes (ou plus de 20 minutes) triple de 0,5% à 1,6%.

**Annexe V**

Tableau 10 : Distancier-temps à la commune équipée la plus proche selon les simulations J0, J1, J2, J3, J4

Dist J0 (2016)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
<b>Officine(s) dans la commune</b>	51 905 881	81,50%	8 376	23,40%	19 410 941	35,70%
<b>A moins de 5 min</b>	54 227 157	85,10%	12 506	35,00%	23 177 152	42,70%
<b>A moins de 10 min</b>	61 760 756	97,00%	28 509	79,80%	42 437 052	78,10%
<b>A plus de 10 min</b>	1 928 683	3,00%	7 235	20,20%	11 896 128	21,90%
<b>A plus de 15 min</b>	297 071	0,50%	1 667	4,70%	3 525 795	6,50%
<b>A plus de 20 min</b>	92 425	0,10%	600	1,70%	1 469 716	2,70%
<b>A plus de 30 min</b>	20 093	0,00%	153	0,40%	403 824	0,70%
Dist J1 (Tit+55)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
<b>Officine(s) dans la commune</b>	48 162 464	75,60%	6 548	18,30%	15 302 835	28,20%
<b>A moins de 5 min</b>	50 290 030	79,00%	9 708	27,20%	18 218 578	33,50%
<b>A moins de 10 min</b>	59 481 605	93,40%	24 493	68,50%	36 038 050	66,30%
<b>A plus de 10 min</b>	4 207 834	6,60%	11 251	31,50%	18 295 130	33,70%
<b>A plus de 15 min</b>	987 685	1,60%	3 579	10,00%	6 835 842	12,60%
<b>A plus de 20 min</b>	273 778	0,40%	1 278	3,60%	2 844 844	5,20%
<b>A plus de 30 min</b>	44 032	0,10%	308	0,90%	764 066	1,40%
Dist J2 (Tit+60)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
<b>Officine(s) dans la commune</b>	50 746 797	79,70%	7 744	21,70%	17 980 720	33,10%
<b>A moins de 5 min</b>	53 030 364	83,30%	11 555	32,30%	21 463 095	39,50%
<b>A moins de 10 min</b>	61 066 217	95,90%	27 134	75,90%	40 282 380	74,10%
<b>A plus de 10 min</b>	2 623 222	4,10%	8 610	24,10%	14 050 800	25,90%
<b>A plus de 15 min</b>	457 463	0,70%	2 183	6,10%	4 411 411	8,10%
<b>A plus de 20 min</b>	137 876	0,20%	791	2,20%	1 866 862	3,40%
<b>A plus de 30 min</b>	26 649	0,00%	197	0,60%	537 141	1,00%
Dist J3 (Tit-Adj+55)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
<b>Officine(s) dans la commune</b>	50 709 252	79,60%	7 605	21,30%	17 514 456	32,20%
<b>A moins de 5 min</b>	52 970 598	83,20%	11 356	31,80%	20 919 439	38,50%
<b>A moins de 10 min</b>	61 007 922	95,80%	26 906	75,30%	39 601 337	72,90%
<b>A plus de 10 min</b>	2 681 517	4,20%	8 838	24,70%	14 731 843	27,10%
<b>A plus de 15 min</b>	495 849	0,80%	2 390	6,70%	4 870 599	9,00%
<b>A plus de 20 min</b>	147 323	0,20%	867	2,40%	2 058 955	3,80%
<b>A plus de 30 min</b>	28 582	0,00%	225	0,60%	583 885	1,10%
Dist J4 (Tit-Adj+60)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
<b>Officine(s) dans la commune</b>	51 593 945	81,00%	8 139	22,80%	18 826 698	34,70%
<b>A moins de 5 min</b>	53 905 407	84,60%	12 165	34,00%	22 486 923	41,40%
<b>A moins de 10 min</b>	61 532 759	96,60%	27 965	78,20%	41 505 313	76,40%
<b>A plus de 10 min</b>	2 156 680	3,40%	7 779	21,80%	12 827 867	23,60%
<b>A plus de 15 min</b>	345 498	0,50%	1 854	5,20%	3 869 364	7,10%
<b>A plus de 20 min</b>	102 947	0,20%	664	1,90%	1 596 055	2,90%
<b>A plus de 30 min</b>	22 151	0,00%	168	0,50%	446 630	0,80%

Source : Igas-Igf. Note de lecture : dans la simulation de distancier J0 (l'existant), 97% de la population métropolitaine vit à moins de 10 minutes en voiture ; dans la simulation J3 (fermeture des toutes les officines d'une commune si tous les titulaires et adjoints de la commune ont plus de 55 ans), 95,8% de la population métropolitaine vivrait à moins de 10 minutes en voiture d'une officine.

## 2.2. La santé économique fragile d'un certain nombre d'officines

Pour apprécier l'évolution du réseau dans les années à venir, prendre en compte la fermeture potentielle d'officines aujourd'hui du fait de leur fragilité économique excessive est nécessaire, et ce d'autant plus que le chiffre d'affaires du secteur ne croît plus comme cela a pu être le cas dans le passé. Afin de déterminer cette santé économique, un scoring a été établi pour chaque officine (pour plus de détails voir l'annexe relative à la situation économique et financière des officines). Deux simulations ont alors été établies :

- J5 : Les officines fragiles économiquement (scoring de 4 à 6) ferment
- J6 : Les officines très fragiles (scoring de 5 à 6) ferment

Ces deux simulations reposent sur des hypothèses fortes dans la mesure où on fait ici l'anticipation, en partie discutable, que toutes les officines fragiles ferment et ne sont pas reprises : non seulement on peut imaginer qu'une pharmacie aujourd'hui en difficulté peut parvenir à redresser sa situation économique dans l'avenir mais aussi qu'une officine mise en liquidation a de fortes chances d'être reprise dans la mesure où la difficulté économique peut tenir à un coût d'acquisition du fonds de commerce trop élevé ou à une mauvaise gestion du titulaire et non à un marché trop étroit. L'exemple le plus caractéristique de cette situation est le cas d'un titulaire ayant acheté très cher une officine en s'endettant à un niveau important qui ne parvient pas à rembourser son emprunt : le successeur, s'il achète l'officine à un prix raisonnable, ne rencontrera lui pas les mêmes difficultés économiques que son prédécesseur. Ces deux simulations sont donc particulièrement pessimistes.

On constate que suivant ces deux hypothèses de fermeture un nombre négligeable d'officines pourraient être amenées à fermer (cf. annexe relative à la situation économique et financière des officines), soit près de 10% des officines (celles ayant un score économique de 4 à 6). Cependant, le nombre de communes perdant de ce fait leur dernière officine est beaucoup plus réduit (425 dans la simulation J5). Le nombre de communes perdant une ou plusieurs officines est plus élevé (1106 pour J5) mais dans la majorité des cas, il reste d'autres officines sur la commune.

Tableau 11 : Officines et communes avec un score de fragilité économique entre 4 et 6

	Score de fragilité économique	
	4 à 6 (J5)	5 à 6 (J6)
<b>Nombre de communes équipées en 2016 n'ayant alors plus d'officine</b>	425	178

Source : Igas-Igf. Précaution méthodologique : les données économiques portent sur l'année 2014. Il est fait ici comme si les données portaient à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2016, faute d'information économique plus récente.

## Annexe V

Malgré le nombre important d'officines dont il est fait ici l'hypothèse d'une fermeture, le distancier-temps n'évolue que très marginalement (cf. tableau ci-dessous). A titre exemple, la simulation J5 (fermeture des officines ayant un score de fragilité économique de 4 à 6) ne conduit à une augmentation que de 3% à 3,6% des populations à plus de 10 minutes d'une officine et de 0,5 à 0,6% de celles à plus de 15 minutes. Ce faible impact s'explique par le fait que peu de communes perdent leur dernière officine du fait de la fragilité économique des officines. En effet, un grand nombre des officines fragiles économiquement se concentrent dans les grandes villes : la majorité des villes de plus de 50 000 habitants perdraient entre 10 et 30% de leurs officines et la majorité des fermetures possibles d'officine pour cause économique interviendrait dans des communes de plus de 20 000 habitants (ces officines de ces communes ne représentant pourtant en 2016 qu'un tiers du réseau officinal de France métropolitaine).

Tableau 12 : Distancier-temps à la commune équipée la plus proche selon les simulations J5 et J6

Dist J5 (Score éco 4 à 6)	En population		n nombre de commune		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	51 138 828	80,30%	7 951	22,20%	18 416 673	33,90%
A moins de 5 min	53 400 228	83,80%	11 878	33,20%	21 993 664	40,50%
A moins de 10 min	61 392 587	96,40%	27 895	78,00%	41 315 344	76,00%
A plus de 10 min	2 296 852	3,60%	7 849	22,00%	13 017 836	24,00%
A plus de 15 min	381 381	0,60%	1 927	5,40%	4 067 103	7,50%
A plus de 20 min	109 637	0,20%	681	1,90%	1 679 882	3,10%
A plus de 30 min	21 561	0,00%	161	0,50%	428 433	0,80%
Dist J6 (Score éco 5 à 6)	En population		n nombre de commune		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	51 589 628	81,00%	8 198	22,90%	18 997 205	35,00%
A moins de 5 min	53 881 831	84,60%	12 231	34,20%	22 673 885	41,70%
A moins de 10 min	61 624 549	96,80%	28 305	79,20%	42 027 656	77,40%
A plus de 10 min	2 064 890	3,20%	7 439	20,80%	12 305 524	22,60%
A plus de 15 min	320 568	0,50%	1 743	4,90%	3 706 348	6,80%
A plus de 20 min	98 628	0,20%	631	1,80%	1 560 098	2,90%
A plus de 30 min	20 305	0,00%	155	0,40%	409 846	0,80%

Source : Igas-Igf.

L'impact croisé des simulations portant sur l'âge des titulaires et adjoints (J1 à J4) avec celles relatives à la fragilité économique des officines (J5 à J6) est présenté en pièce jointe à la présente annexe (J7 à J10).

L'effet croisé des phénomènes démographiques de départs en retraite et les difficultés économiques de certaines officines induit une augmentation de l'éloignement à l'officine la plus proche pour la population : ainsi on passerait de 3% de la population à plus de 10 minutes (respectivement 0,5% à plus de 15 minutes) à 4,8% (0,9%) à moyen terme. Logiquement, l'impact est moindre à court terme : 3,6% à plus de 10 minutes et 0,6% à plus de 15 minutes. Encore une fois, ces simulations reposent sur une hypothèse excessivement forte consistant à faire l'hypothèse qu'aucune officine n'est reprise. Or il n'y a pas de raison que ce soit le cas si un territoire est attractif pour un repreneur.

### 2.3. La faible attractivité de certains territoires pour d'éventuels repreneurs pharmaciens

La mission tente ici de mesurer l'impact de l'attractivité différenciée des territoires pour des repreneurs. Cela est d'autant plus nécessaire que l'enquête réalisée auprès d'étudiants en pharmacie indique que les étudiants expriment un souhait réel de pouvoir s'installer à la campagne : 55% des étudiants ayant choisi la voie officinale (ou dont le choix de filière reste à faire) déclare qu'une officine de campagne pourrait correspondre à leurs attentes en termes d'installation (questionnaire Igas-Igf réalisé auprès des étudiants en pharmacie).

Les auditions effectuées par la mission ont montré qu'il existait une grande variété de facteurs concourant à l'attractivité d'un territoire pour un repreneur. Au-delà de ceux intrinsèquement liés aux personnes elles-mêmes (ex. goût personnel pour la ville ou la campagne, rapprochement avec des membres de sa famille) qui sont des paramètres par définition difficilement quantifiables, les facteurs les plus fréquemment cités en entretien concernant l'attractivité d'une commune pour un pharmacien repreneur sont la démographie du territoire et son potentiel économique, l'évolution prévisible de l'offre médicale, l'importance des autres services de proximité proposés ainsi que l'éloignement par rapport aux grandes agglomérations). La mission a dès lors défini l'attractivité d'une commune pour des pharmaciens de la façon suivante (l'attractivité est considérée comme insuffisante si au moins deux des 5 critères sont remplis) :

- a. **Population communale en baisse** : La commune perd de la population depuis une quinzaine d'années (1998-2013) avec une baisse continue de la population entre 1999-2008 puis entre 2008-2013. Ce critère donne une indication de la tendance démographique à venir de la commune et donc de ses potentialités de développement dans les années à venir.
- b. **Offre médicale absente ou en déclin** : La commune n'a pas de médecin généraliste (libéral ou salarié en centre de santé) ou risque d'en voir partir plus de la moitié à la retraite dans un avenir proche (cf. médecin de plus de 55 ans). Ce critère a été très fréquemment cité dans les entretiens comme étant déterminant pour un éventuel repreneur, la diminution ou disparition de l'offre médicale étant généralement jugée comme rédhibitoire pour une installation du fait de la perte de chiffre d'affaires qu'elle induirait. L'expression la plus souvent entendue par la mission est « une officine ne peut pas vivre sans médecin à proximité ». Les données établies par la mission (cf. ci-dessus) tendent à infirmer cette assertion mais, considérant que cette conviction est très répandue dans la profession et impacte donc les pratiques de reprise d'officines des acteurs, il est ici considéré que cela joue défavorablement sur l'attractivité d'une commune.
- c. **Situation économique défavorable** des officines sur la commune : appartenance de la commune aux communes ayant le chiffre d'affaire moyen des officines par commune dans le quartile inférieur en France (soit proche de 1 millions d'euros). Ce critère est révélateur de la taille du marché couvert par l'officine. Il a été décidé de retenir le chiffre d'affaires, malgré la faible pertinence de cette donnée d'un point de vue économique (l'EBE aurait été par exemple plus intéressant) dans la mesure où le chiffre d'affaires des officines reste la donnée la plus communément utilisée par les pharmaciens pour estimer le coût de rachat des officines (souvent exprimé en pourcentage du chiffre d'affaire annuel).
- d. **Services de proximité peu nombreux** : panier de service établis en fonction des commerces, des postes, des écoles présents sur la commune (moins de 10 commerces). Ce critère vise à capter le fait que la commune est ou non un lieu de passage. Les données présentées ici sont extraites de la base permanente des équipements (BPE) pour 2014.

## Annexe V

- e. **Isolement géographique** : la commune se situe hors de l'influence d'un grand pôle urbain<sup>20</sup> (soit à plus de 45 minutes de la commune la plus peuplée d'un grand pôle urbain). Ce seuil psychologique maximum de 45 minutes en voiture entre la commune concernée et le grand pôle urbain le plus proche a été souvent cité lors des auditions et ce pour des raisons assez variées (souhait de pouvoir sans difficultés bénéficier des services métropolitains offerts par une grande agglomération, distance quotidienne maximale que les personnes sont prêtes à faire pour se rendre à leur travail si elles font le choix de vivre dans le grand pôle urbain le plus proche et non dans la commune d'installation de l'officine, nécessité de ne pas dépasser ce seuil si l'on veut avoir la certitude que le conjoint du pharmacien trouvera sans peine un emploi).

L'application de ces différents critères aux communes équipées en 2016 d'au moins une officine indique que c'est le critère relatif à l'offre médicale en déclin qui est celui qui impacte le plus fréquemment les communes (59% des communes sont concernées) (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 13 : Proportion de communes équipées d'une officine en 2016 faiblement attractives au regard de chacun des cinq critères

	Proportion de communes équipées faiblement attractives
Déclin démographique	15%
Risque de déclin de l'offre médicale	59%
Situation économique défavorable	20%
Services de proximité peu nombreux	13%
Isolement géographique	15%

Source : Igas-Igf. Lecture : 15% des communes équipées d'une (ou plusieurs) officine en 2016 sont dans une situation d'isolement géographique (à savoir, se situe à plus de 15 minutes d'un grand pôle urbain).

Ces critères conduisent à établir qu'un peu plus d'un tiers des communes équipées d'une officine en 2016 pourraient être considérées comme non attractives (cf. score de 2 à 5) (cf. tableau ci-dessous).

---

<sup>20</sup> D'après l'Insee, un pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne d'un autre pôle urbain (on considère que c'est un grand pôle urbain). On distingue également des moyens pôles- unités urbaines de 5 000 à 10 000 emplois et des petits pôles - unités urbaines de 1 500 à moins de 5 000 emplois.

## Annexe V

Tableau 14 : Proportion de communes équipées d'une officine selon le score d'attractivité communale

Score d'attractivité communale pour des pharmaciens	Proportion de communes équipées
0	25,5%
1	40,0%
2	23,9%
3	8,7%
4	1,7%
5	0,2%

Source : Igas-Igf.

Le score d'attractivité des communes est appliqué aux simulations J7 à J10 (cf. critères socio-démographiques et économiques) : il est considéré que, quand un territoire est attractif, les officines qui ferment sont reprises tandis que les officines qui seraient amenées à fermer sur des communes faiblement attractives ne seraient elles pas reprises. On obtient ainsi les simulations J11 à J14, sortes de J7bis à J10bis avec prise en compte de l'attractivité communale (cf. tableau ci-dessous) :

- J11 : Excepté dans les cas où les communes sont attractives (scoring d'attractivité de 0 ou 1), les communes où tous les titulaires d'officine ont plus de 55 ans perdent leur(s) officine(s), et les officines fragiles économiquement (scoring de 4 à 6) ferment (simulation à moyen terme)
- J12 : Excepté dans les cas où les communes sont attractives (scoring d'attractivité de 0 ou 1), les communes où tous les titulaires d'officine ont plus de 60 ans perdent leur(s) officine(s), et les officines très fragiles (scoring de 5 à 6) ferment (simulation à court terme)
- J13 : Excepté dans les cas où les communes sont attractives (scoring d'attractivité de 0 ou 1), les communes où tous les titulaires d'officine et leurs adjoints ont plus de 55 ans perdent leur(s) officine(s), et les officines fragiles économiquement (scoring de 4 à 6) ferment (simulation à moyen terme)
- J14 : Excepté dans les cas où les communes sont attractives (scoring d'attractivité de 0 ou 1), les communes où tous les titulaires d'officine et leurs adjoints ont plus de 60 ans perdent leur(s) officine(s), et les officines très fragiles (scoring de 5 à 6) ferment (simulation à court terme)

**Annexe V**

Tableau 15 : Distancier-temps à la commune équipée la plus proche selon les simulations J11 à J14

Dist J11 (Tit+55 & Score éco 4 à 6 avec Attractivité communale)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	50 350 194	79,10%	7 343	20,50%	16 902 434	31,10%
A moins de 5 min	52 529 223	82,50%	10 889	30,50%	20 114 898	37,00%
A moins de 10 min	60 687 626	95,30%	26 226	73,40%	38 376 831	70,60%
A plus de 10 min	3 001 813	4,70%	9 518	26,80%	15 956 349	29,40%
A plus de 15 min	663 000	1,00%	2 824	7,90%	5 872 838	10,80%
A plus de 20 min	215 432	0,30%	1 080	3,00%	2 614 960	4,80%
A plus de 30 min	44 661	0,10%	295	0,80%	739 913	1,40%
<b>Dist J12 ((Tit+60 &amp; Score éco 5 à 6 avec Attractivité communale)</b>	<b>En population</b>		<b>En nombre de communes</b>		<b>En superficie</b>	
	<b>Vol</b>	<b>%</b>	<b>Vol</b>	<b>%</b>	<b>Vol</b>	<b>%</b>
Officine(s) dans la commune	51 368 754	80,70%	7 974	22,30%	18 418 070	33,90%
A moins de 5 min	53 642 908	84,20%	11 863	33,20%	21 954 539	40,40%
A moins de 10 min	61 377 356	96,40%	27 641	77,30%	40 940 613	75,40%
A plus de 10 min	2 312 083	3,60%	8 103	22,70%	13 392 567	24,60%
A plus de 15 min	393 649	0,60%	2 025	5,70%	4 225 050	7,80%
A plus de 20 min	127 027	0,20%	761	2,10%	1 847 236	3,40%
A plus de 30 min	26 097	0,00%	194	0,50%	512 628	0,90%
<b>Dist J13 (Tit-Adj+55 &amp; Score éco 4 à 6 avec Attractivité communale)</b>	<b>En population</b>		<b>En nombre de communes</b>		<b>En superficie</b>	
	<b>Vol</b>	<b>%</b>	<b>Vol</b>	<b>%</b>	<b>Vol</b>	<b>%</b>
Officine(s) dans la commune	51 018 044	80,10%	7 700	21,50%	17 675 774	32,50%
A moins de 5 min	53 256 007	83,60%	11 466	32,10%	21 089 935	38,80%
A moins de 10 min	61 161 674	96,00%	27 111	75,80%	39 808 490	73,30%
A plus de 10 min	2 527 765	4,00%	8 633	24,20%	14 524 690	26,70%
A plus de 15 min	494 907	0,80%	2 362	6,60%	4 991 110	9,20%
A plus de 20 min	161 733	0,30%	904	2,50%	2 214 720	4,10%
A plus de 30 min	36 633	0,10%	243	0,70%	645 231	1,20%
<b>Dist J14 (Tit-Adj+60 &amp; Score éco 5 à 6 avec Attractivité communale)</b>	<b>En population</b>		<b>En nombre de communes</b>		<b>En superficie</b>	
	<b>Vol</b>	<b>%</b>	<b>Vol</b>	<b>%</b>	<b>Vol</b>	<b>%</b>
Officine(s) dans la commune	51 587 370	81,00%	8 118	22,70%	18 752 260	34,50%
A moins de 5 min	53 881 206	84,60%	12 109	33,90%	22 386 248	41,20%
A moins de 10 min	61 545 172	96,60%	27 987	78,30%	41 498 849	76,40%
A plus de 10 min	2 144 267	3,40%	7 757	21,70%	12 834 331	23,60%
A plus de 15 min	351 494	0,60%	1 870	5,20%	3 937 118	7,20%
A plus de 20 min	109 398	0,20%	688	1,90%	1 679 579	3,10%
A plus de 30 min	24 386	0,00%	176	0,50%	469 969	0,90%

Source : Igas-Igf.

Ces simulations indiquent un léger accroissement de la distance à l'officine la plus proche à court terme et à moyen terme. Ainsi, à court terme, la proportion de population vivant dans une commune se situant à plus de 10 minutes de la commune la plus proche disposant d'une pharmacie passerait, pour la simulation J14 (qui prend donc en compte l'âge des adjoints) de 3 à 3,6% de la population (0,5 à 0,6% pour plus de 15 minutes). A moyen terme, l'augmentation est plus forte (simulation J13) mais reste très limitée : passage à 4% de la population à plus de 10 minutes et de 0,8% à plus de 15 minutes. La mission considère que ces deux simulations (J14 et J13) correspondent à l'anticipation la plus réaliste d'évolution du réseau officinal qu'il peut se produire à court et moyen terme, en encore ces simulations sont certainement plus pessimistes que la réalité car elles font l'hypothèse que toutes les officines fragiles aujourd'hui fermeront dans les années à venir dès lors qu'elles sont dans des territoires peu attractifs pour un repreneur.

#### 2.4. Stress test : les départs non remplacés de médecins généralistes

Une grande partie des acteurs rencontrés par la mission, en particulier les pharmaciens officiant en milieu rural, a exprimé de fortes inquiétudes quant à l'impact déstabilisateur que pourrait avoir sur le réseau officinal les départs en retraite non remplacés de médecins généralistes. La mission ne partage pas ces inquiétudes et ce pour deux raisons :

- **En termes de volume de médicaments consommés** : si la difficulté accrue pour la population d'avoir une consultation médicale pourrait conduire à des renoncements de soins, il est cependant peu probable qu'elle atteigne des proportions telles qu'elle induise une véritable perte de chiffre d'affaires pour le secteur officinal, et ce d'autant plus que dans les véritables cas où certaines personnes renonceraient à aller chez le médecin, il est possible qu'elles aillent tout de même à la pharmacie pour acheter des médicaments délivrables sans prescription via de l'automédication. Un tel sujet pourrait néanmoins appeler des études spécifiques pour mesurer l'ampleur du risque et les pratiques des patients.
- **En termes de répartition du chiffre d'affaires du secteur officinal entre officines** : Comme indiqué précédemment, les pratiques de consommation des patients sont plus complexes et diversifiées qu'on l'imagine a priori, ces derniers ne cessant pas de recourir à leur officine de proximité s'il n'y a plus de médecin généraliste à côté. Une causalité selon laquelle le départ d'un ou plusieurs médecins induit systématiquement la disparition des officines à proximité serait donc loin d'être vraie. Comme pour le point précédent, des études plus poussées à partir des données de consommation de médicaments remboursés par la Cnamts pourraient utilement être menées sur ce point.

Cependant, les départs en retraite des médecins généralistes dans les années à venir vont être tellement massifs<sup>21</sup> que la mission a souhaité malgré tout simuler l'impact de ces départs suivant une logique de « stress test », à savoir une prise en compte vraisemblablement excessivement pessimiste de ces départs sur les officines. Ce stress test présente cependant l'intérêt de donner une idée d'un majorant de fermetures possibles d'officine sur le territoire dues à ce phénomène de démographie médicale.

La mission a considéré que, lorsque plus de la moitié des médecins généralistes d'une commune sont âgés, les médecins partis ne seront pas remplacés et que le départ de ces derniers impliquera la fermeture des officines étant seules sur leur commune d'installation<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> D'après les données RPPS transmises par la Drees à la mission, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, environ 27% des médecins généralistes libéraux ou salariés d'un centre de santé ont plus de 60 ans.

<sup>22</sup> Il est en effet raisonnable de penser que s'il y a deux officines, même avec un départ massif de médecins généralistes, au pire une officine fermera mais pas les deux.

## Annexe V

Quatre simulations ont été établies (J15 à J18)<sup>23</sup>. Elles ont été appliquées aux simulations J7 à J10 croisant facteurs socio-démographiques et économiques :

- J15 : Les communes où tous les titulaires d'officine ont plus de 55 ans perdent leur(s) officine(s), les officines fragiles économiquement (scoring de 4 à 6) ferment, et les communes qui n'ont qu'une seule officine la perdent lorsque plus de la moitié des médecins généralistes de la commune ont plus de 60 ans (simulation à moyen terme)
- J16 : Les communes où tous les titulaires d'officine ont plus de 60 ans perdent leur(s) officine(s), les officines très fragiles (scoring de 5 à 6) ferment, et les communes qui n'ont qu'une seule officine la perdent lorsque plus de la moitié des médecins généralistes de la commune ont plus de 65 ans (simulation à court terme)
- J17 : Les communes où tous les titulaires d'officine et leurs adjoints ont plus de 55 ans perdent leur(s) officine(s), les officines fragiles économiquement (scoring de 4 à 6) ferment, et les communes qui n'ont qu'une seule officine la perdent lorsque plus de la moitié des médecins généralistes de la commune ont plus de 60 ans (simulation à moyen terme)
- J18 : Les communes où tous les titulaires d'officine et leurs adjoints ont plus de 60 ans perdent leur(s) officine(s), les officines très fragiles (scoring de 5 à 6) ferment, et les communes qui n'ont qu'une seule officine la perdent lorsque plus de la moitié des médecins généralistes de la commune ont plus de 65 ans (simulation à court terme)

---

<sup>2323</sup> Le score d'attractivité communal n'a pas été appliqué ici dans la mesure où il prend lui aussi en compte l'offre médicale.

**Annexe V**

Tableau 16 : Distancier-temps à la commune équipée la plus proche selon les simulations J15 à J18

Dist J15 (Tit+55 & Score éco 4 à 6 avec effet départ MG60)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	45 592 413	71,80%	5 253	14,70%	12 251 208	22,50%
A moins de 5 min	47 438 532	74,50%	7 670	21,50%	14 494 844	26,70%
A moins de 10 min	57 184 771	89,80%	21 157	59,20%	30 613 470	56,30%
A plus de 10 min	6 504 668	10,20%	14 587	40,80%	23 719 710	43,70%
A plus de 15 min	1 888 472	3,00%	5 627	15,70%	10 752 699	19,80%
A plus de 20 min	598 152	0,90%	2 237	6,30%	5 015 473	9,20%
A plus de 30 min	108 815	0,20%	504	1,40%	1 345 825	2,50%
Dist J16 (Tit+60 & Score éco 5 à 6 avec effet départ MG65)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	49 859 808	78,30%	7 248	20,30%	16 793 033	30,90%
A moins de 5 min	52 038 424	81,70%	10 764	30,10%	20 017 673	36,80%
A moins de 10 min	60 516 320	95,00%	26 200	73,30%	38 660 446	71,20%
A plus de 10 min	3 173 119	5,00%	9 544	26,70%	15 672 734	28,80%
A plus de 15 min	605 985	1,00%	2 593	7,30%	5 282 107	9,70%
A plus de 20 min	189 305	0,30%	944	2,60%	2 289 600	4,20%
A plus de 30 min	46 765	0,10%	237	0,70%	680 165	1,30%
Dist J17 (Tit-Adj+55 & Score éco 4 à 6 avec effet départ MG60)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	47 548 761	74,70%	6 009	16,80%	13 823 753	25,40%
A moins de 5 min	49 579 742	77,80%	8 910	24,90%	16 470 519	30,30%
A moins de 10 min	58 781 195	92,30%	23 317	65,20%	33 691 035	62,00%
A plus de 10 min	4 908 244	7,70%	12 427	34,80%	20 642 145	38,00%
A plus de 15 min	1 237 628	1,90%	4 288	12,00%	8 564 292	15,80%
A plus de 20 min	371 304	0,60%	1 631	4,60%	3 872 934	7,10%
A plus de 30 min	71 560	0,10%	375	1,00%	1 063 749	2,00%
Dist J18 (Tit-Adj+60 & Score éco 5 à 6 avec effet départ MG65)	En population		En nombre de communes		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	50 657 856	79,50%	7 612	21,30%	17 574 220	32,30%
A moins de 5 min	52 887 360	83,00%	11 342	31,70%	20 974 730	38,60%
A moins de 10 min	60 998 775	95,80%	27 014	75,60%	39 856 031	73,40%
A plus de 10 min	2 690 664	4,20%	8 730	24,40%	14 477 149	26,60%
A plus de 15 min	491 447	0,80%	2 264	6,30%	4 733 953	8,70%
A plus de 20 min	152 215	0,20%	818	2,30%	2 031 027	3,70%
A plus de 30 min	37 019	0,10%	202	0,60%	591 819	1,10%

Source : Igas-Igf.

Ces simulations sont, assez logiquement, celles qui induisent la plus forte augmentation de la distance d'accès aux officines pour la population. En effet, on constate une augmentation à court terme de 3% à 4,2% de la population à plus de 10 minutes d'une officine (de 0,5% à 0,8% pour plus de 15 minutes). A moyen terme, on passerait à 7,7% de la population à plus de 10 minutes (soit presque 5 millions de personnes) et 1,9% à plus de 15 minutes (soit 1,2 millions de personnes), soit un quadruplement par rapport à aujourd'hui. Ces évolutions beaucoup plus significatives que dans les simulations précédentes indiquent qu'une véritable attention doit être portée aux pratiques de consommation des patients par rapport au lieu où elles reçoivent leur prescription, à l'évolution du maillage médical et à son impact sur le réseau officinal.

### 3. Synthèse des simulations

Deux types de simulation méritent une attention plus particulière :

- Celles prenant en compte la situation socio-démographique des titulaires et adjoints et la santé économique des officines le tout mis en regard de l'attractivité des communes équipées (J13 et J14) : ces simulations seront appelées « Réalistes » dans la mesure où ce sont elles qui décrivent avec la plus grande précision l'évolution future la plus vraisemblable du réseau officinal ;
- Celles évaluant, suivant un schéma volontairement très pessimiste, l'impact des départs des médecins en retraite (J17 et J18) : ces simulations seront appelées « Stress Test » dans la mesure où elles ne décrivent pas les évolutions probables mais seulement une transformation possible du réseau selon une sorte de scénario catastrophe.

Ces simulations mesurent une évolution du distancier-temps à court terme (J14 et J18), soit entre 0 et 5 ans, et à moyen terme (J13 et J17), soit entre 5 et 10 ans. Il faut ici rappeler que, même la simulation réaliste donne sans doute une vision trop pessimiste de l'impact des fermetures d'officine sur la population dans la mesure où ne sont pas pris ici en compte les adaptations de la population à la disparition d'officines (ex. décision de déménagement de la population pour se rapprocher d'un pôle urbain ayant plus de services en santé). Or, il est vraisemblable qu'indépendamment de la localisation des officines, les non remplacements de départs en retraite de médecins généralistes dans des territoires ruraux vont conduire à des mouvements de population en vue de se rapprocher de l'offre de soins de premier recours. Les auditions d'usagers effectués par la mission ont montré que ce type de comportement existe déjà aujourd'hui.

Ces quatre simulations (Réaliste à court et moyen terme ; Stress Test à court et moyen terme) sont comparées à la situation actuelle dénommée « Aujourd'hui ».

## Annexe V

Tableau 17 : Evolution du réseau officinal en fonction d'un scénario réaliste et d'un stress test

Population	Aujourd'hui		Scenarii à court terme				Scenarii à moyen terme			
			Réaliste		Stress Test		Réaliste		Stress Test	
	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%
<b>A plus de 10 min</b>	1 928 683	3,0%	2 144 267	3,4%	2 690 664	4,2%	2 527 765	4,0%	4 908 244	7,7%
<b>A plus de 15 min</b>	297 071	0,5%	351 494	0,6%	491 447	0,8%	494 907	0,8%	1 237 628	1,9%
<b>A plus de 20 min</b>	92 425	0,1%	109 398	0,2%	152 215	0,2%	161 733	0,3%	371 304	0,6%

Communes	Aujourd'hui		Scenarii à court terme				Scenarii à moyen terme			
			Réaliste		Stress Test		Réaliste		Stress Test	
	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%
<b>A plus de 10 min</b>	7235	20,2%	7757	21,7%	8730	24,4%	8633	24,2%	12427	34,8%
<b>A plus de 15 min</b>	1667	4,7%	1870	5,2%	2264	6,3%	2362	6,6%	4288	12,0%
<b>A plus de 20 min</b>	600	1,7%	688	1,9%	818	2,3%	904	2,5%	1631	4,6%

Superficie	Aujourd'hui		Scenarii à court terme				Scenarii à moyen terme			
			Réaliste		Stress Test		Réaliste		Stress Test	
	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%	Volume	%
<b>A plus de 10 min</b>	11896128	21,9%	12834331	23,6%	14477149	26,6%	14524690	26,7%	20642145	38,0%
<b>A plus de 15 min</b>	3525795	6,5%	3937118	7,2%	4733953	8,7%	4991110	9,2%	8564292	15,8%
<b>A plus de 20 min</b>	1469716	2,7%	1679579	3,1%	2031027	3,7%	2214720	4,1%	3872934	7,1%

Source : Igas-Igf, à partir des données Drees (logiciel Metric)-RPPS.

Le principal enseignement est qu'à court terme (moins de 5 ans) la situation évoluera peu, même dans le scénario du Stress Test : ainsi la population à plus de 15 minutes passerait de 0,5% à 0,6% (scénario réaliste) ou à 0,8% (Stress Test). Notons cependant que ces évolutions mineures peuvent avoir un écho réel dans la population : en effet, ce serait presque 700 000 personnes qui verraient leur distance à la commune équipée la plus proche augmenter (correspondant à plus d'un millier de communes) pour le scénario réaliste<sup>24</sup> et 2,3 millions dans le cas du stress test.

A moyen terme, les scénarii divergent : le scénario réaliste permet d'anticiper une évolution très raisonnable (la proportion de personnes vivant à plus de 15 minutes passerait de 0,5% à 0,8) alors que le stress test conduit à une multiplication presque par quatre (passage de 0,5% à 1,9%). Cependant, même pour le scénario réaliste, le nombre de personnes subissant une augmentation de leur distance à l'officine la plus proche serait à moyen terme de 1,8 millions de personnes, réparties dans plus de 3000 communes.

<sup>24</sup> Ce chiffre est un minorant car il ne prend pas en compte le fait que pour les raisons évoquées précédemment, en infra-urbain, les distances à l'officine la plus proche peuvent évoluer sans que la méthode utilisée ici ne permettent de l'identifier.

## Annexe V

Tableau 18 : Augmentation de la distance-temps à la commune équipée la plus proche selon les différentes simulations

Scénario réaliste à court terme

	Population		Communes	
	Vol	%	Vol	%
<b>Pas d'augmentation</b>	63034131	99,0%	34499	96,5%
<b>Augmentation de moins 5 minutes</b>	294898	0,5%	659	1,8%
<b>Augmentation de 5 à 10 minutes</b>	255807	0,4%	383	1,1%
<b>Augmentation de 10 à 15 minutes</b>	93627	0,1%	156	0,4%
<b>Augmentation de 15 à 20 minutes</b>	11937	0,0%	33	0,1%
<b>Augmentation de plus de 20 minutes</b>	7465	0,0%	26	0,1%

Stress test à court terme

	Population		Communes	
	Vol	%	Vol	%
<b>Pas d'augmentation</b>	61363118	96,3%	32239	90,2%
<b>Augmentation de moins 5 minutes</b>	923359	1,4%	1791	5,0%
<b>Augmentation de 5 à 10 minutes</b>	1002333	1,6%	1145	3,2%
<b>Augmentation de 10 à 15 minutes</b>	314456	0,5%	416	1,2%
<b>Augmentation de 15 à 20 minutes</b>	65741	0,1%	114	0,3%
<b>Augmentation de plus de 20 minutes</b>	28858	0,0%	51	0,1%

Scénario réaliste à moyen terme

	Population		Communes	
	Vol	%	Vol	%
<b>Pas d'augmentation</b>	61882569	97,2%	32396	90,6%
<b>Augmentation de moins 5 minutes</b>	738908	1,2%	1606	4,5%
<b>Augmentation de 5 à 10 minutes</b>	751041	1,2%	1118	3,1%
<b>Augmentation de 10 à 15 minutes</b>	222814	0,3%	392	1,1%
<b>Augmentation de 15 à 20 minutes</b>	70693	0,1%	154	0,4%
<b>Augmentation de plus de 20 minutes</b>	31840	0,0%	90	0,3%

Stress test à moyen terme

	Population		Communes	
	Vol	%	Vol	%
<b>Pas d'augmentation</b>	55869401	87,7%	24669	69,0%
<b>Augmentation de moins 5 minutes</b>	2576479	4,0%	4722	13,2%
<b>Augmentation de 5 à 10 minutes</b>	3481712	5,5%	3982	11,1%
<b>Augmentation de 10 à 15 minutes</b>	1303715	2,0%	1636	4,6%
<b>Augmentation de 15 à 20 minutes</b>	338062	0,5%	504	1,4%
<b>Augmentation de plus de 20 minutes</b>	128496	0,2%	243	0,7%

Source : Igas-Igf.

**Ce ressenti d'une détérioration de service** (cf. éloignement plus grand à l'officine la plus proche) **pour une partie non négligeable de la population couplée à la disparition de presque 10% des officines en France** (chiffre correspondant à la simulation réaliste à moyen terme) **pourrait donner une certaine résonance au sujet**, quand bien même il est très vraisemblable que les personnes vivant loin d'une officine (que la barre soit mise à 15 ou 20 minutes) augmenteraient peu. Notons que le problème reste principalement localisé dans certaines régions (cf. tableau ci-dessous) : ainsi **cinq régions concentrent plus des trois quarts (76,2%) des personnes risquant, selon le scénario réaliste à moyen terme, de vivre à plus de 15 minutes** d'une commune équipée. Relevons aussi la spécificité de la Corse pour qui l'éloignement pourrait concerner une part importante de sa population (une personne sur six à plus de 15 minutes). Cela appelle donc clairement une stratégie différenciée des ARS sur le sujet.

Tableau 19 : Ventilation par région du scénario réaliste à moyen terme (simulation J13)

	Population à plus de 10 minutes d'une officine			Population à plus de 15 minutes d'une officine			Population à plus de 20 minutes d'une officine		
	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France
Ile-de-France	33292	0,30%	1,30%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%
Centre-Val de Loire	178479	6,90%	7,00%	11 340	0,40%	2,30%	0	0,00%	0,00%
Bourgogne-Franche-Comté	272339	9,70%	10,80%	55 288	2,00%	11,20%	12 319	0,40%	7,80%
Normandie	128913	3,90%	5,10%	1 579	0,00%	0,30%	0	0,00%	0,00%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	116367	1,90%	4,60%	753	0,00%	0,20%	0	0,00%	0,00%
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	345632	6,20%	13,70%	54 353	1,00%	11,00%	4 810	0,10%	3,00%
Pays de la Loire	87993	2,40%	3,50%	1 689	0,00%	0,30%	0	0,00%	0,00%
Bretagne	76929	2,40%	3,00%	3 840	0,10%	0,80%	0	0,00%	0,00%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	311967	5,30%	12,30%	46 556	0,80%	9,40%	8 103	0,10%	5,00%
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	379100	6,70%	15,00%	104 670	1,80%	21,10%	38 274	0,70%	23,70%
Rhône-Alpes Auvergne	398626	5,10%	15,80%	103 828	1,30%	21,00%	26 031	0,30%	16,10%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	133940	2,70%	5,30%	59 036	1,20%	11,90%	32 471	0,70%	20,10%
Corse	66188	20,70%	2,60%	51 975	16,20%	10,50%	39 725	12,40%	24,60%
France métropolitaine	2527765	4,00%	100,00%	494 907	0,80%	100,00%	161 733	0,30%	100,00%

Source : Igas-Igf.

On constate néanmoins que ce ne sont pas forcément les régions qui auront le plus de populations loin d'une officine qui seront celles pour lesquelles l'augmentation sera la plus marquée (cf. tableau ci-dessous) : ainsi, en dehors de la Corse, la région Bourgogne-Franche Comté est celle pour laquelle une part plus importante de la population va être impactée par des augmentations de distance (3% de population vont voir l'officine la plus proche s'éloigner à plus de 5 minutes, 1,4% à plus de 10 minutes) ; en volume de population rapporté à la France métropolitaine, ce sont les régions Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes et Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées qui auront les effectifs les plus nombreux subissant une forte augmentation de la distance à l'officine la plus proche.

Il risque par conséquent d'y avoir dans l'avenir un décalage relatif dans les territoires entre la perception des populations et des élus quant à l'éloignement à l'officine la plus proche et l'éloignement réel au regard de la situation de chaque région vis-à-vis des autres.

## Annexe V

Tableau 20 : Augmentation de distance par région selon le scénario réaliste à moyen terme

	Population subissant une augmentation de plus de 5 minutes			Population subissant une augmentation de plus de 10 minutes			Population subissant une augmentation de plus de 15 minutes		
	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France	Volume d'habitants par région	% de la population de la Région	% de la population régionale en France
Ile-de-France	64534	0,50%	6,00%	3 215	0,00%	1,00%	0	0,00%	0,00%
Centre-Val de Loire	68119	2,60%	6,30%	31 374	1,20%	9,60%	1 675	0,10%	1,60%
Bourgogne-Franche-Comté	83372	3,00%	7,70%	38 416	1,40%	11,80%	11 853	0,40%	11,60%
Normandie	40993	1,20%	3,80%	9 756	0,30%	3,00%	0	0,00%	0,00%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	78956	1,30%	7,30%	10 190	0,20%	3,10%	0	0,00%	0,00%
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	106316	1,90%	9,90%	29 575	0,50%	9,10%	6 948	0,10%	6,80%
Pays de la Loire	7 2562	2,00%	6,70%	10 826	0,30%	3,30%	1 689	0,00%	1,60%
Bretagne	89176	2,70%	8,30%	19 275	0,60%	5,90%	1 796	0,10%	1,80%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	146324	2,50%	<b>13,60%</b>	48 890	0,80%	15,00%	14 487	0,20%	14,10%
Langue doc-Roussillon-Midi-Pyrénées	132355	2,30%	12,30%	53 953	0,90%	<b>16,60%</b>	26 805	0,50%	<b>26,10%</b>
Rhône-Alpes Auvergne	130367	1,70%	12,10%	36 435	0,50%	11,20%	17 380	0,20%	17,00%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	35614	0,70%	3,30%	12 824	0,30%	3,90%	2 972	0,10%	2,90%
Corse	27700	<b>8,70%</b>	2,60%	20 618	<b>6,40%</b>	6,30%	16 928	<b>5,30%</b>	<b>16,50%</b>
France métropolitaine	1076388	1,70%	100,00%	325 347	0,50%	100,00%	102 533	0,20%	100,00%

Source : Igas-Igf.

A cela s'ajoute le fait qu'il est vraisemblable qu'une augmentation de 5 minutes pour une commune se situant déjà à 7 minutes ne sera vraisemblablement pas perçue par la population de la même façon qu'une augmentation de 5 minutes pour les habitants d'une commune auparavant équipée (beaucoup plus grande sensibilité du sujet dans le second cas). Une telle analyse conduit à montrer que ce sont les régions Centre Val de Loire et Bretagne qui vont le plus avoir de population qui vont passer de la possession d'une commune équipée à une distance supérieure à 5 minutes dans le scénario réaliste à moyen terme (cf. tableau ci-dessous). En nombre de communes concernées (ce qui a son importance en termes politiques), c'est la région Aquitaine qui sera la plus concernée (cf. perte de l'officine communale et commune équipée alors la plus proche à plus de 5 minutes).

## Annexe V

Tableau 21 : Population par région passant d'une commune équipée aujourd'hui à une distance de plus de 5 minutes à la commune la plus proche équipée avec le scénario réaliste à moyen terme

	Volume	%
<b>Ile-de-France</b>	61027	0,5%
<b>Centre-Val de Loire</b>	50380	2,0%
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	43826	1,6%
<b>Normandie</b>	29149	0,9%
<b>Nord-Pas-de-Calais-Picardie</b>	58361	1,0%
<b>Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine</b>	62065	1,1%
<b>Pays de la Loire</b>	63556	1,7%
<b>Bretagne</b>	77475	2,4%
<b>Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes</b>	103398	1,8%
<b>Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées</b>	96630	1,7%
<b>Rhône-Alpes Auvergne</b>	102871	1,3%
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	25647	0,5%
<b>Corse</b>	14832	4,6%
<b>France métropolitaine</b>	789217	1,2%

Source : Igas-Igf.

Quelque soit le scénario considéré la majorité des communes équipées qui risquent de ne plus avoir d'officine à court ou moyen terme sont des communes de moins de 2 500 habitants : ainsi dans le scénario réaliste à moyen terme, 92% des communes dans cette situation sont des communes de moins de 2 500 habitants (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 22 : Fermeture des officines selon la taille de la commune

	Scenarii à court terme		Scenarii à moyen terme	
	Réaliste	Stress Test	Réaliste	Stress Test
Communes ayant au moins une officine en 2016 et risquant de la (ou les) perdre	259	765	678	2369
Dont communes de moins de 2500 habitants	246	636	624	1832
Part des communes de moins de 2500 habitants	95%	83%	92%	77%

Source : Igas-Igf. Lecture : à court terme, d'après le scénario réaliste, 259 communes pourraient perdre toute officine, et parmi elles 246 ont moins de 2 500 habitants, soit 95% des 259 officines.

Parmi les communes actuellement à plus de 10 minutes d'une officine (7 235 pour près de 2 millions de personnes), 69% (5 015<sup>25</sup>, pour un peu plus d'un million de personnes) d'entre elles sont dans une zone de revitalisation rurale (en population, cela représente donc 56% des personnes à plus de 10 minutes). Concernant les communes (respectivement les populations) à plus de 15 minutes de la commune équipée la plus proche 84% d'entre elles sont en zone de revitalisation rurale (respectivement 74% de la population). Ces résultats sont très stables avec les simulations : ainsi à moyen terme, avec le scénario réaliste, ce sont 69% des communes à plus de 10 minutes de la commune équipée la plus proche qui seraient en ZRR (56% en population) et 85% parmi celles à plus de 15 minutes (77% de la population).

On peut donc en conclure que si les communes en ZRR concentrent une forte proportion des personnes en situation d'éloignement aux officines, les communes non équipées éloignées ne sont pas toutes dans ce cas là.

#### **4. Un réseau dont l'articulation avec les autres professionnels de santé pourrait évoluer dans les territoires en pénurie d'offre médicale**

Comme indiqué précédemment, il existe aujourd'hui environ 600 communes qui sont équipées d'une officine et qui n'ont pas de médecin généraliste sur la commune<sup>26</sup>. Etant donné l'importance des départs en retraite des médecins dans les années à venir et le fait que les remplacements seront difficiles du fait de la courbe démographique des médecins (voir annexe relative à l'implantation des médecins dans les territoires), c'est, à maillage officinal constant, plus d'un doublement de communes équipées d'une pharmacie mais sans médecins qui pourrait intervenir dans les années à venir : en effet, si l'on fait l'hypothèse que les médecins généralistes de plus de 60 ans ne seront pas remplacés lorsqu'ils partiront en retraite dans les années à venir<sup>27</sup>, c'est 1334 communes équipées aujourd'hui d'une officine (représentant 1,99 millions d'habitants) qui n'auront plus de médecins sur leur commune (pour 401 d'entre elles réunissant près de 441 000 habitants, le médecin généraliste le plus proche se situera alors à plus de 10 minutes en voiture de la commune équipée)<sup>28</sup>. Ces estimations donnent une perception vraisemblablement sous estimée de la difficulté d'accès au médecin généraliste dans la mesure où les populations des communes avoisinantes ne sont pas ici prises en compte et où l'indicateur pertinent à utiliser serait plutôt ici l'APL (accessibilité potentielle localisée) des médecins généralistes par territoire : en effet, disposer d'un médecin à proximité est peu utile si celui-ci a une charge de travail telle qu'il ne parvient plus à prendre de nouveaux patients et/ou est contraint de faire attendre plusieurs semaines ses patients avant de pouvoir les prendre en consultation. De telles investigations sur l'offre médicale débordaient le cadre de la présente mission mais tendent à montrer que l'évolution du réseau des médecins généralistes peut avoir un impact fort sur l'activité des pharmacies qu'il conviendrait d'expertiser plus avant.

---

<sup>25</sup> A titre de comparaison, la France compte plus de 14 000 communes faisant partie d'une zone de revitalisation rurale.

<sup>26</sup> Elles regroupent, sans compter les communes avoisinantes, 723 000 habitants dont 96 000 répartis dans 124 communes à plus de 10 minutes en voiture du médecin généraliste le plus proches.

<sup>27</sup> D'après les données transmises par la Drees et les calculs effectués par la mission, c'est 27,6% des médecins généralistes exerçant en libéral ou en centre de santé qui ont aujourd'hui plus de 60 ans et qui partiront donc vraisemblablement en retraite dans les dix prochaines années.

<sup>28</sup> Suivant la simulation du scénario réaliste à moyen terme, c'est 1027 communes qui seront équipées d'une officine mais qui n'auront pas de médecins généralistes sur la commune (équivalent à 1,6 millions d'habitants) ; parmi elles, 279 regroupant 341 000 personnes seront à plus de 10 minutes du premier médecin généraliste.

## Annexe V

En effet, dans un tel contexte et en l'absence d'encadrement de l'installation des médecins en faveur des zones déficitaires en offre de médecins (généralistes notamment), il est tout à fait vraisemblable que, sur les territoires où l'offre médicale est ou va devenir difficile d'accès, la population va de plus en plus recourir à l'officine (et aux autres professionnels de santé présents en dehors des médecins) pour des sollicitations plus nombreuses et variées (ex. prédiagnostic, orientation, renouvellement d'ordonnance, vaccination, petits soins,...). Outre le fait qu'un certain nombre d'interlocuteurs rencontrés par la mission a déjà fait part de l'existence de ce type de phénomènes de report dans certains territoires, une telle évolution paraît d'autant plus vraisemblable que les pharmacies sont d'un accès aisé (gratuit et sans rendez-vous), généralement six jours sur sept et sur des plages horaires étendues.

Afin d'assurer une prise en charge équitable et de qualité aux populations concernées, il serait souhaitable d'accompagner ces évolutions via des dispositifs renouvelés de coordination entre professionnels de santé et pharmaciens, une formation accrue des pharmaciens exerçant dans ces zones ainsi qu'une clarification sur les responsabilités de chaque professionnel. Les actions à mener doivent reposer sur un zonage établi par les ARS, dans la mesure où ces dernières sont les plus à même de connaître les territoires pouvant connaître ce type d'évolution. Il serait alors dans ces territoires intéressants d'initier des expérimentations portant sur la coordination entre professionnels de santé et les missions des pharmaciens.

### **5. Les quartiers de la politique de la ville (QPV) illustrent la répartition infracommunale sous optimale des officines en milieu urbain**

Comme indiqué précédemment, l'environnement urbain infracommunal est délicat à analyser dans la mesure où l'indicateur sans doute pertinent (distance à l'officine la plus proche à pied ou en transport en commun par carreau Iris de 200 mètres sur 200 mètres) n'est pas à ce jour disponible.

La mission a néanmoins souhaité mener des investigations sur les quartiers de la politique de la ville (QPV). En effet, de par la nature des populations présentes, ces quartiers appellent une vigilance particulière des pouvoirs publics. De plus ces quartiers présentent l'intérêt de former une unité infracommunale déterminée géographiquement<sup>29</sup> et institutionnellement à partir de laquelle un certain nombre d'analyses sont dès lors possibles.

Au même titre que d'autres territoires spécifiques (ZRR, zones de redynamisation urbaine,...), l'installation des officines dans les QPV fait l'objet de dispositions spécifiques du code de la santé publique (cf. encadré ci-dessous).

---

<sup>29</sup> Notons cependant que les quartiers ont des formes géographiques très différenciées : tout en étant d'un seul tenant, ils peuvent avoir une forme compacte ou au contraire être très étiré, ce qui en termes de distance à l'officine la plus proche appellerait des analyses fines quartier par quartier.

### Encadré : Article L5125-11 du code de la santé publique

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 2 500.

L'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2 500 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 4 500 habitants recensés dans la commune.

Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert dans cette commune.

**Dans les communes qui sont dépourvues d'officine ou dans les zones franches urbaines - territoires entrepreneurs, les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les zones de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ainsi que dans les zones de revitalisation rurale définies par l'article 1465 A du code général des impôts, l'ouverture d'une officine peut être autorisée par voie de création si les conditions prévues au premier, deuxième ou troisième alinéa sont remplies depuis au moins deux ans à compter de la publication d'un recensement mentionné à l'article L. 5125-10 et si aucune décision autorisant cette ouverture par voie de transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai.**

Les analyses présentées ici ont été réalisées à partir de données transmises par le CGET. Elles diffèrent donc fortement de celles présentées précédemment pour les simulations faites avec l'outil Metric<sup>30</sup>. En particulier, l'indicateur utilisé ici n'est pas le temps en voiture, indicateur dont la pertinence serait discutable dans les environnements fortement urbanisés où beaucoup de déplacements ne se font pas en automobile, mais un distancier à vol d'oiseau<sup>31</sup>. Il faut donc considérer les distances évoquées ci-dessous comme des minorants de la distance réelle à l'officine la plus proche : en effet, pour des raisons d'urbanisme, il est possible d'avoir une officine proche d'un QPV à vol d'oiseau mais complètement inaccessible pour la population du QPV si une voie rapide sépare par exemple l'officine du quartier.

Pour les 1296 quartiers identifiés par le CGET, la majorité d'entre eux sont équipées d'au moins une officine (cf. graphique ci-dessous) : 751 QPV ont une ou plusieurs officines au sein du quartier ou à sa bordure. Il y a néanmoins 61 quartiers (regroupant au total presque 90 000 personnes) pour lesquels l'officine la plus proche du quartier à vol d'oiseau est à plus de 500 mètres (ce qui à pied signifie donc à une distance réelle plus grande encore). Une demi douzaine de ces quartiers réunissent chacun plus de 2 500 habitants, ce qui signifie que s'ils formaient une commune autonome, ils auraient le droit à l'installation d'une officine.

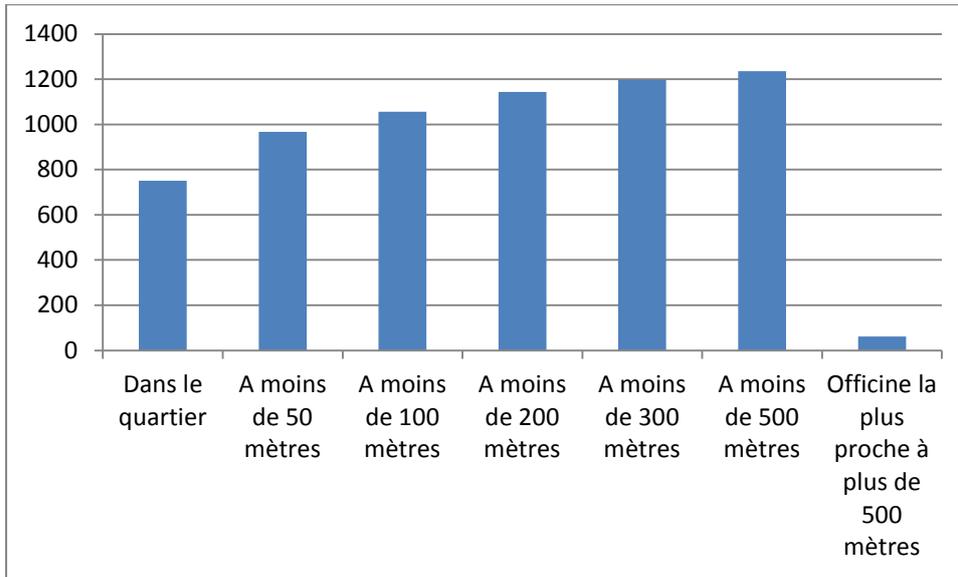
---

<sup>30</sup> Non seulement les données officinales ne proviennent pas des RPPS 2016 mais de la BPE 2014 (base permanente des équipements tenus à jour par l'Insee). Par ailleurs les données de population sont des estimations faites à partir de la source fiscale RFL 2011 de l'Insee suivant un traitement du CGET, et non des données du recensement 2013.

<sup>31</sup> La distance à vol d'oiseau présenté ici est calculé entre le lieu de l'officine (suivant sa géolocalisation) et la bordure la plus proche du quartier étudié.

## Annexe V

Schéma 11 : Distance à vol d'oiseau à l'officine la plus proche pour les quartiers de la politique de la ville



Source : CGET, traitement Igas-Igf.

Si l'on considère la population de chaque quartier et qu'on lui applique les critères populationnels réglementairement applicables aux communes<sup>32</sup> (plus de 2500 habitants pour une officine, plus de 7000 pour deux, et ainsi de suite), on identifie que, parmi les 527 quartiers ayant plus de 2500 habitants, presque un quart (23%, 121 QPV regroupant environ 750 000 personnes) sont en situation de sous densité officinale (à savoir que le quartier fait par exemple plus de 2500 habitants mais n'a aucune officine en son sein). Cela est d'autant plus frappant que la quasi intégralité de ces quartiers appartiennent à des villes qui sont elles, prises dans leur ensemble, en situation de sur densité officinale. Cette situation anormale est l'illustration forte du fait que, contrairement à ce qu'impose la réglementation sur le lieu d'implantation des officines en infracommunal (à savoir la desserte optimale de la population résidente) les officines se concentrent non sur les lieux d'habitation (comme ici les QPV) mais sur des lieux de passage (lieu de tourisme, de consommation, de loisirs, nœuds de transports,...), montrant en cela le manque de pertinence du critère réglementaire imposant de considérer de façon étroite et unique la résidence des populations sans prise en compte des usages et besoins plus globaux de la population.

Une autre illustration de ce phénomène peut être faite en prenant en compte non les critères légaux de population pour implanter des officines par commune mais la réalité de la densité officinale observée dans chaque commune. En effet, si l'on applique la densité moyenne d'officine par habitant de chaque commune à la population des QPV en leur sein, on constate que 124 QPV sont en situation de sous densité relative en officine par rapport à la densité officinale observée sur la commune à laquelle ils appartiennent. Parmi eux, environ 40% ne sont pas en dessous de ce qu'autoriserait les critères réglementaires populationnels si le quartier était considéré comme une commune mais sont en sous densité officinale relative par rapport à ce qui est observé sur l'ensemble de la commune.

En croisant sous densité par rapport aux critères réglementaires populationnels par commune et sous densité relative par rapport à la densité officinale observée sur le reste de la commune, c'est 171 quartiers politiques de la ville, regroupant 1,15 millions de personnes qui se révèlent en situation de sous densité officinale.

<sup>32</sup> Ce qui revient, de façon théorique, à considérer un quartier comme une commune.

On pourrait arguer du fait que la desserte en transports, notamment en commun, pourrait permettre de compenser cette mauvaise répartition infracommunale des officines. Cependant, l'analyse de quelques cas tend à montrer que c'est le phénomène inverse qui se produit : ainsi les quartiers nord de Marseille sont en situation de sous densité officinale forte<sup>33</sup> tout en étant dans une situation de desserte en transports peu aisée.

432 quartiers sont dotés d'une et une seule officine en leur sein. La mission n'est pas parvenue à déterminer la santé économique de ces officines, faute d'être en mesure de savoir quelles officines dans les données fiscales sont dans des QPV. Il serait néanmoins souhaitable que les ARS aient une attention particulière envers ces officines pour suivre leur situation (santé économique, âge du ou des titulaires, ...). En effet, les quartiers n'ayant qu'une seule officine sont habités par 1,2 millions de personnes, ce qui représentent donc un enjeu fort en termes d'accès au médicament, qui plus est du fait de la plus grande précarité des populations de ces quartiers.

Au final, la mission considère qu'il y a 589 QPV (réunissant 1,9 millions de personnes) qui devraient faire l'objet d'un suivi spécifique du fait soit qu'ils sont fortement éloignés d'une officine<sup>34</sup>, soit qu'ils n'ont qu'une seule officine en leur sein, soit qu'ils sont en situation de sous densité officinale<sup>35</sup>.

## **6. Les critères populationnels communaux ne permettront pas de piloter de façon satisfaisante l'évolution du réseau**

Les critères actuels de régulation de réseau reposent sur des critères populationnels communaux (pour plus de détails voir l'annexe relative aux opérations sur la licence d'officine). Or 81% des communes équipées d'une officine (ou de plusieurs officines), réunissant 91% des officines métropolitaines, sont dans une situation de surdensité au regard des critères légaux d'installation : en d'autres termes, si une officine de ces communes ferment sans reprenneur, la licence serait perdue. Parmi ces communes équipées surdenses, presque les deux tiers (63%) concernent des communes de moins de 2 500 habitants. A l'inverse, il n'y aurait qu'une trentaine de communes en France en situation de sous densité officinale (à savoir où il serait possible, au regard des critères populationnels communaux, d'installer une officine)<sup>36</sup>.

Les critères populationnels communaux ne sont donc qu'un levier résiduel de régulation du réseau dans la mesure où ils consistent principalement à empêcher les installations nouvelles dans les communes de plus de 2 500 habitants et toute installation d'une officine dans une commune de moins de 2500 habitants si une licence venait à disparaître (ex. absence de reprenneur pendant un an après la fermeture de l'officine).

---

<sup>33</sup> Le critère retenu ici de référence est le critère populationnel réglementaire applicable aux communes.

<sup>34</sup> Le critère, largement arbitraire, retenu ici est « à plus de 500 mètres à vol d'oiseau d'une officine ». Les auditions faites par la mission ont eu tendance à montrer qu'au-delà de 400 mètres à pied les patients, en milieu urbain, tendent à trouver l'officine lointaine. 500 mètres à vol d'oiseau est donc vraisemblablement une sous estimation forte des difficultés des QPV mais étant dans l'incapacité de mesurer la distance à pied, la mission n'est pas en mesure de faire une analyse plus fine sur ce point.

<sup>35</sup> Le critère retenu ici de référence est le critère populationnel réglementaire applicable aux communes.

<sup>36</sup> Dans presque un quart des cas, cela concerne des communes nouvelles créées par la loi n° 2015-292 du 16 mars 2015 relative à l'amélioration du régime de la commune nouvelle, pour des communes fortes et vivantes permet de faciliter la création de communes nouvelles en instaurant notamment un pacte financier qui garantit pendant trois ans le niveau des dotations de l'État. Par la fusion de 1091 communes au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 317 communes nouvelles ont été formées.

## Annexe V

Le réseau actuel est donc beaucoup plus le produit d'un héritage (comment était le réseau hier) que le résultat de l'application des critères actuels d'installation des officines. Cela a dès lors une implication majeure : en cas de choc négatif sur le réseau ou de volonté politique de fortement le réorganiser, les outils actuels de régulation risquent d'être largement inopérants.

## **7. PIECE JOINTE : simulations J7 à J10 croisant l'âge des titulaires et adjoints des simulations J1 à J4 avec la fragilité économique des officines des simulations J5 et J6**

Les quatre simulations présentées ci-dessous permettent d'évaluer l'impact croisé de (cf. tableau ci-dessous) :

- J7 : Les communes où tous les titulaires d'officine ont plus de 55 ans perdent leur(s) officine(s), et les officines fragiles économiquement (scoring de 4 à 6) ferment (simulation à moyen terme)
- J8 : Les communes où tous les titulaires d'officine ont plus de 60 ans perdent leur(s) officine(s), et les officines très fragiles (scoring de 5 à 6) ferment (simulation à court terme)
- J9 : Les communes où tous les titulaires d'officine et leurs adjoints ont plus de 55 ans perdent leur(s) officine(s), et les officines fragiles économiquement (scoring de 4 à 6) ferment (simulation à moyen terme)
- J10 : Les communes où tous les titulaires d'officine et leurs adjoints ont plus de 60 ans perdent leur(s) officine(s), et les officines très fragiles (scoring de 5 à 6) ferment (simulation à court terme)

**Annexe V**

Tableau 23 : Simulations d'évolution du distancier temps à l'officine la plus proche pour les simulations J7 à J10

Dist J7 (Tit+55 & Score éco 4 à 6)	En population		n nombre de commune		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	47 568 508	74,70%	6 234	17,40%	14 577 969	26,80%
A moins de 5 min	49 598 801	77,90%	9 219	25,80%	17 332 535	31,90%
A moins de 10 min	59 096 364	92,80%	23 895	66,90%	35 020 497	64,50%
A plus de 10 min	4 593 075	7,20%	11 849	33,10%	19 312 683	35,50%
A plus de 15 min	1 139 931	1,80%	3 936	11,00%	7 593 505	14,00%
A plus de 20 min	325 781	0,50%	1 416	4,00%	3 197 354	5,90%
A plus de 30 min	60 010	0,10%	351	1,00%	888 758	1,60%
Dist J8 (J8 Tit+60 & Score éco 5 à 6)	En population		n nombre de commune		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	50 450 695	79,20%	7 582	21,20%	17 610 124	32,40%
A moins de 5 min	52 698 430	82,70%	11 296	31,60%	21 003 065	38,70%
A moins de 10 min	60 929 538	95,70%	26 942	75,40%	39 895 226	73,40%
A plus de 10 min	2 759 901	4,30%	8 802	24,60%	14 437 954	26,60%
A plus de 15 min	482 286	0,80%	2 261	6,30%	4 612 045	8,50%
A plus de 20 min	146 313	0,20%	824	2,30%	1 968 693	3,60%
A plus de 30 min	29 069	0,00%	206	0,60%	563 100	1,00%

Dist J9 (Tit-Adj+55 & Score éco 4 à 6)	En population		n nombre de commune		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	50 037 577	78,60%	7 252	20,30%	16 697 802	30,70%
A moins de 5 min	52 241 620	82,00%	10 826	30,30%	19 940 062	36,70%
A moins de 10 min	60 662 143	95,20%	26 348	73,70%	38 609 929	71,10%
A plus de 10 min	3 027 296	4,80%	9 396	26,30%	15 723 251	28,90%
A plus de 15 min	599 662	0,90%	2 671	7,50%	5 516 547	10,20%
A plus de 20 min	179 130	0,30%	968	2,70%	2 353 086	4,30%
A plus de 30 min	37 694	0,10%	252	0,70%	674 127	1,20%
Dist J10 (Tit-Adj+60 & Score éco 5 à 6)	En population		n nombre de commune		En superficie	
	Vol	%	Vol	%	Vol	%
Officine(s) dans la commune	51 294 963	80,50%	7 974	22,30%	18 450 173	34,00%
A moins de 5 min	53 575 014	84,10%	11 906	33,30%	22 024 609	40,50%
A moins de 10 min	61 415 272	96,40%	27 793	77,80%	41 152 247	75,70%
A plus de 10 min	2 274 167	3,60%	7 951	22,20%	13 180 933	24,30%
A plus de 15 min	366 688	0,60%	1 922	5,40%	4 052 670	7,50%
A plus de 20 min	110 623	0,20%	695	1,90%	1 692 212	3,10%
A plus de 30 min	24 571	0,00%	177	0,50%	472 589	0,90%

Source : Igas-Igf.



## **ANNEXE VI**

### **Démographie et aspirations de la profession de pharmacien d'officine**



# SOMMAIRE

<b>1. LA DEMOGRAPHIE ET LE PROFIL DES PHARMACIENS TITULAIRES .....</b>	<b>1</b>
1.1. Chiffres généraux : nombre de pharmaciens, âges et sexe .....	1
1.2. Les titulaires.....	2
1.3. Un attachement à l'exercice libéral.....	3
<b>2. LA FORMATION DES PHARMACIENS .....</b>	<b>5</b>
2.1. Le diplôme de pharmacien, un diplôme unique aux spécialités diverses.....	5
2.2. La confrontation au monde professionnel : les stages.....	8
2.3. La perception du secteur par les étudiants.....	9
<b>3. UN DESIR FORT D'EVOLUTION DU METIER ET DES CRAINTES POUR S'INSTALLER .....</b>	<b>10</b>
3.1. Une aspiration forte pour une meilleure reconnaissance du rôle de professionnel de santé .....	10
3.2. Une appétence forte des étudiants et d'une part des professionnels pour un exercice tourné vers le patient .....	12
3.3. L'installation demeure un but, même si elle apparait de plus en plus incertaine .....	14
3.3.1. <i>Pharmacien adjoint, un métier peu attractif.....</i>	<i>14</i>
3.3.2. <i>Les craintes sur l'acquisition naissent essentiellement des conditions de cession.....</i>	<i>17</i>



## 1. La démographie et le profil des pharmaciens titulaires

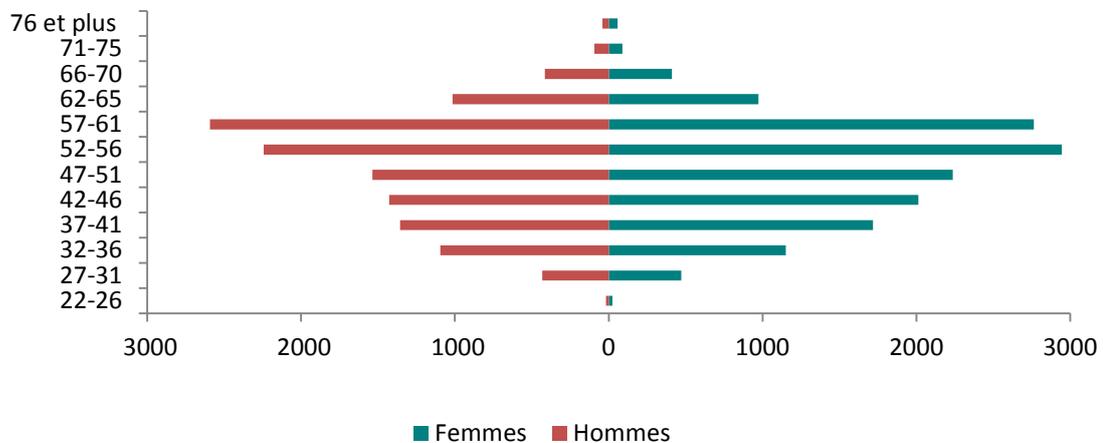
### 1.1. Chiffres généraux : nombre de pharmaciens, âges et sexe

En 2015, 27 120 pharmaciens étaient titulaires de leur officine, soit 36,3% des pharmaciens inscrits à l'Ordre. Avec 54,8% de femmes titulaires, celles-ci sont légèrement surreprésentées, ce qui est cohérent avec la prédominance des femmes dans les facultés de pharmacie.

Le nombre de titulaires est en légère décroissance par rapport à 2014 d'environ 1%. Cette légère décroissance est dans la continuité de celle observée les années précédentes. Depuis le pic du nombre de pharmaciens titulaires en 2006 (28 194 titulaires)<sup>1</sup>, le nombre de titulaires a constamment décliné (-3,8% sur la période 2006-2015)<sup>2</sup>.

Cette décroissance du nombre de titulaires s'accompagne également d'un vieillissement progressif de ceux-ci. Ainsi quand l'âge moyen de l'ensemble des pharmaciens inscrits à l'Ordre croissait d'à peine 0,8% entre 2010 et 2015, celui des pharmaciens titulaires s'accroissait de 2,2%, passant de 49,1 ans à 50,2 ans. **Aujourd'hui, un pharmacien titulaire sur deux a plus de 51 ans.**

Graphique 1 : pyramide des âges des pharmaciens titulaires en 2015



Source : CNOP.

<sup>1</sup> France entière.

<sup>2</sup> Les données RPPS fournies par la Drees pour l'établissement des simulations présentées dans l'annexe 5 relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires sont concordantes dans la mesure où elles indiquent une baisse du nombre de titulaires entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 1<sup>er</sup> janvier 2016 de 3,3%. A noter que sur la même période le nombre d'adjoints a lui cru de 4,1% si bien que le nombre d'adjoints se rapproche lentement du nombre de titulaires.

## Annexe VI

Cet accroissement s'explique pour partie par la hausse continue du nombre de pharmaciens titulaires de plus de 62 ans. S'ils étaient seulement 1 110 en 2006 (soit 3,9%), ils sont 2 377 en 2015 (soit 8,8%). Une des raisons de l'allongement est très fortement liée à la difficulté de vente actuelle sur le marché des officines associée à l'importante correction des prix sur les dernières années qui peut dissuader le titulaire de vendre (voir l'annexe 4 relative à la situation économique et financière des officines).

Il s'explique également par l'effondrement du nombre de nouveaux titulaires primo-accédants (cf. chiffres ci-dessous).

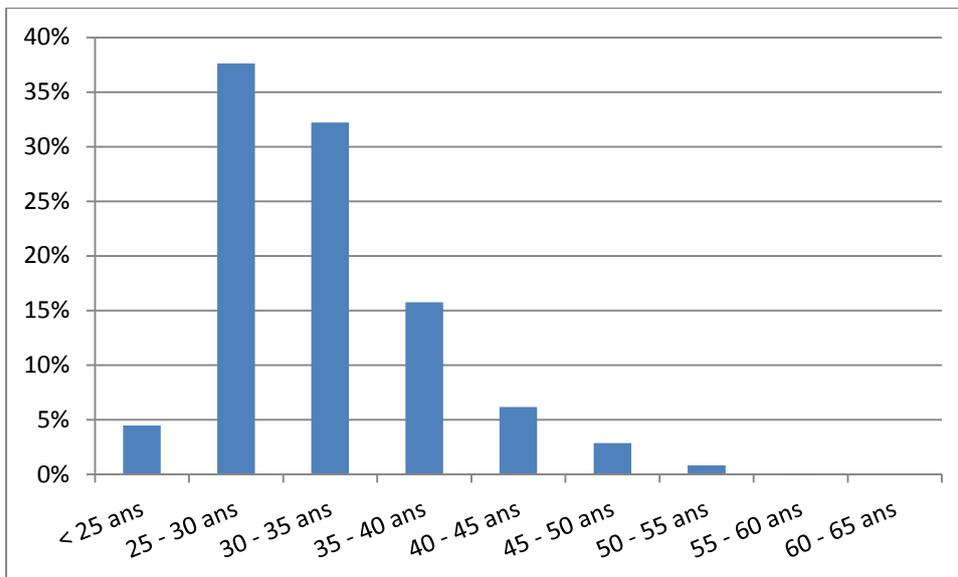
### 1.2. Les titulaires

La mission a réalisé une enquête par voie électronique auprès des titulaires d'officine. 3 893 professionnels ont répondu, soit 14,4% de la profession.

- ◆ Un accès précoce à la fonction de titulaire qui s'amenuise fortement

Parmi les répondants, une grande majorité a acquis son officine actuelle avant 40 ans. En effet **70% des répondants ont déclaré avoir acquis leur officine entre 25 et 35 ans.**

**Graphique 2 : Répartition des âges des titulaires lors de l'acquisition de leur officine**

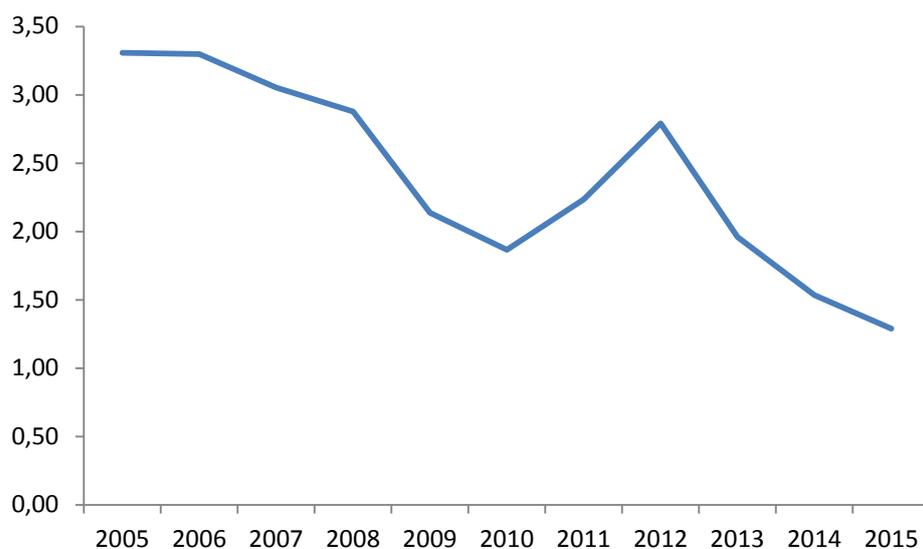


Source : Questionnaire professionnels IGAS-IGF.

La décision d'acquisition de l'officine arrive relativement tôt dans la carrière. Parmi les primo-titulaires en 2015, plus de 80% avaient moins de 35 ans. Ce chiffre relativement élevé d'une année sur l'autre masque cependant la très forte baisse du nombre de primo-accédants au cours de la dernière décennie, puisqu'ils sont passés de 3,15 primo-accédants de moins de 35 ans pour mille titulaires en 2004 à 1,29 pour mille en 2015, soit presque 2,5 fois moins.

## Annexe VI

**Graphique 3 : Nombre de primo accédants pour mille titulaires par année**



Source : CNOP.

### ◆ Une élévation de l'âge de départ en retraite

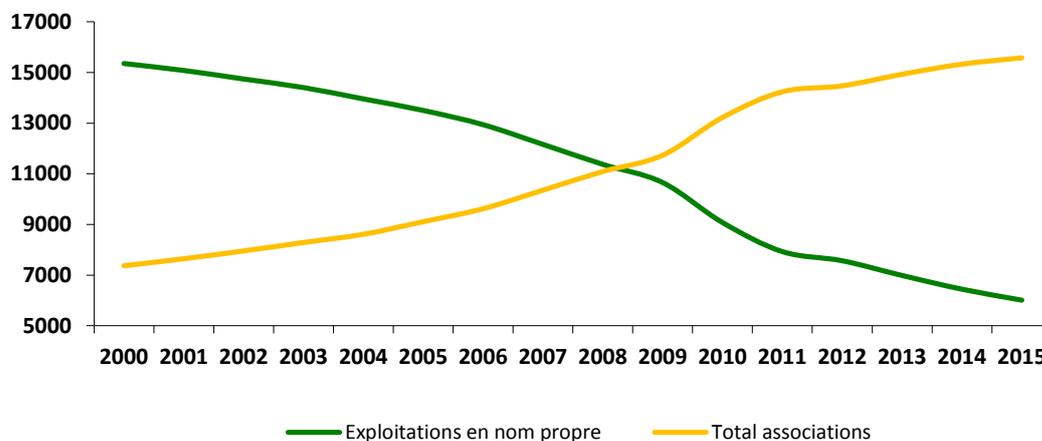
En réponse au questionnaire IGAS-IGF, une très grande partie des répondants pharmaciens titulaires (58%) envisage un départ en retraite à partir de 65 ans, dont 9% au-delà de 70 ans. Cela représente 2 267 personnes (sur les 3893 répondants), soit pratiquement le nombre de pharmaciens de plus de 62 ans actuellement en activité. On peut donc s'attendre à une très forte élévation de l'âge moyen des titulaires dans les années à venir.

### 1.3. Un attachement à l'exercice libéral

Outre les évolutions démographiques, on constate une évolution dans la structuration juridique des officines. Le mode d'exercice qui autrefois s'effectuait en nom propre est devenu marginal et une grande majorité des officinaux exercent aujourd'hui en association, le point de bascule étant intervenu en 2008. La structure juridique retenue est généralement la SEL.

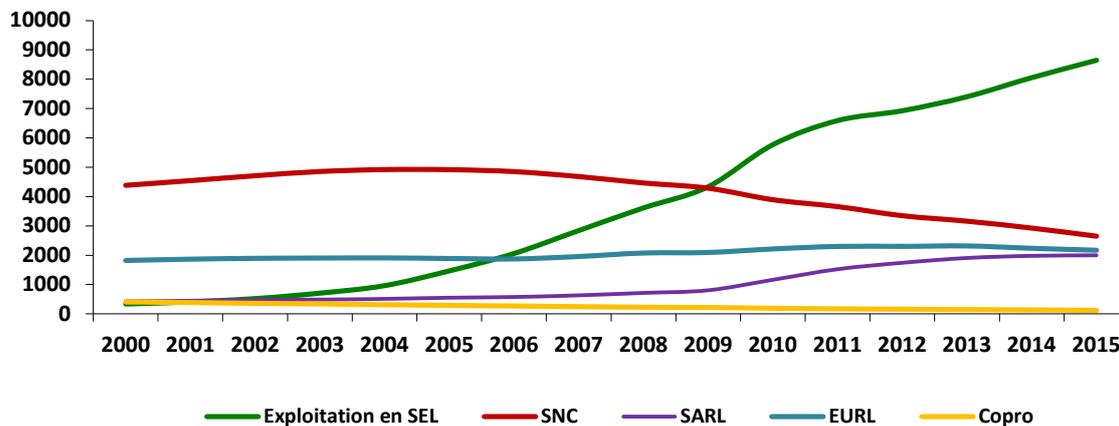
## Annexe VI

**Graphique 4 : Evolution des exploitations en nom propre et en association des officines depuis 2000**



Source : CNOP

**Graphique 4 : Evolution des structures juridiques des officines en association depuis 2000**



Source : CNOP

Malgré une tendance prononcée pour l'association, les pharmaciens titulaires ne se regroupent que très peu et les chiffres associés à ces opérations<sup>3</sup> sont relativement faibles au regard de la densité du maillage.

<sup>3</sup> Voir annexe relative aux opérations sur la licence d'officine.

## Annexe VI

De même, la mission a relevé l'attachement à l'exercice libéral de la profession, que ce soit parmi les professionnels en activité ou parmi les étudiants rencontrés. La crainte du développement de chaînes pharmaceutiques est prégnante, ce qui pour bon nombre des acteurs auditionnés ferait perdre de son intérêt au métier. A l'inverse, l'adhésion à des groupements est généralement présentée comme une alternative qui permet une association d'intérêts communs construits autour d'objectifs variés : support à l'achat, support marketing / commercial, etc. On relève ainsi que leur taux de pénétration serait très élevé<sup>4</sup>. Les groupements permettraient ainsi de conserver l'indépendance et l'approche chef d'entreprise tout en bénéficiant des avantages structurels d'un groupe de plus grande taille.

## 2. La formation des pharmaciens

### 2.1. Le diplôme de pharmacien, un diplôme unique aux spécialités diverses

Les études de pharmacie comptent 6 années universitaires qui allient enseignements théoriques et mises en situation dans le cadre de stages.

En 2016, la « première génération de PACES » (à savoir la première génération d'étudiants finissant leurs études de pharmacie après être passé par la PACES en première année) sera diplômée pour la filière pharmacie. La PACES, où première année commune aux études de santé, a été mise en œuvre en 2010. Elle a pour vocation d'orienter les élèves entre les 4 professions de santé médicales (médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique), la sélection s'effectuant sur concours par application de numerus clausus. L'un des objectifs premiers de la PACES était de réduire le nombre d'années perdues à essayer de réussir différents concours d'accès à une des formations ; certains étudiants pouvant perdre jusqu'à quatre années (2 années de médecine puis de 2 années de pharmacie). A cet objectif, s'ajoute un autre objectif de plus long terme, favoriser les échanges et collaborations entre les différents professionnels de santé.

Lors des entretiens réalisés par la mission auprès des doyens de faculté de pharmacie, mais aussi des étudiants, la PACES a fait l'objet de nombreuses critiques. D'un point de vue académique, pour permettre un tronc commun aux différentes professions de santé, les enseignements ne permettraient pas d'approfondir suffisamment le socle théorique indispensable à la formation des pharmaciens, repoussant ces enseignements aux années ultérieures. Les volumes d'étudiants en PACES étant très important au regard du numerus clausus lié à chaque profession, cette première année s'apparente davantage à une année de sélection dont les modalités se concentrent principalement sur l'acquisition brute de savoirs validée par QCM.

Cette approche ne permettrait pas d'identifier l'appétence des étudiants pour telle ou telle profession. Plusieurs doyens de faculté de pharmacie ont ainsi souligné l'absence de projet professionnel des étudiants et le préjudice relatif à la faible motivation de certains étudiants en pharmacie suite à l'introduction de la PACES. En effet, la filière pharmacie est choisie dans certains cas par défaut, les étudiants n'ayant pas eu le classement suffisant pour entrer dans une autre formation. Ainsi, si avant la mise en place de la PACES, les étudiants devaient spécifiquement s'inscrire en pharmacie et savaient donc dans quelle formation ils s'engageaient, ce ne serait plus autant le cas avec la PACES où des étudiants peuvent se retrouver dans telle ou telle formation par défaut.

---

<sup>4</sup> Ainsi 80% des officines seraient membres d'un groupement (données d'entretien).

## Annexe VI

La mission a réalisé une enquête en ligne auprès d'étudiants inscrit dans les facultés de pharmacie. Ainsi, sur 1 395 étudiants en pharmacie répondants, seulement 44% étaient certains de vouloir faire pharmacie dès le moment où ils s'étaient inscrits en PACES ; 37% se seraient décidés en cours de PACES et 19% auraient rejoint les études de pharmacie parce que leurs résultats ne leur permettaient pas de suivre une autre filière.

**Tableau 1 : répartition des étudiants en pharmacie selon leur appétence pour la filière en entrée de PACES**

	Certain, avant de débiter la PACES	Effectué en cours de la PACES, en raison de l'intérêt pour les sujets	Par défaut, à l'issue de la PACES, vos résultats ne vous permettaient pas d'aller dans une filière que vous jugiez plus attractive
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>518</b>	<b>261</b>
<b>en %</b>	<b>44%</b>	<b>37%</b>	<b>19%</b>

Source : questionnaire étudiants IGAS-IGF

Ce choix par défaut nuirait à l'attractivité de la filière officinale (par rapport à la filière industrie ou à la filière internat) puisque la filière officinale apparait pour certains étudiants comme la filière de moindre prestige.

Malgré les critiques qu'ils peuvent émettre, la PACES demeure défendue par les doyens de pharmacie qui considèrent que ses premiers objectifs sont toutefois atteints, les étudiants ne peuvent au plus consacrer que deux années à la réussite du concours d'entrée dans l'une des formations et la nécessité d'avoir un tronc commun favorise la compréhension et les échanges entre les futurs professionnels de santé. Ils sont toutefois conscients des conséquences de la PACES sur les profils recrutés et une réflexion sur les voies d'accès est déjà engagée pour diversifier les profils recrutés<sup>5</sup>.

Une fois la sélection par la PACES effectuée, les étudiants de pharmacie ont 5 années d'études ; en 4<sup>ème</sup> année, ils doivent choisir une spécialisation parmi les trois suivantes :

- Industrie,
- Internat,
- Officine.

---

<sup>5</sup> Certaines facultés ont déjà réservé une part du numerus clausus à des étudiants titulaires d'une licence et qui souhaite effectuer des études de pharmacie. Après sélection sur dossier et entretien, ils intègrent la 2<sup>ème</sup> année de pharmacie, c'est le cas à l'université Paris Descartes où 10% des places du concours sont réservés dans le cadre d'un concours spécifique à des titulaires d'une licence de biologie (dispositif ALTERPACES).

## Annexe VI

Les enseignements deviennent alors spécifiques à chaque filière même s'il y a unicité du diplôme final. Dès la 2<sup>ème</sup> année, des modules optionnels, orientés vers l'une des spécialités, sont proposés aux étudiants. Toutefois d'après les entretiens menés auprès des doyens, il est apparu de façon quasiment unanime que les facultés ont des difficultés à proposer des modules spécifiques à l'officine, même si des démarches innovantes se développent (ex. création d'une pharmacie expérimentale au sein de facultés<sup>6</sup>). Le niveau de connaissances théoriques des étudiants en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années ne leur permettrait pas de développer aisément des modules dédiés. De tels modules nécessiteraient un investissement particulier de la part des facultés pour identifier et mobiliser des intervenants officinaux spécifiques. Ceci est préjudiciable pour la spécialité officine, au contraire des autres spécialités, puisque les étudiants ne découvrent que tardivement des enseignements appliqués et demeurent trop souvent cantonnés aux seuls enseignements théoriques lors de leur choix. Certaines universités proposent toutefois quelques modules optionnels dédiés à l'officine<sup>7</sup>, mais peu de cas ont été indiqués à la mission.

A l'inverse, les filières industrie et internat semblent davantage mises en avant<sup>8</sup>. Certains étudiants interrogés n'ont pas hésité à présenter la spécialité officinale comme la spécialité de dépit où se retrouvent les moins bons étudiants. Sur les 1 395 répondants du questionnaire, 32% ont ainsi déclaré que la spécialité officine leur était présentée de manière négative par le corps enseignant. Lors de la période d'orientation (de la 2<sup>ème</sup> à la 4<sup>ème</sup> année), la formation, largement théorique, met peu l'accent sur l'aspect entrepreneurial du métier de pharmacien titulaire ainsi que sur la relation patient – pharmacien ; or ces caractéristiques spécifiques à l'officine pourraient être des éléments importants pour la valorisation de la filière.

**Tableau : Répartition des réponses des étudiants à la question : trouvez-vous que la filière « officine » était présentée par les enseignants de manière... ?**

Positive	Neutre	Négative	Ne sais pas
387	485	440	83
28%	35%	32%	6%

Source : Questionnaire étudiants IGAS-IGF

L'attractivité de la filière officine semble s'être altérée depuis la création de la PACES. Auparavant, 60% des étudiants en pharmacie se spécialisaient en officine, ils ne sont à présent plus qu'un tiers. Les impacts de cette désaffection sont difficiles à évaluer à ce jour, notamment parce que certains étudiants des autres spécialités reviennent vers la voie officinale, soit suite à un échec à l'internat, soit après quelques années passées dans l'industrie. Il serait dès lors souhaitable de mettre en place un outil de suivi des étudiants pour mesurer à moyen et long terme les impacts des choix de formation et l'évolution du besoin de pharmaciens en officine.

<sup>6</sup> Université de Clermont Ferrand par exemple.

<sup>7</sup> Université de Franche Comté : module dédié aux technologies digitales et leurs applications pour suivre les patients, dans le cas par exemple du suivi du diabète, Université de Bordeaux 2 : création d'un poster support d'une campagne de sensibilisation.

<sup>8</sup> L'université de Paris XI par exemple a une très forte filière industrie, l'université de Paris V a une filière internat très développée.

## Annexe VI

Enfin, les étudiants, mais aussi certains professionnels, se sont montrés très critiques sur l'adéquation de leur formation avec les besoins spécifiques d'un titulaire d'officine. Ils jugent en effet leur formation lacunaire sur les enseignements en économie-gestion et seraient favorables à des enseignements supplémentaires sur ces matières mais aussi sur l'écosystème de l'officine (rôle des groupements, des transactionnaires...). Sur les 761 répondants au questionnaire n'ayant pas exclu la filière officine (qu'ils l'aient choisi ou soient encore indécis), 445 estiment que leur formation ne leur donnera pas les bases nécessaires à la gestion d'une officine. L'interrogation des titulaires d'officine effectuée par la mission confirme ce point : rétrospectivement, la majorité des titulaires d'officine estime que la formation qu'ils ont reçue était trop théorique et pas assez professionnalisante.

**Tableau : répartition des réponses des étudiants à la question : pensez-vous que votre formation vous donne ou donnera les bases nécessaires à la gestion d'une officine**

	Oui	Non	Ne sais pas
Total	168	445	148
En %	22%	58%	19%

Source : Questionnaire étudiants IGAS-IGF

Si l'objectif du parcours menant au diplôme de pharmacien est avant tout de former des professionnels de santé garants de la bonne délivrance du médicament, il serait opportun de renforcer les compétences en gestion, communication, relation clients des étudiants, soit en renforçant ces enseignements dans le parcours actuel par exemple en fixant des objectifs clairement définis à transmettre par le maître de stage de 6<sup>ème</sup> année éventuellement complétés par des cours en plus, soit en proposant des modules complémentaires accessibles dans le cadre d'un DU. Certains interlocuteurs de la mission considèrent par ailleurs que, si la formation des pharmaciens devaient passer de 6 à 8 années – point en réflexion actuellement qui ne fait pas consensus parmi les personnes auditionnées, la mise à profit de ce temps supplémentaire permettrait de développer la professionnalisation de la voie officinale (enseignements appliqués avec des professionnels en exercice, stages,...).

### 2.2. La confrontation au monde professionnel : les stages

Au cours de leur formation, les étudiants doivent se confronter au monde professionnel au travers de différents stages. Le premier stage a lieu entre la fin de la PACES et la fin de la 2<sup>ème</sup> année. Ce stage dure actuellement six semaines. Les compétences des étudiants à ce moment là de leur parcours étant très limitées, ceux-ci sont généralement cantonnés à des tâches extrêmement restreintes et bien souvent peu stimulantes intellectuellement. Ce stage dissuaderait certains étudiants de poursuivre dans la spécialité officine. D'après les échanges effectués par la mission, en particulier avec les doyens, réduire ce stage à quatre semaines ne poserait pas de difficultés particulières, ce qui répondrait pour partie aux critiques des étudiants sur un stage qui apparaît comme trop long au regard des compétences à acquérir.

Un deuxième stage d'une semaine en officine a lieu en 3<sup>ème</sup> année. Pour ce stage, les étudiants doivent travailler avec leur maître de stage sur un thème donné (diabète, hypertension...) et analyser les délivrances associées à ce thème spécifique.

## Annexe VI

En cinquième année, les étudiants ont un stage long en milieu hospitalo-universitaire. Ce stage se déroule à mi-temps tout au long de l'année. Ce stage, dont les modalités diffèrent selon la spécialité<sup>9</sup>, a fait l'objet de vives critiques de la part des étudiants ; ceux-ci ont ainsi déclaré avoir très souvent des difficultés pour trouver leur place dans des services où ils n'ont pas l'impression d'être attendus. Ces propos ont pu être corroborés par les doyens qui soulignaient les disparités entre les stages selon qu'ils se font sous la direction d'un pharmacien hospitalo-universitaire ou non. A la limite du champ d'investigation de la mission, ce stage et ses modalités mériteraient toutefois de faire l'objet d'une analyse attentive par la conférence des doyens.

Enfin, les étudiants de 6<sup>ème</sup> année effectuent un stage de six mois plein en officine. Ce stage fait l'objet d'une thèse d'exercice qui conclut la scolarité et est considéré positivement tant par les étudiants que par les maîtres de stage auditionnés par la mission.

### 2.3. La perception du secteur par les étudiants

Les carences en matière de formation économique, mais aussi le discours pessimiste des professionnels autour de l'avenir de l'officine ne favorisent pas l'image de la spécialité officine. Une part des étudiants délaisse ainsi la spécialité en raison des inquiétudes liées à son avenir.

Sur les 1 395 étudiants ayant répondu au questionnaire, pratiquement 2/3 des 187 indécis et 1/3 des 614 ayant exclu la spécialité officine jugent les perspectives économiques maussades pour les officines.

**Tableau : Attractivité de la filière officine pour les étudiants**

Choix non effectué : comment jugez vous l'attractivité de la spécialisation officine ?					
Très bonne, les aspects du métier m'intéressent fortement	Moyenne, le métier est intéressant mais les perspectives économiques semblent mauvaises	Moyenne, le métier est peu intéressant mais les perspectives économiques semblent attractives	Faible, les aspects du métier m'intéressent peu	Ne sais pas	
34	119	9	15	10	
18%	64%	5%	8%	5%	

Source : Questionnaire IGAS-IGF

**Tableau : Raisons des étudiants ayant exclu la filière officine**

Autres : Quelles furent les raisons qui vous ont poussé à exclure la filière officine					
Forte appétence pour la filière choisie	Perspectives économiques maussades pour les officines (risque de chômage ou difficultés à racheter une pharmacie)	Peu d'intérêt pour le métier	Les autres spécialisations étaient mieux valorisées	Influence des enseignants	Ne sais pas
355	362	212	123	32	6
33%	33%	19%	11%	3%	1%

Source : Questionnaire IGAS-IGF

<sup>9</sup> La mission a relevé des approches différentes selon les universités.

## Annexe VI

Les chiffres sur les fermetures d'officines mis en avant par les représentants de la profession ont été largement repris par les étudiants rencontrés sans mise en perspective avec les opérations sous-jacentes (une faible part des fermetures d'officine sont des fermetures dues à l'absence de repreneur, fermeture ne signifiant d'ailleurs pas toujours que l'officine n'était pas rentable). Les étudiants ignoraient ainsi qu'une non négligeable des licences restituées correspondait à des opérations de regroupement entre pharmaciens et non à une fermeture économique ou à l'absence d'un repreneur.

De même, la mission a interrogé les étudiants sur leur perception du type d'officine le plus rentable. Il en ressort un a priori fort sur l'absence de viabilité de l'officine de campagne (et de quartiers) au contraire des officines de centres commerciaux et des officines de centre ville des grandes agglomérations. Or si les officines des centres commerciaux peuvent s'avérer très rentables, ce n'est pas toujours le cas pour les officines de centre ville des grandes agglomérations qui sont bien souvent soumis à une très forte concurrence. Les officines de campagne peuvent quant à elles s'avérer tout à fait rentables lorsque la concurrence est faible (voir annexe relative à la situation économique et financière des officines).

**De manière générale, le discours très pessimiste de la profession sur son avenir peut devenir préoccupant dans le sens où il contribue en partie à la désaffection pour la spécialité officinale et pourrait démotiver des jeunes diplômés faiblement formés à la gestion et les inciter à renoncer à l'acquisition d'officine qu'ils jugeraient, à tort, économiquement fragiles.**

### 3. Un désir fort d'évolution du métier et des craintes pour s'installer

#### 3.1. Une aspiration forte pour une meilleure reconnaissance du rôle de professionnel de santé

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) a confirmé le rôle de professionnel de santé du pharmacien. Le code de la santé publique détermine à l'article L.5125-1-1 les missions du pharmacien d'officine, qui :

1. « *Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;*
2. ° *Participent à la coopération entre professionnels de santé ;*
3. ° *Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;*
4. ° *Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*
5. ° *Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;*
6. ° *Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter 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. 7° *Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler*

## Annexe VI

*périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;*

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

Ces missions sont cohérentes avec les exigences du diplôme de pharmacien qui a vocation à former des professionnels de santé, experts sur les médicaments mais aussi, spécificité française, expert sur les dispositifs médicaux et les produits biologiques. Cette formation de haut niveau, qui constitue un investissement important de l'Etat, doit avoir pour finalité de permettre aux pharmaciens d'apporter un service plus large que la seule délivrance de médicament, ce que traduit la loi HPST et les missions du pharmacien inscrites dans le CSP.

**Dans les faits, la réalité des missions réalisées par les pharmaciens est bien plus dure à appréhender, notamment car nombre d'entre elles ne sont pas tracées.** La mission a interrogé les pharmaciens titulaires pour identifier les missions non rémunérées de façon spécifique qu'ils effectuent d'après eux régulièrement. Sur 3 893 répondants, 3 missions ressortent particulièrement, une en lien avec les soins de premiers recours, une liée aux conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes et une en lien avec l'éducation thérapeutique du patient.

**Tableau : 1<sup>er</sup> choix de réponse des professionnels à la question : Parmi les missions suivantes, quelles sont celles que vous estimez pratiquer régulièrement ?**

Contribuer aux soins de premier recours	Participer à la mission de service public de la permanence des soins	Participer à la coopération entre professionnels de santé de votre territoire	Proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.	Ajuster des posologies	Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé	Renouveler des traitements chroniques, à la demande du médecin ou avec son accord	Participer à l'éducation thérapeutique et à des actions d'accompagnement de patients	Assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social (ex. Ehpad)	Effectuer des bilans de médication	Pas de réponse
17%	21%	5%	23%	5%	1%	8%	15%	1%	1%	2%

Source : Questionnaire professionnels IGAS-IGF

Globalement, le pharmacien se perçoit comme un relais de santé à proximité des patients et usagers et un spécialiste du médicament. Par contre, son rôle dans le dispositif de santé et la mise en œuvre de coopérations extérieures (médecins, infirmiers, ARS, établissements médico-sociaux) apparaissent plus marginaux.

Pour le public la perception du pharmacien peut varier selon les situations, la mission souligne toutefois que pour certains usagers, la proximité d'une pharmacie prime sur celle du médecin, essentiellement pour des raisons de commodités : le pharmacien est tout le temps accessible et sans rendez-vous. Dans certains territoires où il n'y a plus de médecins (ou des des médecins en trop faibles nombre et donc difficiles d'accès) et où il n'y a pas de gardes de généralistes, l'officine de garde peut devenir le relais de santé de proximité. Si les pharmaciens sont conscients de ce rôle, certains soulignent toutefois les limites de cette situation étant donné les moyens, compétences et droits réduits dont ils disposent. En effet, ne pouvant délivrer à leur initiative des médicaments sur ordonnance et n'étant pas formés à du pré diagnostic ou à de la pré orientation, les réponses qu'ils peuvent apporter sont par définition limitées.

## Annexe VI

Néanmoins, **un meilleur suivi des interventions des pharmaciens pourrait permettre d'objectiver d'éventuels gains d'efficacité apportés au système de santé, par exemple au regard de l'orientation ou non vers les services d'urgence des patients qui les sollicitent ou sur les gains à suivre avec attention l'observance des traitements par certains patients chroniques.**

### 3.2. Une appétence forte des étudiants et d'une part des professionnels pour un exercice tourné vers le patient

Ce désir d'ancrer le modèle de la pharmacie d'officine en tant que professionnel de santé est fortement prégnant chez les étudiants, mais aussi chez une partie des professionnels que la mission a rencontrés. Cette envie se traduit notamment par un fort rejet, de la part des étudiants, du modèle officinal dit « low-cost », essentiellement tourné sur le développement d'une activité à fort volume et à faible marge où la qualité de la prise en charge des patients est perçue par ces derniers comme moindre. Les étudiants les plus déterminés à acquérir leur officine rencontrés par la mission voient dans l'acquisition l'opportunité de développer une offre de services en adéquation avec le rôle de professionnel de santé. La dimension entrepreneuriale du métier est ainsi intrinsèquement liée au rôle de professionnel de santé : développer une activité de santé axée sur tel ou tel service (type de produits, type de services, stratégie d'aménagement,...).

La mission a interrogé les étudiants n'ayant ni exclu la filière officine, ni exclu d'en acquérir une, afin de connaître le type d'officine qu'il souhaiterait acquérir. Sur 580 répondants, **65% des étudiants ont montré de l'intérêt pour l'officine de ville moyenne à proximité d'une grande agglomération et 55% pour l'officine de campagne.** A l'extrême seulement 8% ont manifesté de l'intérêt pour l'officine de centre commercial, l'officine de quartier-banlieue se situant dans une situation intermédiaire basse.

**Tableau : Dans quelle(s) type(s) d'officine souhaiteriez-vous idéalement devenir titulaire ?  
(question à choix multiples) :**

[Officine de centre ville d'une grande agglomération (hors centre commercial)]	[Officine de quartier / banlieue (en périphérie de ville)]	[Officine dans une ville de taille moyenne à proximité d'une grande agglomération]	[Officine de village / campagne]	[Officine de centre commercial]	[Ne sais pas]
126	185	376	320	47	52
22%	32%	65%	55%	8%	9%

Source : Questionnaire étudiants IGAS-IGF

La mission a demandé à ces étudiants de justifier les raisons de leur choix : pratiquement 90% des étudiants désirant une officine dans une ville de taille moyenne ou à la campagne le justifient par le fait que ces types d'officine leur permettraient d'exercer comme ils le souhaitent, les aspects financiers n'entrant que beaucoup plus rarement en ligne de compte.

## Annexe VI

**Tableau : Raisons motivant le choix d'acquisition d'un type d'officine particulier par les étudiants**

	[C'est le type d'officine le plus rentable en termes de chiffre d'affaires]	[C'est le type d'officine accessible financièrement car moins coûteuse à l'achat]	<b>[C'est le type d'officine qui me permet d'exercer comme je le souhaite]</b>	[C'est le type d'officine que je connais]	[C'est le type d'officine qui me permet de concilier mon activité professionnelle avec ma vie personnelle (ex. activité du conjoint, école des enfants, activité de loisirs)]	[Ne sais pas]
c						
[Officine de centre ville d'une grande agglomération (hors centre commercial)]	39%	4%	68%	40%	56%	2%
[Officine de quartier / banlieue (en périphérie de ville)]	14%	25%	84%	40%	62%	2%
[Officine dans une ville de taille moyenne à proximité d'une grande agglomération]	15%	21%	85%	43%	58%	1%
[Officine de village / campagne]	11%	24%	88%	44%	52%	1%
[Officine de centre commercial]	51%	13%	49%	36%	47%	4%
[Ne sais pas]	0%	0%	2%	4%	4%	37%

Source : Questionnaire étudiants IGAS-IGF

Outre un modèle d'officine qui favorise aux yeux des étudiants la relation entre le pharmacien et ses patients-clients, les étudiants ont indiqué un désir d'évolution du mode de rémunération des pharmaciens afin de valoriser davantage la qualité du service rendu et de réduire les incitations associées au volume de ventes et aux chiffres d'affaires. Cette approche est défendue par une part des titulaires qui souhaitent voir valoriser leurs actes et sortir du modèle construit uniquement sur une relation marge-volume.

Cette démarche a déjà été entamée avec la mise en place ces dernières années des entretiens AVK et des entretiens asthmes. Les premiers ont connu un succès relatif avec une appréciation positive des pharmaciens (note de satisfaction globale de 6,8/10<sup>10</sup>) et des patients (note de satisfaction globale de 8,7/10), tandis qu'il n'en fût pas de même pour les seconds, dont la mise en œuvre fût jugée trop complexe par les professionnels et la rémunération trop peu attractive au regard du coût réel engagé et trop tardive. Ces initiatives sont toutefois à encourager et à valoriser et une évaluation globale de leur bénéfice en termes de santé publique devrait être menée pour pouvoir le cas échéant tarifier acte par acte la prestation du pharmacien.

<sup>10</sup> Source Assurance Maladie.

### 3.3. L'installation demeure un but, même si elle apparaît de plus en plus incertaine

#### 3.3.1. Pharmacien adjoint, un métier peu attractif

L'attractivité du métier de pharmacien adjoint est également un point sensible pour la pérennité de la profession. Pour beaucoup, mais certes pas tous, être adjoint n'est qu'une voie de passage préalable à l'acquisition d'une officine, le temps d'acquérir l'expérience du métier et la capacité financière d'acheter son officine. Les élus de la section D de l'Ordre des pharmaciens, c'est-à-dire représentants des pharmaciens adjoints, rencontrés par la mission confirmaient cette vision du rôle du pharmacien adjoint qui est soit un tremplin permettant de devenir titulaire d'officine, soit un choix délibéré de poste aux responsabilités limitées permettant de garantir un certain équilibre vie privée et vie professionnelle.

L'image relativement dégradé du pharmacien adjoint affaiblit l'engouement pour la formation de pharmacien. En effet, ce métier d'adjoint apparaît mal rémunéré avec de faibles perspectives d'évolution. Sur 765 étudiants ayant répondu à comment était perçu le métier d'adjoint, pratiquement 40% jugeaient que le métier était mal rémunéré, avec des perspectives d'évolution insuffisantes et présentait le risque d'être confronté au chômage (cf. tableau ci-dessous).

**Tableau : Comment percevez-vous le métier d'adjoint (plusieurs réponses possibles)**

	garantit un bon équilibre vie privée / vie professionnelle	garantit un bon équilibre entre l'exercice du métier de pharmacien (conseil aux patients, relation..) et des responsabilités moins lourdes (pénales, administratives, fiscales....)	n'offre pas suffisamment de perspectives d'évolution	est mal payé	présente le risque d'être confronté au chômage	Ne sais pas
Total	433	461	320	297	313	18
En %	57%	60%	42%	39%	41%	2%

Source : Questionnaire étudiants IGAS-IGF. Note de lecture : 765 étudiants ont répondu à la question.

60% des étudiants indiquaient tout de même que le métier permettait un bon équilibre vie privée / vie professionnelle et une bonne répartition de l'exercice du métier de pharmacien sans le poids des responsabilités du titulaire.

Le chômage dans la profession est un sujet sensible pour les étudiants et celui-ci est renforcé par les chiffres sur les fermetures d'officine. A la fin du mois de février 2016, il y avait 2 372 demandeurs d'emploi en catégorie A pour le métier de pharmacien (ce qui inclut donc les pharmaciens d'industrie).

## Annexe VI

Si la conjoncture décriée par les pharmaciens et leurs représentants est loin d'être aussi mauvaise qu'ils le déclarent<sup>11</sup>, deux effets pourraient néanmoins réduire le nombre de postes de pharmaciens adjoints disponibles dans les officines :

- La baisse du prix des médicaments, qui impacte le chiffre d'affaires global des officines ;
- Les regroupements d'officine qui peuvent avoir des effets de seuils.

En effet, aujourd'hui la législation<sup>12</sup> impose un pharmacien en plus du titulaire par tranche de 1,3M€ de chiffre d'affaires. Par exemple, une officine qui a un chiffre d'affaires de 1,4M€ devra donc avoir un adjoint en plus du titulaire, et une officine avec un CA de 3M€ devra avoir deux adjoints en plus du titulaire. La baisse du chiffre, induite sur la baisse du prix du médicament, peut avoir pour effet pour celles qui sont le plus proche des seuils de les faire passer en dessous et donc de réduire le nombre d'adjoints réglementairement nécessaire.

De même dans le cadre d'une fusion de deux officines, on peut avoir des effets similaires. Ainsi si on prend l'exemple de deux officines avec un chiffre d'affaires respectif de 1,4M€ qui effectuent un regroupement, les deux officines ont chacune un adjoint en plus de leur titulaire respectif. A l'issue du regroupement, si le CA est égal à la somme des deux, soit 2,8M€, l'exigence réglementaire ne sera plus qu'à un seul adjoint en plus des deux associés, le seuil suivant étant à 3,9M€ ; il y aura donc potentiellement la possibilité pour la nouvelle structure de réduire d'un quart ses effectifs de pharmacien.

La mission a ainsi réalisé diverses simulations sur l'évolution du stock d'emploi de pharmaciens dans le cadre de regroupements ou à la suite d'une baisse du chiffre d'affaires du secteur.

Pour mener ses analyses, la mission a travaillé sur 21 443 officines pour lesquelles le chiffre d'affaires 2014 était disponible. Environ 200 officines, soit moins de 1% du réseau, n'ont pas été prises en compte dans cette analyse. Par ailleurs, la mission a travaillé avec les chiffres d'affaires moyens par communes, imputant celui-ci à toutes les officines de la commune.

Sur l'échantillon retenu, on comptabilise, au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 27 019 titulaires et 23 830 adjoints, soit un stock de 50 849 emplois. Par la suite, il ne sera fait référence qu'à l'évolution du stock d'emplois de pharmacien, sans distinction des titulaires et des adjoints.

A réglementation constante et sans modification du réseau (aucun regroupement ou fermeture), l'optimisation par toutes les pharmacies de la règle relative au nombre d'adjoints par tranche de 1,3M€ de chiffre d'affaires conduirait à un stock de 39 445 emplois de pharmacien, que l'on dénommera par la suite stock minimal d'emplois. Ainsi, **29% des emplois de pharmaciens peuvent être considérés comme en surplus au regard des exigences réglementaires.**

Si l'on regarde plus en détail, il apparaît que ce sont les plus petites officines qui recrutent davantage d'adjoints que ce qu'imposent les seuils réglementaires. Ainsi, si l'on regarde les officines seuls sur leur commune<sup>13</sup>, 62% des officines dont le CA est inférieur à 1,3M€ ont un adjoint, sur la deuxième tranche (CA compris entre 1,3M€ et 2,6M€) seulement 43% disposent de deux adjoints et ce taux décroît encore sur les tranches supérieures.

---

<sup>11</sup> Voir annexe relative à la situation économique et financière des officines.

<sup>12</sup> Arrêté du 1 août 1991 relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires

<sup>13</sup> Ceci permet d'éviter tout effet lié au chiffre d'affaires moyen sur la commune, puisque dans ces cas précis le chiffre d'affaires de l'officine seule sur sa commune est égal au chiffre d'affaires moyen sur la commune.

## Annexe VI

**Tableau : Répartition du nombre de pharmacies selon le nombre d'adjoints au regard des seuils réglementaires pour les pharmacies seules sur leur commune**

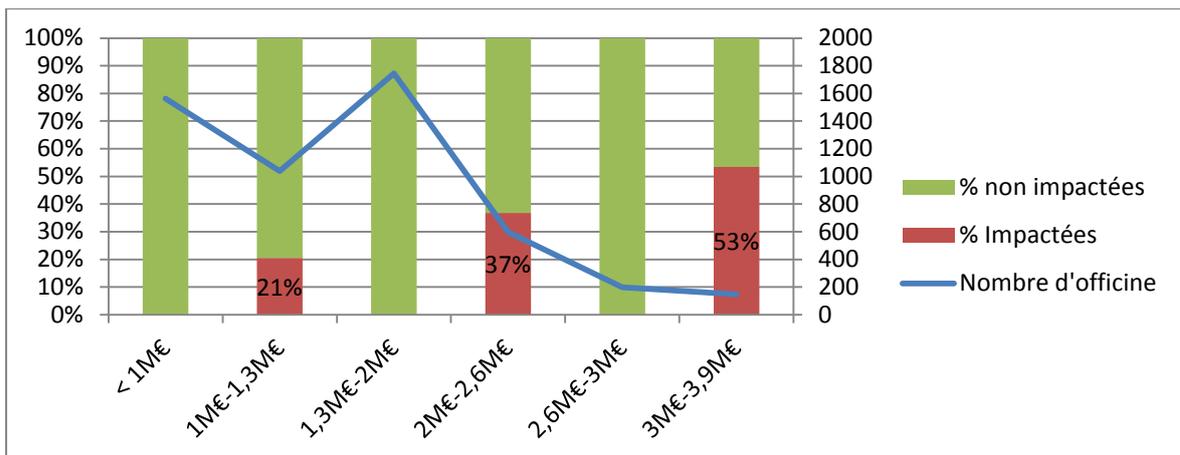
Tranche de CA	Nombre de Pharmacies	Nombre de pharmacies au seuil légal	% de pharmacies avec plus d'adjoints
<1,3M€	2601	976	62%
1,3M€-2,6M€	2341	1336	43%
2,6M€-3,9M€	346	214	38%
>3,9M€	19	17	11%

Source : Mission

Ce constat peut s'expliquer assez simplement, par le fait que, pour les plus petites officines la présence d'un adjoint permet au titulaire de se dégager du temps et impacte donc directement son équilibre vie privée / vie professionnelle ainsi que l'organisation de son temps de travail lorsqu'il n'est pas au comptoir (ex. tâches administratives et comptables). Au contraire, pour les officines qui comptent plusieurs adjoints, l'impact de la présence d'adjoints supplémentaires se dilue davantage entre les différents pharmaciens déjà présents dans l'officine et peut donc paraître moins nécessaire pour le titulaire. La modification des seuils légaux de recrutement d'adjoint n'impacterait donc que faiblement les officines de petite taille.

Ainsi, si le seuil actuel de 1,3M€ était abaissé à 1M€, une minorité d'officines serait impactée. Pour les officines ayant moins de 1,3M€ de CA, seules 21% d'entre elles seraient concernées par une obligation de recrutement supplémentaire. Ce chiffre croît à mesure que le CA s'accroît mais demeure relativement faible, puisque sur les 5 288 officines retenues pour cette étude d'impact seulement 512 seraient contraintes de recruter un adjoint supplémentaire, soit seulement 10%. Un abaissement des seuils ne fragiliserait donc pas le réseau mais permettrait de sécuriser le stock d'emplois de pharmacien. En effet, en abaissant le seuil à 1M€, le stock minimal d'emplois de pharmaciens passerait de 39 445 actuellement à 45 734.

**Graphique : Pourcentage d'officines concernées par un changement de seuil du nombre d'adjoints par tranche de CA et nombre d'officines ayant servies à l'étude**



Source : Mission

## Annexe VI

Si l'on s'intéresse au maillage actuel, le réseau plutôt bien doté en officine favorise très nettement l'emploi. En appliquant l'hypothèse d'un regroupement des officines dès lors qu'elles sont en surnuméraire par rapport à la réglementation (4 611 officines concernées) et d'une fermeture pour celles qui ne répondent pas au seuil minimum de population (4 377 officines concernées), le stock minimal d'emploi de pharmaciens serait alors de 27 457 postes, soit pratiquement équivalent au nombre de titulaires actuellement (27 109). Si l'on suppose que seuls les regroupements intra-communaux ont lieu et que les officines ouvertes sur des communes dont la population est inférieure à 2 500 habitants demeurent, alors le stock minimal d'emplois de pharmacien s'établirait à 36 143. Un scénario plus modéré où l'on considère une réduction de 20% du nombre d'officines dans les communes qui comptent au moins 30% d'officines en plus des critères légaux actuels d'installation pour les nouvelles officines ramènerait le stock minimal d'emplois de pharmacien à 38 194.

La mission a également évalué l'impact d'une baisse du CA moyen sur le stock minimal d'emplois de pharmacien. Sur 3 scénarios de baisse -1%, -5% et -10% l'impact sur le stock minimal d'emploi est quasiment linéaire et de même proportion que la baisse du CA.

**Tableau : évolution du stock minimal d'emplois de pharmacien selon différents scénarios de regroupements et d'évolution du CA**

Choc sur CA	Stock d'emploi minimal	Réseau actuel, soit 21 433 officines	Réseau réglementaire théorique (par application mécanique des seuils populationnels)	Réseau avec regroupements intra-communaux seulement	Réduction de 20% du nombre d'officines dans les communes qui comptent au moins 30% d'officines en trop
Aucun	seuil actuel	39 445	27 457	36 143	38 194
Aucun	seuil à 1M€	45 734	35 694	43 649	45 719
-1%	seuil actuel	39 208	27 182	35 835	37 979
-1%	seuil à 1M€	45 484	35 337	43 092	45 305
-5%	seuil actuel	38 077	26 084	34 797	37 031
-5%	seuil à 1M€	44 405	33 909	41 858	44 092
-10%	seuil actuel	36 614	24 711	33 023	35 733
-10%	seuil à 1M€	43 075	32 124	40 336	42 339

Source : mission

### 3.3.2. Les craintes sur l'acquisition naissent essentiellement des conditions de cession

Les pharmaciens expriment des inquiétudes sur leur devenir. Nombre d'entre eux estiment qu'ils auront des difficultés à céder leur officine. Sur les 3 893 professionnels interrogés, 58% pensent qu'il leur sera difficile de vendre leur officine.

**Tableau : Anticipez-vous des difficultés pour la cession de votre officine ?**

	Oui	Non	Ne sais pas
Nombre	2258	558	1077
%	58%	14%	28%
Age moyen	50,3	49,2	48,2

Source : Questionnaire professionnels IGAS-IGF

## Annexe VI

Les principales difficultés avancées sont tout d'abord économiques. Il leur paraît quasi certain qu'ils vendront en moins-values, le marché s'étant dégradé, les prix des officines ayant baissé et les financements plus difficiles à obtenir pour l'installation. L'attractivité des territoires est également citée que ce soit dans le cas d'un territoire où l'offre médicale se désertifie ou de territoires économiquement fragiles. Enfin, les officines de très petite taille sont également réputées plus difficiles à vendre.

De manière générale, la pérennité de l'activité n'est pas remise en cause ainsi que le montre l'annexe relative à la situation économique et financière des officines, même les données de chiffres d'affaires et de marge sont souvent mises en avant par la profession. L'inquiétude est essentiellement associée à la valorisation de l'officine (qui est dans la plupart des cas indexée sur le chiffre d'affaires de l'officine concernée) et aux conséquences d'une vente à moindre prix lors du départ en retraite du titulaire. Les niveaux de pension obligatoire étant faibles pour les titulaires d'officine<sup>14</sup>, la vente de l'officine est souvent perçue comme un capital retraite important. Ce modèle avait sa logique dans un paradigme économique de croissance de la valorisation des officines, mais s'essouffle, voire se fissure, dans le cas actuel de baisse de valorisation des fonds officinaux.

Dans un modèle où la vente du fonds de commerce, base du capital retraite, est incertaine, une réflexion devrait être engagée sur l'évolution du niveau de cotisation retraite des titulaires. Ceci contribuerait à dissocier l'investissement dans le fonds de commerce de l'activité professionnelle.

---

<sup>14</sup> Ceux-ci ont des niveaux de cotisation très bas.

**PIECE JOINTE 1 A L'ANNEXE 6 RELATIVE  
A LA DEMOGRAPHIE ET AUX  
ASPIRATIONS DE LA PROFESSION DE  
PHARMACIEN D'OFFICINE**

**Questionnaire adressé aux étudiants**



<b>1. QUESTIONS 1, 2 ET 3 : FACULTE D'ORIGINE, ANNEE ET SEXE :</b>	<b>1</b>
<b>2. QUESTIONS 4 ET 5 : CHOIX DE LA FILIERE PHARMACIE ET DE LA SPECIALISATION</b>	<b>2</b>
<b>3. QUESTIONS 6 ET 7 : 3 POSSIBILITES SELON REPONSES PRECEDENTES :</b>	<b>3</b>
3.1. Choix de la filière officine : Quelles en sont les raisons :	3
3.2. Choix non effectué : Comment jugez-vous l'attractivité de la filière :	3
3.3. Autres filières : Quelles furent les raisons qui vous ont poussé à exclure la filière officine	3
<b>4. QUESTION 8 : POUR VOUS ETRE SALARIE D'OFFICINE :</b>	<b>4</b>
<b>5. PENSEZ-VOUS QUE VOTRE FORMATION VOUS DONNE OU DONNERA LES BASES SUFFISANTES POUR ASSURER LA GESTION D'UNE PHARMACIE</b>	<b>5</b>
<b>6. QUESTION CONDITIONNELLE, SELON LA REPONSE A LA QUESTION PRECEDENTE :</b>	<b>6</b>
6.1. Si réponse Oui, pensez-vous toutefois que des enseignements supplémentaires seraient utiles (question à choix multiples) :	6
6.2. Si réponse Non, quels enseignements supplémentaires vous semblent indispensables (question à choix multiples)	6
<b>7. ENVISAGEZ-VOUS D'ACQUERIR VOTRE OFFICINE</b>	<b>7</b>
<b>8. SI ACQUISITION DE L'OFFICINE EST ENVISAGEE, C'EST :</b>	<b>8</b>
<b>9. LES MOTIVATIONS DU CHOIX SONT LES SUIVANTES :</b>	<b>9</b>
<b>10. SI ACQUISITION NON ENVISAGEE, C'EST :</b>	<b>10</b>
<b>11. DANS QUELLE(S) TYPE(S) D'OFFICINE SOUHAITERIEZ-VOUS IDEALEMENT DEVENIR TITULAIRE ? (QUESTION A CHOIX MULTIPLES) :</b>	<b>14</b>
<b>12. RAISONS (QUESTION A CHOIX MULTIPLES)</b>	<b>15</b>
<b>13. QUELLE(S) TYPE(S) D'OFFICINE VOUS SEMBLE(NT) LE(S) PLUS VIABLE(S) ECONOMIQUEMENT :</b>	<b>17</b>
<b>14. COMMENT AVEZ-VOUS OU ENVISAGEZ-VOUS D'ACQUERIR VOTRE OFFICINE :</b>	<b>18</b>
<b>15. SERIEZ-VOUS PRET A REPENDRE UNE PHARMACIE VIABLE ECONOMIQUEMENT DANS DES TERRITOIRES PERIPHERIQUES (VILLAGE, CAMPAGNE, BANLIEUE...)</b>	<b>18</b>



### 1. Questions 1, 2 et 3 : Faculté d'origine, année et sexe :

	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	femme	homme	Total
Amiens : Université de Picardie Jules Verne	22	13	19	11	11	41	35	76
Angers : Université d'Angers	20	11	17	6	3	31	26	57
Besançon : UFR Sciences Médicales et Pharmaceutiques SMP, Université de Franche Comté	2	6	3	3	5	11	8	19
Bordeaux : Faculté de Pharmacie, Université Victor Segalen Bordeaux 2	0	5	4	7	3	8	11	19
Caen : UFR des Sciences Pharmaceutiques, Université de Caen Basse Normandie	19	22	13	7	11	43	29	72
Châtenay-Malabry : Faculté de Pharmacie, Paris Sud 11	4	8	6	4	7	16	13	29
Clermont-Ferrand : Faculté de pharmacie de Clermont Ferrand	26	38	13	7	11	60	35	95
Dijon : Université de Bourgogne	0	1	4	1	4	3	7	10
Grenoble : UFR de Pharmacie de Grenoble	1	8	8	17	3	24	13	37
Lille : Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	12	12	15	17	15	34	37	71
Limoges : Faculté de Pharmacie, Université de Limoges	1	1	0	2	3	1	6	7
Lyon : Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	4	13	6	4	8	15	20	35
Marseille : Faculté de Pharmacie, Université de la Méditerranée, AIX-MARSEILLE II	23	15	10	3	7	32	26	58
Montpellier : Faculté de Pharmacie, Université de Montpellier I	49	21	6	13	7	55	41	96
Nancy : Faculté de Pharmacie de Nancy, Université Henri Poincaré	23	30	16	11	5	59	26	85
Nantes : UFR des Sciences Pharmaceutiques, Université de Nantes	23	26	23	23	17	75	37	112
Paris V : Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université René Descartes	13	17	5	3	10	24	24	48
Poitiers : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers	1	2	6	13	12	21	13	34
Reims : UFR de Pharmacie, Université Champagne Ardenne	37	31	24	17	6	67	48	115
Rennes : Faculté de Pharmacie de Rennes	1	1	5	1	5	9	4	13
Rouen : Site de l'Université de Rouen	26	23	12	15	12	56	32	88
Strasbourg : Faculté de Pharmacie, Université Louis Pasteur	16	19	19	10	6	38	32	70
Toulouse : Faculté De Pharmacie, Université Paul Sabatier	8	14	8	13	14	35	22	57
Tours : Faculté de Pharmacie Philippe Maupa, Université François Rabelais	28	23	24	13	4	58	34	92
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>360</b>	<b>266</b>	<b>221</b>	<b>189</b>	<b>816</b>	<b>579</b>	<b>1395</b>

## 2. Questions 4 et 5 : Choix de la filière pharmacie et de la spécialisation

	Certain, avant de débiter la PACES	Effectué en cours de la PACES, en raison de l'intérêt pour les sujets	Par défaut, à l'issue de la PACES, vos résultats ne vous permettraient pas d'aller dans une filière que vous jugiez plus attractive
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>518</b>	<b>261</b>
Total Femme	390	281	145
Total Homme	226	237	116
<b>en %</b>	<b>44%</b>	<b>37%</b>	<b>19%</b>
Femme	48%	34%	18%
Homme	39%	41%	20%

	Industrie	Internat	Choix non encore effectué	Passerelle médecine/dentaire
Officine	594	298	187	22
	43%	21%	13%	2%

	Effectué en cours de la PACES, en raison de l'intérêt pour les sujets				Par défaut, à l'issue de la PACES, vos résultats ne vous permettraient pas d'aller dans une filière que vous jugiez plus attractive				
	Officine	Industrie	Internat	Choix non encore effectué	Officine	Industrie	Internat	Choix non encore effectué	Passerelle médecine/dentaire
Certain, avant de débiter la PACES									
Officine	57%	18%	18%	7%	32%	21%	23%	18%	6%
Total									

### 3. Questions 6 et 7 : 3 possibilités selon réponses précédentes :

#### 3.1. Choix de la filière officine : Quelles en sont les raisons :

Intérêt pour le métier	Influence familiale (proche ayant une officine...)	Par défaut, en raison de votre classement ou de votre peu d'intérêt pour les autres spécialisations	Influence des enseignants	Ne sais pas
555	71	43	11	8

Avant votre choix de spécialisation, trouvez-vous que la filière « officine » était présentée par les enseignants de manière :

Positive	Négative	Neutre	Ne sais pas
145	140	279	30

#### 3.2. Choix non effectué : Comment jugez-vous l'attractivité de la filière :

Très bonne, les aspects du métier m'intéressent fortement	Moyenne, le métier est intéressant mais les perspectives économiques semblent mauvaises	Moyenne, le métier est peu intéressant mais les perspectives économiques semblent attractives	Faible, les aspects du métier m'intéressent peu	Ne sais pas
34	119	9	15	10

Trouvez-vous que la filière « officine » est présentée par les enseignants de manière :

Positive	Négative	Neutre	Ne sais pas
47	26	100	14

#### 3.3. Autres filières : Quelles raisons qui vous ont poussé à exclure la filière officine

Forte appétence pour la filière choisie	Perspectives économiques maussades pour les officines (risque de chômage ou difficultés à racheter une pharmacie)	Peu d'intérêt pour le métier	Les autres spécialisations étaient mieux valorisées	Influence des enseignants	Ne sais pas
355	362	212	123	32	6

Avant votre choix de spécialisation, trouvez-vous que la filière « officine » était présentée par les enseignants de manière :

Positive	Neutre	Négative	Ne sais pas
195	319	61	39

Fin pour cette population

#### 4. Question 8 : Pour vous être salarié d'officine :

10 personnes ayant choisi la spécialisation officine et 6 personnes n'ayant pas choisi encore leur spécialisation filière ont arrêté le questionnaire à ce stade. L'échantillon poursuivant les réponses est ainsi constitué :

	Un homme	Une femme	Total
Officine	232	352	584
Choix non encore effectué	67	114	181
<b>Total</b>	<b>299</b>	<b>466</b>	<b>765</b>

	garantit un bon équilibre vie privée / vie professionnelle	garantit un bon équilibre entre l'exercice du métier de pharmacien (conseil aux patients, relation..) et des responsabilités moins lourdes (pénales, administratives, fiscales....)	n'offre pas suffisamment de perspectives d'évolution	est mal payé	présente le risque d'être confronté au chômage	Ne sais pas
<b>Total</b>	<b>433</b>	<b>461</b>	<b>320</b>	<b>297</b>	<b>313</b>	<b>18</b>
Un homme	159	150	156	144	133	13
Une femme	274	311	164	153	180	5
<b>En %</b>	<b>57%</b>	<b>60%</b>	<b>42%</b>	<b>39%</b>	<b>41%</b>	<b>2%</b>
Un homme	53%	50%	52%	48%	44%	4%
Une femme	59%	67%	35%	33%	39%	1%

	garantit un bon équilibre vie privée / vie professionnelle	garantit un bon équilibre entre l'exercice du métier de pharmacien (conseil aux patients, relation..) et des responsabilités moins lourdes (pénales, administratives, fiscales....)	n'offre pas suffisamment de perspectives d'évolution	est mal payé	présente le risque d'être confronté au chômage	Ne sais pas
<b>Total</b>	<b>433</b>	<b>461</b>	<b>320</b>	<b>297</b>	<b>313</b>	<b>18</b>
Officine	347	360	237	236	235	7
Choix non encore effectué	86	101	83	61	78	11
<b>En %</b>	<b>57%</b>	<b>60%</b>	<b>42%</b>	<b>39%</b>	<b>41%</b>	<b>2%</b>
Officine	59%	62%	41%	40%	40%	1%
Choix non encore effectué	48%	56%	46%	34%	43%	6%

## 5. Pensez-vous que votre formation vous donne ou donnera les bases suffisantes pour assurer la gestion d'une pharmacie

La population ayant répondu à la question est la suivante :

	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	Total
Officine	79	117	116	130	138	580
Choix non encore effectué	114	57	5	4	1	181
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>174</b>	<b>121</b>	<b>134</b>	<b>139</b>	<b>761</b>

	Officine		Choix non encore effectué	
	Oui	Non	Oui	Non
2ème	17	33	29	42
3ème	26	66	25	23
4ème	20	83	13	4
5ème	40	75	15	3
6ème	19	115	4	1
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>372</b>	<b>86</b>	<b>73</b>
			<b>46</b>	<b>62</b>

	Officine		
	Oui	Non	Ne sais pas
2ème	22%	42%	37%
3ème	22%	56%	21%
4ème	17%	72%	11%
5ème	31%	58%	12%
6ème	14%	83%	3%
Total Officine	21%	64%	15%
<b>Total Officine et choix non effectué</b>	<b>22%</b>	<b>58%</b>	<b>19%</b>

**6.2. Si réponse Non, quels enseignements supplémentaires vous semblent indispensables (question à choix multiples)**

	Formation en économie et gestion	Formation en management et droit du travail	Ne sais pas
Total	397	335	12
en %	89%	75%	3%

Réponses libres « autres enseignements supplémentaires :

Formation centrée sur le patient ! La pratique officinale devra se centrer à l'avenir sur le patient, et non plus le médicament. / Savoir gérer un entretien avec un représentant / Les différents DU / Conseils officinaux / Sociologie / Gestion administrative sécurité sociale mutuelle et négociation avec les laboratoires / Avenir de l'officine sur la santé, intérêt ou pas de faire parti d'un groupement, initiation à la négociation, éducation thérapeutique, suivi des patients / Merchandising / Communication / marketing, négociation avec les labos / comptabilité, droit / Formation en déontologie / Cours de déontologie / expérience de gestion d'équipe nécessaire / DU spécialisé en gestion, management et droit du travail pour les étudiants intéressés / Il serait aussi important d'avoir plus d'entraînement à la délivrance, avoir des ordonnances et nous entraîner au conseil.../ se focaliser sur les médicaments et leur usage au lieu de voir les méthodes d'extraction du dernier anticorps anticancéreux a 20000euros que l'on ne verra jamais ... faire plus de matière spécifique à la pharmacie d'officine que de matière pour l'internat / Conseil officinal en général / Gestion du personnel / Gestion du stock et des commandes, commerce / Phytothérapie / Il faudrait avoir aussi des enseignants qui soit plus près du terrain et beaucoup moins théorique. / Insister sur la Pharmacie clinique / Communication / Il faut mettre beaucoup plus de stages pour connaître la pratique réel en officine /

**6. Question conditionnelle, selon la réponse à la question précédente :**

Oui	Non	Ne sais pas
168	445	148

**6.1. Si réponse Oui, pensez-vous toutefois que des enseignements supplémentaires seraient utiles (question à choix multiples) :**

	Formation en économie et gestion	Formation en management et droit du travail	Ne sais pas
Total	76	35	0
en %	45%	8%	

Réponses libres « autres enseignements supplémentaires :

Non suffisant / Non, cela est suffisant / non, il y a des experts comptables pour gérer ça / Dans le médical plus que la gestion de la pharmacie / Marketing / Davantage de formation à l'analyse d'interactions médicamenteuses / Pharmacie clinique et plus de stage / Non pas besoin de formations supplémentaires / formation en économie à développer / Gestion d'entreprise

## 7. Envisagez-vous d'acquies votre officine

		Officine				Choix non encore effectué					
		Une femme		Un homme		Une femme		Un homme			
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui		
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>44</b>	<b>87</b>	<b>186</b>	<b>15</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>35</b>

	Oui	Non	Ne sais pas
Total officine et choix non effectué		61%	11%
			28%

Pour ceux ayant choisi officine :

		Une femme		Un homme		Total	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
<b>Total officine</b>	<b>63%</b>	<b>13%</b>	<b>25%</b>	<b>81%</b>	<b>7%</b>	<b>70%</b>	<b>10%</b>
				<b>13%</b>		<b>20%</b>	

## 8. Si acquisition de l'officine est envisagée, c'est :

	Tous		Officine		Choix non encore effectué	
	femme	homme	femme	homme	femme	homme
but établi dès votre entrée dans la filière	115	133	105	125	10	8
dépendra des opportunités suite à vos stages et au début de votre activité professionnelle	158	108	134	88	24	20

	Officine		Choix non encore effectué			
	femme	homme	femme	homme		
but établi dès votre entrée dans la filière	46%	62%	48%	67%	31%	30%
dépendra des opportunités suite à vos stages et au début de votre activité professionnelle	63%	51%	61%	47%	75%	74%

Les étudiants qui ont répondu au champ libre autres motivations :

de l'aspect financier / des prêts de la banque et autres problèmes financiers / C'est devenu un but après avoir exercé pendant presque 4 ans un poste en officine et avoir expérimenté le rôle d'adjoint qui est encore trop limité pour ma personnalité. J'ai besoin d'avoir des objectifs et un sentiment de progression qui ne se retrouve pas dans le métier d'adjoint plutôt routinier (ce qui peut être bon pour certains mais ne me correspond pas). / situation financière / évolution de la loi de santé / Dépendra des finances.../ Dépendra de mon apport personnel.../ A raison d'un million d'euros la valeur de la seule licence de pharmacie, il me faudra au moins 25 années d'épargne sur le salaire médian du pharmacien pour espérer avoir l'apport nécessaire .....a moins de gagner au loto ou que vous (IGF, IGAS) nous sortiez enfin de l'enfer des contraintes (devenues interdiction) d'installation ; celle-ci étant illicites selon la CJCE car dérogeant aux principes de libre établissement et ce sans être justifiée ni mesurée ni propre à garantir l'obtention de l'objectif visé sans aller au-delà de ce qui est nécessaire / dans le contexte actuel d'"interdiction d'installation" ..sans argent, pas de pharmacie ....je prie pour gagner au loto ou pour qu'on arrête cette loi stupide injustifiée au sens de la CJCE / Association avec un confrère d'études pour pouvoir gérer une officine selon notre vision de la pharmacie

(développement de la pharmacie clinique) / cela dépendra des opportunités qui se présenteront durant ma carrière, impossible au début de ma vie professionnelle / Nécessité de mettre de l'argent de côté durant plusieurs années auparavant et également trouver le/la bon(ne) associé(e) / Semble difficile quand non issu d'une famille dans le milieu / Ça sera une évolution en milieu de carrière si j'ai l'opportunité / après avoir économisé de l'argent / But d'une vie, mais à très long terme, le temps d'avoir une situation le permettant / Si les finances me le permettent / En fonction des moyens financiers / En fonction des moyens financiers que je disposerai / après quelques années d'expériences / De l'évolution de la manière d'acheter les officines / pharmacie clinique / Apport familial / acquérir son officine permet d'instaurer sa vision de la pharmacie que je veux accès santé (entretien patients etc) quitte à être moins rentable. Ce qui ne serait pas possible dans une autre officine ou l'aspect économique est trop souvent mis en avant / Du financement possible et des conditions économiques / Cela dépendra de l'argent à investir.

## 9. Les motivations du choix sont les suivantes :

	C'est un moyen d'exercer une activité plus variée	C'est un moyen de gagner davantage d'argent	Vous avez le désir d'être chef d'entreprise	Vous avez le désir d'exercer de manière indépendante	Ne sais pas
Choix 1	97	37	152	203	6
Choix 2	122	110	107	147	5
Choix 3	150	147	113	75	2
Choix 4	110	165	104	68	15
Choix 5	24	34	18	9	164
Choix 6	5	11	12	6	295

	C'est un moyen d'exercer une activité plus variée	C'est un moyen de gagner davantage d'argent	Vous avez le désir d'être chef d'entreprise	Vous avez le désir d'exercer de manière indépendante	Ne sais pas
Choix 1	19%	7%	30%	39%	1%
Choix 2	24%	21%	21%	29%	1%
Choix 3	29%	29%	22%	15%	0%
Choix 4	21%	32%	20%	13%	3%
Choix 5	5%	7%	4%	2%	32%
Choix 6	1%	2%	2%	1%	57%

Pour ceux ayant choisi officine, il y a peu de différences :

	Officine	Tous								
	C'est un moyen d'exercer une activité plus variée	19%	C'est un moyen de gagner davantage d'argent	7%	Vous avez le désir d'être chef d'entreprise	32%	Vous avez le désir d'exercer de manière indépendante	38%	Ne sais pas	1%
Choix 1										
Choix 2		25%		21%		20%				1%
Choix 3		30%		28%		21%				0%
Choix 4		19%		33%		21%				3%
Choix 5		5%		7%		3%				1%
Choix 6		1%		2%		2%				1%

## 10. Si acquisition non envisagée, c'est :

Pour les 82 répondants

	Économiques (coût d'achat trop élevé, rentabilité incertaine, compétence de gestion non maîtrisées)	Manque d'accompagnement (informations insuffisantes sur les possibilités d'achat ou d'installation)	Parce que je n'ai pas envie de prendre ce genre de responsabilités	Par souhait de concilier vie privée / vie professionnelle	Peur d'être isolé(e)	Ne sais pas
Choix 1	43	7	16	12	2	2
Choix 2	22	15	14	23	4	2
Choix 3	11	14	26	18	6	1
Choix 4	3	28	9	17	15	1
Choix 5	0	11	9	5	40	7
Choix 6	2	1	2	2	6	58

	Économiques (coût d'achat trop élevé, rentabilité incertaine, compétence de gestion non maîtrisées)	Manque d'accompagnement (informations insuffisantes sur les possibilités d'achat ou d'installation)	Parce que je n'ai pas envie de prendre ce genre de responsabilités	Par souhait de concilier vie privée / vie professionnelle	Peur d'être isolé(e)	Ne sais pas
Choix 1	52%	9%	20%	15%	2%	2%
Choix 2	27%	18%	17%	28%	5%	2%
Choix 3	13%	17%	32%	22%	7%	1%
Choix 4	4%	34%	11%	21%	18%	1%
Choix 5	0%	13%	11%	6%	49%	9%
Choix 6	2%	1%	2%	2%	7%	71%

Pour les 44 femmes et 15 hommes ayant choisi officine mais ne souhaitant pas acquérir leur officine :

	Économiques (coût d'achat trop élevé, rentabilité incertaine, compétence de gestion non maîtrisées)	Manque d'accompagnement (informations insuffisantes sur les possibilités d'achat ou d'installation)	Parce que je n'ai pas envie de prendre ce genre de responsabilités	Par souhait de concilier vie privée / vie professionnelle	Peur d'être isolé(e)	Ne sais pas
Choix 1	28	6	14	10	0	1
Choix 2	19	8	9	18	1	2
Choix 3	7	9	20	14	3	0
Choix 4	3	20	6	10	10	1
Choix 5	0	9	4	0	30	6
Choix 6	1	1	0	2	6	38

Répartition pour les femmes

	Économiques (coût d'achat trop élevé, rentabilité incertaine, compétence de gestion non maîtrisées)	Manque d'accompagnement (informations insuffisantes sur les possibilités d'achat ou d'installation)	Parce que je n'ai pas envie de prendre ce genre de responsabilités	Par souhait de concilier vie privée / vie professionnelle	Peur d'être isolé(e)	Ne sais pas
Choix 1	45%	9%	25%	18%	0%	2%
Choix 2	34%	14%	18%	25%	2%	5%
Choix 3	11%	18%	34%	30%	0%	0%
Choix 4	7%	36%	9%	16%	18%	0%
Choix 5	0%	16%	5%	0%	57%	9%
Choix 6	2%	0%	0%	5%	9%	68%

Répartition pour les hommes

	Économiques (coût d'achat trop élevé, rentabilité incertaine, compétence de gestion non maîtrisées)	Manque d'accompagnement (informations insuffisantes sur les possibilités d'achat ou d'installation)	Parce que je n'ai pas envie de prendre ce genre de responsabilités	Par souhait de concilier vie privée / vie professionnelle	Peur d'être isolé(e)	Ne sais pas
Choix 1	53%	13%	20%	13%	0%	0%
Choix 2	27%	13%	7%	47%	0%	0%
Choix 3	13%	7%	33%	7%	20%	0%
Choix 4	0%	27%	13%	20%	13%	7%
Choix 5	0%	13%	13%	0%	33%	13%
Choix 6	0%	7%	0%	0%	13%	53%

Si acquisition non déterminée :  
Pour l'ensemble des personnes :

	Vous n'avez pas encore opté pour la filière officine	Vous voulez voir si le métier vous plaît avant de vous installer	Vous voulez voir si les perspectives économiques vont changer	Autre	Ne sais pas
Choix 1	64	19	93	33	4
Choix 2	15	75	73	34	9
Choix 3	33	63	32	27	44
Choix 4	21	36	9	40	85
Choix 5	69	8	3	52	52

Pour ceux ayant choisi officine :

	Vous n'avez pas encore opté pour la filière officine	Vous voulez voir si le métier vous plaît avant de vous installer	Vous voulez voir si les perspectives économiques vont changer	Autre	Ne sais pas
Choix 1	4	8	73	27	3
Choix 2	1	44	30	27	8
Choix 3	18	28	9	19	33
Choix 4	15	29	0	11	49
Choix 5	67	1	2	19	12

**11. Dans quelle(s) type(s) d'officine souhaiteriez-vous idéalement devenir titulaire ? (question à choix multiples) :**

Echantillon

	Une femme	Un homme	Un homme	Un homme
Oui			Oui	Ne sais pas
217	120	193		50

		[Officine de centre ville d'une grande agglomération (hors centre commercial)]	[Officine de quartier / banlieue (en périphérie de ville)]	[Officine dans une ville de taille moyenne à proximité d'une grande agglomération]	[Officine de village / campagne]	[Officine de centre commercial]	[Ne sais pas]
Une femme	Oui	36	67	148	126	9	9
	Ne sais pas	35	47	75	62	15	35
Un homme	Oui	48	56	119	107	17	4
	Ne sais pas	7	15	34	25	6	4

		[Officine de centre ville d'une grande agglomération (hors centre commercial)]	[Officine de quartier / banlieue (en périphérie de ville)]	[Officine dans une ville de taille moyenne à proximité d'une grande agglomération]	[Officine de village / campagne]	[Officine de centre commercial]	[Ne sais pas]
Une femme	Oui	17%	31%	68%	58%	4%	4%
	Ne sais pas	29%	39%	63%	52%	13%	29%
Un homme	Oui	25%	29%	62%	55%	9%	2%
	Ne sais pas	14%	30%	68%	50%	12%	8%

## 12. Raisons (question à choix multiples)

	[C'est le type d'officine le plus rentable en termes de chiffre d'affaires]		[C'est le type d'officine accessible financièrement car moins coûteuse à l'achat]		[C'est le type d'officine qui me permet d'exercer comme je le souhaite]		[C'est le type d'officine que je connais]		[C'est le type d'officine qui me permet de concilier mon activité professionnelle avec ma vie conjoint, école des enfants, activité de loisirs]]		[Ne sais pas]c	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
[Officine de centre ville d'une grande agglomération (hors centre commercial)]	27	22	3	2	51	35	27	23	43	27	1	1
[Officine de quartier / banlieue (en périphérie de ville)]	11	14	24	23	97	58	48	26	68	47	2	1
[Officine dans une ville de taille moyenne à proximité d'une grande agglomération]	30	26	42	38	188	131	96	66	132	86	1	2
[Officine de village / campagne]	15	21	45	33	165	117	83	59	105	61	2	2
[Officine de centre commercial]	13	11	3	3	11	12	10	7	12	10	1	1
[Ne sais pas]	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	13	6

	[C'est le type d'officine le plus rentable en termes de chiffre d'affaires]		[C'est le type d'officine accessible financièrement car moins coûteuse à l'achat]		[C'est le type d'officine qui me permet d'exercer comme je le souhaite]		[C'est le type d'officine que je connais]		[C'est le type d'officine qui me permet de concilier mon activité professionnelle avec ma vie conjoint, école des enfants, activité de loisirs]		[Ne sais pas]	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
[Officine de centre ville d'une grande agglomération (hors centre commercial)]	38%	40%	4%	4%	72%	64%	38%	42%	61%	49%	1%	2%
[Officine de quartier / banlieue (en périphérie de ville)]	10%	20%	21%	32%	85%	82%	42%	37%	60%	66%	2%	1%
[Officine dans une ville de taille moyenne à proximité d'une grande agglomération]	13%	17%	19%	25%	84%	86%	43%	43%	59%	56%	0%	1%
[Officine de village / campagne]	8%	16%	24%	25%	88%	89%	44%	45%	56%	46%	1%	2%
[Officine de centre commercial]	54%	48%	13%	13%	46%	52%	42%	30%	50%	43%	4%	4%
[Ne sais pas]	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	25%	0%	25%	30%	75%

**13. Quelle(s) type(s) d'officine vous semble(nt) le(s) plus viable(s) économiquement :**

		[Officine de centre ville d'une grande agglomération]	[Officine de quartier / banlieue]	[Officine dans une ville de taille moyenne à proximité d'une grande agglomération]	[Officine de village / campagne]	[Officine de centre commercial]	[Ne sais pas]
Une femme	Oui	90	67	88	76	97	14
	Ne sais pas	58	26	45	25	58	18
Un homme	Oui	74	55	92	67	104	15
	Ne sais pas	24	12	24	9	29	5

		[Officine de centre ville d'une grande agglomération]	[Officine de quartier / banlieue]	[Officine dans une ville de taille moyenne à proximité d'une grande agglomération]	[Officine de village / campagne]	[Officine de centre commercial]	[Ne sais pas]
Une femme	Oui	41%	31%	41%	35%	45%	6%
	Ne sais pas	48%	22%	38%	21%	48%	15%
Un homme	Oui	38%	28%	48%	35%	54%	8%
	Ne sais pas	48%	24%	48%	18%	58%	10%

**14. Comment avez-vous ou envisagez-vous d'acquérir votre officine :**

	[Seul(e)]	[En association avec d'autres pharmaciens]	[Avec le support d'un groupement]	[Ne sais pas]
Une femme	Oui 75	140	45	44
	Ne sais pas 18	72	26	43
Un homme	Oui 81	147	48	14
	Ne sais pas 9	29	7	18

	[Seul(e)]	[En association avec d'autres pharmaciens]	[Avec le support d'un groupement]	[Ne sais pas]
Une femme	Oui 35%	65%	21%	20%
	Ne sais pas 15%	60%	22%	36%
Un homme	Oui 42%	76%	25%	7%
	Ne sais pas 18%	58%	14%	36%

**15. Seriez-vous prêt à reprendre une pharmacie viable économiquement dans des territoires périphériques (village, campagne, banlieue...)**

	Oui	Non	Non, sauf si des dispositifs incitatifs (réduction d'impôt, aide à l'installation...) sont mis en place	Ne sais pas
Une femme	Oui 165	9	29	14
	Ne sais pas 73	3	30	14
Un homme	Oui 136	6	46	5
	Ne sais pas 30	1	13	6

	Oui	Non	Non, sauf si des dispositifs incitatifs	Ne sais pas

				(réduction d'impôt, aide à l'installation ...) sont mis en place	
Une femme	Oui	76%	4%	13%	6%
	Ne sais pas	61%	3%	25%	12%
Un homme	Oui	70%	3%	24%	3%
	Ne sais pas	60%	2%	26%	12%



**PIECE JOINTE 2 A L'ANNEXE 6 RELATIVE  
A LA DEMOGRAPHIE ET AUX  
ASPIRATIONS DE LA PROFESSION DE  
PHARMACIEN D'OFFICINE**

**Questionnaire adressé aux titulaires  
d'officine**



<b>1.</b>	<b>VOUS CONNAITRE.....</b>	<b>1</b>
1.1.	Age et sexe ?.....	1
1.2.	A quel âge êtes-vous devenu titulaire d'une officine ? (menu déroulant entre 24 et 60 ans, puis >60ans) .....	1
<b>2.</b>	<b>CONNAITRE VOTRE OFFICINE .....</b>	<b>2</b>
2.1.	Quel est le statut juridique de l'officine dont vous êtes titulaire ?.....	2
2.2.	Avez-vous des parts dans une autre officine et dans quelles proportions ?.....	2
2.3.	Zone d'implantation de votre officine et structure juridique .....	3
2.4.	Quel est le département d'implantation de votre officine ? .....	4
<b>3.</b>	<b>LES MISSIONS DU PHARMACIEN .....</b>	<b>5</b>
3.1.	Parmi les missions suivantes, quelles sont celles que vous estimez pratiquer régulièrement ? (choix multiple).....	5
3.2.	Effectuez-vous régulièrement des tâches pour lesquelles vous ne percevez aucune rémunération/paiement ? (ex. orientation des patients vers des professionnels de santé, petits soins en dépannage, déplacement à domicile, ...) .....	6
<b>4.</b>	<b>LES OPERATIONS DE TRANSFERT/REGROUPEMENT/ACHAT/CESSION.....</b>	<b>7</b>
4.1.	Opérations conduites au cours des 5 dernières années et Part ayant eu des difficultés pour les mener : (choix multiples) .....	7
4.2.	Nature des difficultés (choix multiples) .....	8
4.3.	Cette ou ces opérations ont-elles nécessité le dépôt d'un dossier à l'ARS ? .....	9
<b>5.</b>	<b>LA CESSATION D'ACTIVITE .....</b>	<b>9</b>
5.1.	A quel âge aimeriez-vous arrêter votre activité de titulaire d'officine ? menu déroulant (55 à 70 ans, puis >70ans) .....	9
5.2.	Anticipez-vous des difficultés pour la cession de votre officine ?.....	10



## 1. Vous connaître

### 1.1. Age et sexe ?

	< 25 ans	25 - 30 ans	30 - 35 ans	35 - 40 ans	40 - 45 ans	45 - 50 ans	50 - 55 ans	55 - 60 ans	60 - 65 ans	65 - 70 ans	> 70 ans	Total
Tous	4	69	265	481	494	571	721	792	398	86	12	3893
Homme	0	41	152	282	252	303	363	441	244	61	6	2145
Femme	4	28	113	199	242	268	358	351	154	25	6	1748
Tous	0%	2%	7%	12%	13%	15%	19%	20%	10%	2%	0%	
Homme	0%	2%	7%	13%	12%	14%	17%	21%	11%	3%	0%	
Femme	0%	2%	6%	11%	14%	15%	20%	20%	9%	1%	0%	

### 1.2. A quel âge êtes-vous devenu titulaire d'une officine ? (menu déroulant entre 24 et 60 ans, puis >60ans)

	< 25 ans	25 - 30 ans	30 - 35 ans	35 - 40 ans	40 - 45 ans	45 - 50 ans	50 - 55 ans	55 - 60 ans	60 - 65 ans	65 - 70 ans	> 70 ans	Total
Tous	174	1464	1254	613	240	112	32	4	0	0	0	3893
Homme	94	905	718	262	103	50	10	3	0	0	0	2145
Femme	80	559	536	351	137	62	22	1	0	0	0	1748
Tous	4%	38%	32%	16%	6%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	
Homme	4%	42%	33%	12%	5%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	
Femme	5%	32%	31%	20%	8%	4%	1%	0%	0%	0%	0%	

## 2. Connaître votre officine

### 2.1. Quel est le statut juridique de l'officine dont vous êtes titulaire ?

	exploitation individuelle		exploitation en association					
	commerçant	EURL ou SARL unipersonnelle autre	SELARL	SNC	autre SEL	SARL hors SARL unipersonnelle	autre société	indivision
Nombre	816	1115	948	351	77	155	20	9
%	59,5%	81,3%	69,1%	25,6%	5,6%	11,3%	1,5%	0,7%
Age moyen	56	49	45	53	42	47	51	55
Age moyen acquisition	32	33	33	33	33	33	33	30
Masculin	440	575	566	199	50	102	11	7
Femmes	376	540	382	152	27	53	9	2

### 2.2. Avez-vous des parts dans une autre officine et dans quelles proportions ?

Nbr pluri prop	Parts dans 1 officine	Parts dans 2 officines	Parts dans 3 officines	Parts dans 4 officines
365	284	55	20	6
9%	7%	1%	1%	0%

	1 seule officine		2 officines		3 officines			4 officines			
	Titulaire	Supp	Titulaire	Supp	Titulaire	Supp 1	Supp 2	Titulaire	Supp 1	Supp 2	Supp 3
0 à 10%	29	4	42	4	0	8	8	0	0	0	0
10 à 25%	45	5	64	5	4	13	22	0	1	0	3
25 à 35%	55	7	20	7	3	7	5	0	1	1	0
35 à 49%	39	5	139	5	1	24	17	1	4	5	2
49 à 65%	900	102	7	102	21	2	1	1	0	0	0
65 à 75%	41	5	2	5	3	1	2	0	0	0	0
75 à 99%	100	25	7	25	1	0	0	3	0	0	1
100%	2319	131	3	131	22	0	0	1	0	0	0

### 2.3. Zone d'implantation de votre officine et structure juridique

	Commune de plus de 50 000 habitants	Commune de 15 000 à 50 000 habitants	Commune de 2 500 à 15 000 habitants en zone rurale	Commune de 2 500 à 15 000 habitants en zone urbaine	Commune de moins de 2 500 habitants en zone rurale	Commune de moins de 2 500 habitants en zone urbaine
Tous	681	690	1004	507	985	26
exploitation individuelle	390	406	544	290	690	13
exploitation en association	291	284	460	217	295	13

	Commune de plus de 50 000 habitants	Commune de 15 000 à 50 000 habitants	Commune de 2 500 à 15 000 habitants en zone rurale	Commune de 2 500 à 15 000 habitants en zone urbaine	Commune de moins de 2 500 habitants en zone rurale	Commune de moins de 2 500 habitants en zone urbaine
Tous	17%	18%	26%	13%	25%	1%
exploitation individuelle	10%	10%	14%	7%	18%	0%
exploitation en association	7%	7%	12%	6%	8%	0%

#### 2.4. Quel est le département d'implantation de votre officine ?

Dpt	expl indiv	expl asso	Dpt	expl indiv	expl asso	Dpt	expl indiv	expl asso	Dpt	expl indiv	expl asso
01 Ain	32	25	33 Gironde	76	70	66 Pyrénées-Or	11	11	16		
02 Aisne	13	17	34 Hérault	22	34	67 Bas-Rhin	36	36	22		
03 Allier	29	7	35 Ille-et-Vilaine	28	19	68 Haut-Rhin	28	28	18		
04 Alpes-de-Hte-Provence	4	1	36 Indre	9	11	69 Rhône	62	62	56		
05 Hautes-Alpes	5	0	37 Indre-et-Loire	40	22	70 Haute-Saône	16	16	16		
06 Alpes-Maritimes	10	6	38 Isère	46	35	71 Saône-et-Loire	49	49	30		
07 Ardèche	18	5	39 Jura	24	14	72 Sarthe	3	3	9		
08 Ardennes	12	13	40 Landes	23	19	73 Savoie	17	17	14		
09 Ariège	12	10	41 Loir-et-Cher	17	10	74 Haute-Savoie	30	30	14		
10 Aube	20	11	42 Loire	65	32	75 Paris	37	37	17		
11 Aude	13	9	43 Haute-Loire	14	7	76 Seine-Maritime	64	64	38		
12 Aveyron	12	7	44 Loire-Atlantique	7	5	77 Seine-et-Marne	24	24	13		
13 Bouches-du-Rhône	49	54	45 Loiret	43	13	78 Yvelines	33	33	9		
14 Calvados	21	27	46 Lot	8	4	79 Deux-Sèvres	28	28	17		
15 Cantal	17	5	47 Lot-et-Garonne	22	10	80 Somme	21	21	18		
16 Charente	26	13	48 Lozère	4	1	81 Tarn	18	18	13		
17 Charente-Maritime	39	23	49 Maine-et-Loire	8	6	82 Tarn-et-Garonne	9	9	8		
18 Cher	12	14	50 Manche	17	18	83 Var	6	6	12		
19 Corrèze	8	1	51 Marne	20	14	84 Vaucluse	8	8	11		
21 Côte-d'Or	35	21	52 Haute-Marne	9	9	85 Vendée	8	8	2		
22 Côtes-d'Armor	22	9	54 Meurthe-et-Moselle	42	26	86 Vienne	23	23	11		
23 Creuse	1	1	55 Meuse	12	10	87 Haute-Vienne	3	3	2		
24 Dordogne	39	23	56 Morbihan	26	22	88 Vosges	24	24	8		
25 Doubs	50	15	57 Moselle	28	37	89 Yonne	32	32	19		
26 Drôme	25	27	58 Nièvre	12	9	90 Belfort	10	10	6		
27 Eure	20	18	59 Nord	114	44	91 Essonne	14	14	17		
28 Eure-et-Loir	23	21	60 Oise	28	19	92 Hauts-de-Seine	22	22	12		
29 Finistère	44	25	61 Orne	17	10	93 Seine-Saint-Denis	14	14	13		

2A Corse-du-Sud	4	2	62	Pas-de-Calais	73	45	94	Val-de-Marne	25	6
2B Haute-Corse	2	4	63	Puy-de-Dôme	43	18	95	Val-d'Oise	15	8
30 Gard	22	17	64	Pyrénées-Atl	39	25	971	Guadeloupe	2	1
31 Haute-Garonne	33	33	65	Hautes-Pyrénées	16	11	974	Réunion	5	4
32 Gers	12	7								

### 3. Les missions du pharmacien

#### 3.1. Parmi les missions suivantes, quelles sont celles que vous estimez pratiquer régulièrement ? (choix multiple)

	Contribuer aux soins de premier recours	Participer à la mission de service public de permanence des soins	Participer à la coopération entre professionnels de santé de votre territoire	Proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.	Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé	Renouveler des traitements chroniques, à la demande du médecin ou avec son accord	Participer à l'éducation thérapeutique et à des actions d'accompagnement de patients	Assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social (ex. Ehpad)	Effectuer des bilans de médication	Aucune	Pas de réponse
Choix 1	659	815	197	900	54	328	565	48	26	8	93
Choix 2	462	570	203	773	128	437	688	71	50	0	111
Choix 3	516	443	262	705	180	443	565	92	81	1	159
Choix 4	535	442	305	548	250	388	453	69	124	0	369
Choix 5	642	508	317	309	280	291	404	79	70	2	721

	Contribuer aux soins de premier recours	Participer à la mission de service public de permanence des soins	Participer à la coopération entre professionnels de santé de votre territoire	Proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.	Ajuster des posologies	Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé	Renouveler des traitements chroniques, à la demande du médecin ou avec son accord	Participer à l'éducation thérapeutique et à des actions d'accompagnement de patients	Assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social (ex. Ehpad)	Effectuer des bilans de médication	Aucune	Pas de réponse
Choix 1	17%	21%	5%	23%	5%	1%	8%	15%	1%	1%	0%	2%
Choix 2	12%	15%	5%	20%	10%	3%	11%	18%	2%	1%	0%	3%
Choix 3	13%	11%	7%	18%	11%	5%	11%	15%	2%	2%	0%	4%
Choix 4	14%	11%	8%	14%	11%	6%	10%	12%	2%	3%	0%	9%
Choix 5	16%	13%	8%	8%	7%	7%	7%	10%	2%	2%	0%	19%

**3.2. Effectuez-vous régulièrement des tâches pour lesquelles vous ne percevez aucune rémunération/paiement ? (ex. orientation des patients vers des professionnels de santé, petits soins en dépannage, déplacement à domicile, ...)**

Oui	Non
-----	-----

#### 4. Les opérations de transfert/regroupement/achat/cession

##### 4.1. Opérations conduites au cours des 5 dernières années et Part ayant eu des difficultés pour les mener : (choix multiples)

	[Regroupement de votre officine avec une ou plusieurs autres officines]	[Transfert de votre officine au sein de votre commune]	[Transfert de votre officine d'une commune à une autre]	[Cession de votre officine]	[Acquisition d'une nouvelle officine pour en devenir titulaire]	[Acquisition de parts dans une autre officine, dont vous n'êtes pas titulaire]	[Rachat-fermeture d'une autre officine à proximité de la vôtre]	[Rachat-fermeture de votre officine]	[Changement de la nature juridique de votre officine]	[Aucune démarche effectuée au cours des 5 dernières années]
Total	126	474	13	187	462	247	138	43	544	2287
% des répondants	3%	12%	0%	5%	12%	6%	4%	1%	14%	59%
Nbr ayant eu des difficultés	78	287	11	118	229	106	72	31	245	
% avec difficultés par type d'opération	62%	61%	85%	63%	50%	43%	52%	72%	45%	

#### 4.2. Nature des difficultés (choix multiples)

	[Difficulté à définir l'opération (lieu, montant, problème d'entente avec les éventuels associés...)]	[Difficulté à financer l'opération]	[Difficulté à trouver un acheteur / un vendeur / un partenaire]	[Difficulté à monter l'opération du point de vue juridique et financier]	[Dossier d'autorisation auprès de l'ARS complexe à remplir]	[Durée excessive des démarches à conduire]	[Recours/contentieux de la part d'autres pharmaciens contre votre opération]	<b>Total</b>
[Regroupement de votre officine avec une ou plusieurs autres officines]	11	30	15	33	27	35	17	168
[Transfert de votre officine au sein de votre commune]	36	138	9	104	131	166	75	659
[Transfert de votre officine d'une commune à une autre]	1	4	2	4	5	4	3	23
[Cession de votre officine]	24	56	78	44	9	33	4	248
[Acquisition d'une nouvelle officine pour en devenir titulaire]	36	154	54	85	42	97	15	483
[Acquisition de parts dans une autre officine, dont vous n'êtes pas titulaire]	14	56	17	54	29	47	21	238
[Rachat-fermeture]	19	41	9	36	26	24	5	160



entre 65 et 67 ans	373	239	134
entre 67 et 70 ans	208	149	59
Au-delà	125	96	29

### 5.2. Anticipez-vous des difficultés pour la cession de votre officine ?

	Oui	Non	Ne sais pas
Nombre	2258	558	1077
%	58%	14%	28%
Age moyen	50,3	49,2	48,2

## **ANNEXE VII**

### **Les opérations sur les licences d'officine**



# SOMMAIRE

<b>1. LA LICENCE D'OFFICINE, PRE-REQUIS INDISPENSABLE A L'EXPLOITATION D'UN COMMERCE OFFICINAL .....</b>	<b>1</b>
1.1. La licence d'officine .....	1
1.2. Les critères d'implantation d'une officine .....	1
1.2.1. Critères de seuils populationnels.....	1
1.2.2. Critère de desserte optimale de la population résidente.....	2
<b>2. LES OPERATIONS SUR LICENCE.....</b>	<b>4</b>
2.1. Les opérations de transfert.....	4
2.2. Les regroupements.....	4
2.3. Les rachats-fermetures.....	5
2.4. Le délai de 5 ans avant de pouvoir effectuer de nouvelles démarches.....	6
<b>3. RETOURS DE LA PROFESSION ET DES PARTIES PRENANTES SUR LES DIFFERENTES OPERATIONS.....</b>	<b>6</b>
3.1. Quelques constats sur la complexité des opérations .....	6
3.2. Fluidifier la réorganisation du maillage officinal.....	8
3.2.1. Favoriser les regroupements.....	8
3.2.2. Encourager les rachats fermetures.....	9
3.2.3. Assouplir la réglementation .....	9
3.2.4. Faciliter les transferts.....	13



## 1. La licence d'officine, pré-requis indispensable à l'exploitation d'un commerce officinal

### 1.1. La licence d'officine

L'exploitation d'un commerce officinal est nécessairement associée à une licence délivrée par l'Agence régionale de santé. Cette licence détermine le lieu d'exploitation de l'officine (« *La licence fixe l'emplacement où l'officine sera exploitée.* » (Art. L5125-6 du code de la santé publique - CSP)).

Le CSP régit de façon précise les opérations sur les licences, qui doivent être approuvées par l'ARS après consultation et avis de diverses parties prenantes, notamment, le Conseil de l'Ordre régional, les syndicats professionnels et le préfet de département.

Il existe aujourd'hui, France entière, environ 22 000 licences officinales, mais ce nombre diminue régulièrement depuis le début des années 2000. L'ordre et les syndicats de pharmaciens mettent fortement en avant la réduction du nombre de licences (« une pharmacie ferme tous les deux jours »). Ce chiffre correspond en fait au nombre de restitutions de licences soit du fait d'une fermeture sèche sans repreneur (autour d'un tiers des cas de restitution de licence), soit dans le cadre d'opérations entre pharmaciens (regroupement, rachat fermeture).

### 1.2. Les critères d'implantation d'une officine

#### 1.2.1. Critères de seuils populationnels

##### ◆ Les nouvelles installations

Pour pouvoir implanter une nouvelle officine, soit par voie de création, soit par voie de transfert, différents seuils populationnels sont définis à l'article L5125-11 du CSP<sup>1</sup>.

L'installation d'une officine est possible pour les communes dépourvues d'officine, dès lors que la population recensée est au moins égale à 2500 habitants (respectivement 3500 habitants pour les départements relevant de l'article L5125-13).

Pour les communes de plus de 2500 habitants disposant déjà d'une officine, l'installation d'une ou d'autres officines est possible par tranche entière supplémentaire de 4500 habitants.

Enfin, dans les zones franches urbaines - territoires entrepreneurs, les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les zones de redynamisation, ainsi que dans les zones de revitalisation rurale, l'ouverture d'une officine peut être autorisée en application des seuils précédemment énumérés<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Pour les départements de Guyane, Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin, voir l'article L5125-13 du CSP.

<sup>2</sup> D'après l'article L5125-11 du code de la santé publique :

« 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 2 500.

L'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2 500 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 4 500 habitants recensés dans la commune.

## Annexe VII

### ◆ Les officines déjà implantées

Il n'existe pas de règles visant à réguler l'implantation des officines déjà installées lorsque les seuils populationnels présentés ci-dessus ne sont pas respectés (ex. commune dont la population décline et passe sous le seuil de 2 500 habitants). C'est ce qui explique que plus de la moitié des communes équipées d'une officine ont moins de 2 500 habitants et que la majorité des communes françaises sont en situation de surdensité au regard des critères populationnels présentés ci-dessus.

**Les règles actuels conduisent donc plus à réguler - dans les faits, au regard de la densité actuelle du maillage, limiter - les flux de nouvelles installations (à savoir les nouveaux pharmaciens souhaitant s'installer comme titulaire) qu'à piloter en lui-même le maillage officinal existant dont la structure et la densité est largement plus le produit de l'histoire et des réglementations passées que d'un pilotage actuel par l'administration.**

### 1.2.2. Critère de desserte optimale de la population résidente

Une fois le critère de seuil établi, l'implantation de l'officine est déterminée de manière à « répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines. » (Article L5125-3 du CSP). Le lieu d'implantation peut, le cas échéant, être déterminé par le directeur général de l'ARS afin « d'assurer une desserte optimale de la population résidant à proximité de l'emplacement de la future officine » (Article L5125-3 du CSP).

Ce critère de desserte optimale de la population résidant dans le quartier d'accueil de l'officine peut s'avérer délicat, notamment lorsqu'il ne correspond pas aux besoins de consommation des usagers. Au cours de ses investigations, la mission a, entre autres, interrogé diverses associations d'usagers, certains ayant des besoins spécifiques, notamment en termes d'accessibilité, par exemple l'Association des Paralysés de France (APF). De ces entretiens, il est ressorti que les usagers pouvaient avoir des souhaits et des besoins d'implantation pour les officines variés au regard desquels le critère de desserte optimale de la population résidente pouvait apparaître inadéquat.

---

*Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert dans cette commune.*

*Dans les communes qui sont dépourvues d'officine ou dans les zones franches urbaines - territoires entrepreneurs, les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les zones de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ainsi que dans les zones de revitalisation rurale définies par l'article 1465 A du code général des impôts, l'ouverture d'une officine peut être autorisée par voie de création si les conditions prévues au premier, deuxième ou troisième alinéa sont remplies depuis au moins deux ans à compter de la publication d'un recensement mentionné à l'article L. 5125-10 et si aucune décision autorisant cette ouverture par voie de transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai. »*

## Annexe VII

En effet, en l'état, une lecture littérale de la réglementation impose que les officines soient installées au cœur des zones de résidence, ce qui prend mal en compte des facteurs tels que l'accessibilité, les zones de consommation, les lieux de travail... Les nouvelles officines créées ou transférées doivent donc s'installer en cœur de ville ou de quartier et ce alors même qu'il peut déjà y avoir des officines présentes et que cela peut induire des emplacements restreignant les possibilités d'aménagement des locaux et d'accès (ex. places de stationnement, embouteillages). L'installation dans un centre commercial est de fait rendue délicate si le centre commercial n'est pas à proximité immédiate de résidences<sup>3</sup>. L'APF, mais aussi l'association « Libre Choix des Usagers<sup>4</sup> » défendaient toutefois ces types de pharmacies, arguant qu'elles offraient les commodités de stationnement alliées à une très grande accessibilité (escalier roulant, espace de confidentialité, plus grands espaces entre les rayons...). Une analyse comparable pourrait être faite sur l'installation d'officines sur les lieux de passage comme par exemple les gares.

De même, ce critère ne permet pas aux pharmaciens de commune de taille modeste de s'excentrer du cœur de ville pour acquérir des locaux plus adaptés à leur activité ou s'installer à proximité d'un centre ou d'une maison de santé, et ce alors même qu'aucune règle n'encadre le lieu d'implantation de ces autres structures de santé. La mission a ainsi auditionné divers pharmaciens ayant souhaité installer leur officine dans un lieu permettant soit d'améliorer leur desserte en offrant notamment de meilleures conditions de stationnement et d'accueil de la patientèle (installation dans une zone d'activité, en bordure de ville sur une voie passante...) soit de se rapprocher d'autres professionnels de santé et plus particulièrement de maison de santé. Dans les différents cas, l'opération a été contestée en justice par d'autres pharmaciens, voire n'a pas été approuvée par l'ARS, celle-ci anticipant une suite contentieuse au dossier.

Ce critère, in fine très protecteur pour les officines déjà implantées, répond mal aux besoins variés et évolutifs de la population : en effet, cette dernière a en quelques décennies fortement accru ses capacités de mobilité.

A cela s'ajoute un autre critère variable selon les régions : l'existence (ou non) d'un arrêté de distance minimum entre officines. Le CSP prévoit ainsi à l'article L5125-6 que « *le directeur général de l'agence régionale de santé peut imposer une distance minimum entre l'emplacement prévu pour la future officine et l'officine existante la plus proche.* ». Ces arrêtés peuvent, selon les configurations urbanistiques des communes, avoir pour conséquences de contraindre l'installation des officines dans des lieux préjudiciables à l'activité car mal desservis ou n'offrant pas de local adéquat. La mission a identifié des cas où l'application croisée du critère de desserte optimale de la population résidente et d'un arrêté de distance minimum conduisait à des situations frisant l'absurdité : ainsi, une officine à la banlieue d'un grand pôle urbain souhaitant quitter le centre bourg d'une commune très dense en officines vers une commune nouvelle dont les seuils populationnels permettaient l'installation d'une nouvelle officine ne parvient pas à s'implanter dans la nouvelle commune du fait de l'application d'un arrêté de distance minimum<sup>5</sup> contraignant le titulaire à s'installer soit au milieu des champs soit dans une zone pavillonnaire sans local adapté ni densité populationnelle suffisante pour assurer la pérennité économique de la nouvelle officine<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> A titre d'illustration des situation que cela induit, des pharmaciennes ayant installé leur officine au sein d'un centre commercial, et bénéficiant d'un fort soutien de ses usagers, sont en procédure contentieuse avec d'autres officines depuis près de 15 ans pour l'une et 10 ans pour l'autre au motif que l'installation au cœur d'un centre commercial ne répond pas au critère optimal de desserte de la population résidente.

<sup>4</sup> L'association a adressé en avril 2016 un courrier au Président de la République pour défendre l'implantation des pharmacies libérales au sein des centres commerciaux.

<sup>5</sup> 400 mètres pour le cas d'espèce.

<sup>6</sup> Le transfert a été mis en suspens par le titulaire quand la mission menait ses investigations.

## 2. Les opérations sur licence

### 2.1. Les opérations de transfert

Les opérations de transfert sont soumises aux mêmes exigences que les créations de licence (contraintes de seuils et d'implantation). Elles bénéficient toutefois de la primauté sur les créations de licence en cas de dépôt conjoint de dossier dans les deux ans qui suivent le dépassement d'un seuil populationnel. Cette mesure vise à favoriser le redéploiement des zones denses en officine vers des zones moins denses. L'opération de transfert s'accompagne de la restitution de la licence d'origine et de l'octroi d'une nouvelle licence associée au nouvel emplacement.

Ces opérations de transfert sont peu nombreuses non seulement des risques contentieux importants décrits précédemment mais aussi du fait de la densité forte du maillage actuel. Les pharmacies à proximité de la pharmacie nouvellement transférée contestant fréquemment l'autorisation accordée par l'ARS invoquent en général sur deux motifs : le premier, présenté dans la partie précédente est un non respect du critère de desserte optimale des populations résidentes, le second est construit autour de la notion d'abandon des populations résidentes.

En effet, concernant ce second point, le CSP comporte deux notions relatives à l'abandon de population : il est précisé à l'article L5125-14 que « *le transfert d'une pharmacie peut s'effectuer dans une autre commune à condition que la commune d'origine comporte moins de 2500 habitants si elle n'a qu'une seule pharmacie ou nombre d'habitants par pharmacie supplémentaire inférieur à 4500* » ; par ailleurs l'article L.5125-16 indique que la fermeture définitive d'une officine « *ne doit pas avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier concerné.* ». Les officines contestataires opposent alors l'abandon des populations résidentes dans la commune ou le quartier d'origine.

Les faibles zones possibles de transfert et la complexité des règles expliquent que les transferts soient rares, en particulier en intercommunal.

### 2.2. Les regroupements

Les opérations de regroupement sont prévues à l'article L.5125-15 du CSP : elles consistent au rassemblement de plusieurs officines en un même lieu. Si le lieu retenu n'est pas celui d'une des officines impliquées, alors le regroupement s'accompagne d'un transfert ce qui le soumet aux règles précédemment énumérées. Le regroupement de plusieurs pharmacies ne doit pas compromettre l'approvisionnement en médicament des populations résidentes concernées.

A l'issue du regroupement, une nouvelle licence est attribuée à la nouvelle officine, les précédentes étant restituées à l'ARS et « gelées » pour une période de 12 ans.

Ces opérations étant soumises aux règles précédemment décrites en particulier pour les transferts (ex abandon des populations d'origine), certains regroupements peuvent être refusés par l'ARS. Cela explique la rareté de ces opérations : sur la deuxième moitié de l'année 2015, seulement 20 regroupements ont été effectués sur la France entière.

## Annexe VII

La complexité de l'ensemble de ces règles et les risques contentieux consécutifs à une décision de l'ARS peuvent induire des pratiques de contournement de pharmaciens par lesquelles l'administration perd toute capacité de régulation du réseau. Ainsi, la mission a identifié un cas où, pour ne pas être soumis à ces contraintes, un titulaire a habilement contourné la réglementation sur les regroupements : ce titulaire a d'abord acquis des parts dans une autre officine à proximité, tout en demeurant titulaire de son officine d'origine. Puis le titulaire a procédé à la fermeture de son ancienne officine tout en conservant le local pendant au moins un an (durée de conservation par l'ARS d'une licence après fermeture de l'officine) afin de s'assurer que la licence rendue ne puisse être exploitée à nouveau ; il est dans le même temps devenu titulaire de l'officine dans laquelle il avait pris des parts. Cette opération qui dans les faits revient à faire un regroupement n'a dès fait l'objet d'aucune décision de l'ARS et n'a par conséquent été attaqué par personne. La prolongation de un à cinq ans de la conservation de la licence par l'ARS après fermeture d'une officine serait de nature à éviter ces stratégies d'optimisation (car cela nécessiterait de conserver les locaux antérieurs pendant au moins 5 ans, sans quoi un autre pharmacien serait en droit de reprendre la licence à la même adresse).

### 2.3. Les rachats-fermetures

Dans une opération dite de « rachat-fermeture », un titulaire, ou plusieurs, rachète la licence d'un de ses confrères afin de fermer l'officine et de rationaliser l'offre pharmaceutique locale. Sur la deuxième moitié de l'année 2015, on recense près de 22 opérations de rachats-fermetures.

Ce nombre croissant mais relativement faible s'explique par les freins associés à ce type d'opération. Les principaux freins tiennent au fait que, si l'officine à racheter souffre d'une défaillance de gestion, d'une charge financière liée à un coût d'acquisition trop élevé ou de l'absence probable de repreneur, le concurrent ne voit guère d'intérêt à effectuer un rachat-fermeture sachant que l'officine concernée pourrait potentiellement disparaître d'elle-même sans que le concurrent n'ait rien à dépenser<sup>7</sup>. A cela s'ajoute le fait que, pour reprendre les termes d'un interlocuteur de la mission, avec un rachat-fermeture, certains pharmaciens ont l'impression d'acheter « du vent » dans la mesure où rien ne garantit que la clientèle rachetée ne reporte sa consommation sur l'officine qui a organisé à l'opération.

C'est donc avant tout la crainte de voir apparaître un éventuel repreneur qui incite les pharmaciens restant à effectuer une opération de rachats-fermetures.

---

<sup>7</sup> Le risque de voir un repreneur arriver est en revanche une incitation à s'engager dans un rachat-fermeture.

## 2.4. Le délai de 5 ans avant de pouvoir effectuer de nouvelles démarches

Le CSP prévoit, à l'article L.5125-7, un délai de 5 ans avant qu'une officine ayant été nouvellement créée, transférée ou regroupée puisse faire l'objet d'une nouvelle opération, y compris la cession totale ou partielle de sa propriété. On notera toutefois que « *cette disposition n'est pas applicable aux personnes physiques ou morales détenant une partie du capital social et des droits de vote d'une société d'exercice libéral de pharmaciens d'officine* ». Ce délai qui s'exerce sauf cas de force majeure constaté par le directeur général de l'ARS peut s'avérer extrêmement préjudiciable pour la restructuration du réseau. En effet, il peut dissuader des processus de regroupement par étape, où le succès du regroupement de deux pharmacies pourrait ensuite inciter une troisième à rejoindre le regroupement. Il peut aussi dissuader certaines opérations où le titulaire âgé ne souhaite pas s'engager pour cinq années supplémentaires dans son activité. Enfin dans une moindre mesure, il peut encourager les « contournements réglementaires » tels que décrit dans l'exemple précédent où un pharmacien s'était exonéré des formalités d'un regroupement en procédant à la fermeture de son officine après avoir acquis des parts dans une autre pharmacie à proximité. Ce gel d'opérations pendant cinq peut s'avérer extrêmement préjudiciable pour certains pharmaciens : ainsi la mission a rencontré une titulaire qui contrainte de transférer son officine dans le cas d'un plan de réaménagement urbain s'est retrouvée obligée de repousser son départ à la retraite de quelques années par rapport à son projet initial car la réglementation lui interdisait une cession partielle ou totale de son officine. Cela n'encourage pas non plus les pharmaciens à changer de locaux pour se mettre aux normes (ex. accessibilité, zone de confidentialité).

## 3. Retours de la profession et des parties prenantes sur les différentes opérations

### 3.1. Quelques constats sur la complexité des opérations

Il y a eu en 2015, selon les chiffres de l'ordre 183 restitutions de licence. L'Ordre a transmis à la mission le détail des 85 opérations réalisées entre juillet et décembre 2015. Leur répartition donnée dans le tableau ci-dessous montre le faible taux de liquidations judiciaires (seulement 8%). On notera également le très faible volume d'opérations au regard du nombre global d'officines.

**Tableau : répartition des opérations ayant conduit à une restitution de licence entre juillet et décembre 2015**

	Cession	Regroupement	Restitution de licence	Liquidation judiciaire
Total France	21	20	36	7
en %	25%	24%	42%	8%

Source : CNOP

L'Ordre a également fourni les éléments de contexte justifiant des opérations :

- Pour les cessions, il s'agit principalement d'officines en surnuméraire qui cèdent leur clientèle ;
- Pour les regroupements, il s'agit encore essentiellement d'officines en surnuméraire, dans un cas cela fait suite à la disparition du prescripteur ;

## Annexe VII

- Pour les restitutions de licence, c'est principalement des pharmaciens qui ne trouvent pas de repreneur lors de leur départ en retraite et, plus marginalement, des pharmaciens expropriés ou en fin de bail ;
- Pour les liquidations judiciaires, seule une pharmacie a indiqué le motif et il s'agirait d'une mauvaise gestion.

En plus des entretiens que la mission a effectués auprès de titulaires d'officine et qui ont pu être cités dans les parties précédentes, la mission a interrogé par la voie d'un questionnaire électronique les pharmaciens titulaires pour identifier les opérations qu'ils ont pu mener et les difficultés associées.

3 893 professionnels ont ainsi répondu au questionnaire et environ un tiers a effectué des démarches au cours des 5 dernières années. Les principales démarches effectuées étaient un transfert intra communal, l'acquisition d'une officine pour en devenir titulaire et le changement de nature juridique de l'officine.

Parmi les différentes démarches effectuées, les opérations de transfert, de regroupement et de rachat-fermeture sont celles pour lesquelles les pharmaciens concernés ont éprouvé le plus souvent des difficultés. Pour ces démarches, les pharmaciens qui ont répondu ont notamment souligné la complexité des démarches auprès de l'ARS et leur durée excessive. Une part non négligeable des répondants ont précisé dans un champ de réponse libre qu'une piste d'amélioration reposait sur une simplification des démarches administratives et une sécurisation des procédures vis-à-vis des recours éventuels.

**Tableau : Réponse aux questions quelles opérations avez-vous réalisées au cours des cinq dernières années et avez-vous éprouvé des difficultés à les mener ?**

	[Regroupement de votre officine avec une ou plusieurs autres officines]	[Transfert de votre officine au sein de votre commune]	[Transfert de votre officine d'une commune à une autre]	[Cession de votre officine]	[Acquisition d'une nouvelle officine pour en devenir titulaire]	[Acquisition de parts dans une autre officine, dont vous n'êtes pas titulaire]	[Rachat-fermeture d'une autre officine à proximité de la vôtre]	[Rachat-fermeture de votre officine]	[Changement de la nature juridique de votre officine]	[Aucune démarche effectuée au cours des 5 dernières années]
Total	126	474	13	187	462	247	138	43	544	2287
% des répondants	3%	12%	0%	5%	12%	6%	4%	1%	14%	59%
Nbr ayant eu des difficultés	78	287	11	118	229	106	72	31	245	NA
% avec difficultés par type d'opération	62%	61%	85%	63%	50%	43%	52%	72%	45%	NA

Source : questionnaire IGAS / IGF

Si les opérations ont pour but d'optimiser le maillage du réseau, leur complexité et leur coût, notamment en conseils juridiques et financiers, peuvent apparaître dissuasifs.

## 3.2. Fluidifier la réorganisation du maillage officinal

### 3.2.1. Favoriser les regroupements

Deux mesures pourraient grandement faciliter les regroupements d'officines, en particulier dans les zones en surdensité officinale. Elles concernent les locaux des officines qui se regroupent et l'amortissement des travaux engagés dans le cadre d'un regroupement.

Actuellement, les regroupements sont rares dans les zones surdensées car il est difficile d'agrandir le local d'une des officines objet du regroupement ou de trouver un nouveau local plus grand pour s'installer : non seulement les locaux disponibles sont rares et chers mais aussi, du fait de la forte concurrence, les pharmaciens qui entreprennent ce type de démarche s'exposent généralement à des procédures contentieuses longues et coûteuses de la part d'autres pharmaciens contestant l'opération de transfert.

Afin d'encourager malgré tout le regroupement de plusieurs officines, la possibilité de conserver les différents locaux, par définition non contigus, des officines antérieures, devrait être étudiée. Cela permettrait à la nouvelle officine de posséder différents points de vente ou bien un lieu de stockage découplé du lieu de vente. En effet, cela sécuriserait les pharmaciens engagés dans l'opération pour qui la clientèle d'un point de vente fermé aurait moins le risque de se reporter sur une officine concurrente. Cela permettrait de plus de prendre en compte un des principaux facteurs pour lesquels les regroupements sont rares en milieu urbain : la rareté des locaux de grande taille disponible. Pour des questions de logistique, il ne semble toutefois pas raisonnable d'autoriser qu'une officine possède, après regroupement(s), plus de deux points de vente. Au cas par cas et zone géographique par zone géographique, l'ARS devrait déterminer la distance raisonnable entre les deux locaux. Une telle mesure pourrait conduire à déconnecter physiquement les stocks d'un point de vente de médicaments ou à spécialiser un point de vente sur certaines prestations spécifiques (ex. entretien pharmaceutique, orthopédie,...). La possibilité de spécialiser chaque local constituerait une incitation positive au regroupement pour les pharmaciens volontaires dans la mesure où elle offrirait des perspectives de développement qui n'existent pas actuellement pour les pharmacies.

Cette mesure présente un avantage important : elle permet une recomposition du réseau en diminuant le risque de contentieux dans la mesure où aucun changement de localisation n'intervient, il serait donc délicat pour un recourant d'apporter la démonstration qu'il y a un intérêt à agir pour déposer un recours contre cette opération. Etant donné l'innovation que représente une telle mesure, une phase d'expérimentation, en concertation avec les représentants de la profession, serait utile dans certains territoires en surdensité officinale forte. En effet, cette recommandation ne nécessite pas obligatoirement de remettre en cause la règle imposant une contiguïté entre le lieu de stockage et le lieu de vente<sup>8</sup> mais la mission considère qu'un assouplissement de la réglementation sur ce point serait utile.

Une deuxième mesure d'incitation au regroupement consisterait à autoriser un amortissement anticipé des frais de travaux occasionnés par un regroupement. A ce jour, ces frais sont échelonnés sur dix années. La possibilité offerte aux officines opérant des regroupements de les réaliser sur 5 ans amènerait plus rapidement de la trésorerie à la structure née du regroupement. Cette mesure présenterait de plus un coût limité pour les finances publiques.

---

<sup>8</sup> D'après l'article R. 5125-9 du code de santé publique, « les locaux de l'officine forment un ensemble d'un seul tenant y compris pour ce qui concerne les activités spécialisées d'optique-lunetterie, d'audioprothèse et d'orthopédie. Toutefois, des lieux de stockage peuvent se trouver à proximité immédiate, à condition qu'ils ne soient pas ouverts au public et ne comportent ni signalisation, ni vitrine extérieure ».

## Annexe VII

Cette mesure pourrait être étendue aux travaux intervenant à l'occasion d'un transfert afin d'accroître les incitations à opérer des transferts et des installations en QPV. La mission considère néanmoins que le principal obstacle aux transferts n'est pas aujourd'hui financier mais est lié à la quasi saturation du territoire en officine au regard des seuils populationnels réglementaire d'installation de nouvelles officines et à la récurrence des contentieux lors des opérations de transfert.

Certains acteurs rencontrés par la mission ont par ailleurs fait mention d'une mesure plus ponctuelle à même d'améliorer les conditions dans lesquelles s'opère un regroupement : le maintien des cartes professionnelles des pharmaciens concernés par un regroupement tant que la nouvelle carte de professionnel de santé n'a pas été éditée par l'assurance maladie. En effet, en l'absence d'une telle mesure, il existerait un risque réel de rupture de prise en charge qui contraint les pharmacies concernées à revenir à une prise en charge papier sans possibilité d'effectuer le tiers payant, situation qui représente une réelle détérioration de la qualité de service aux patients des pharmacies concernées.

Il a également été suggéré par les ARS d'accroître la durée de « gel » des licences cédées dans le cadre des regroupements. Pour rassurer le professionnel qui se lance dans ce type d'opération, il pourrait y avoir un gel des licences restituées pendant une période plus longue qu'elle ne l'est actuellement (12 ans). Ceci semble peu pertinent car les évolutions de population sur une période de 12 ans peuvent être considérables et donc nécessiter l'ouverture d'une nouvelle licence. Par ailleurs, il semble peu probable que les pharmaciens ne conduisent pas une opération de ce type par la seule crainte de voir le paysage concurrentiel évoluer à horizon 12 ans.

### 3.2.2. Encourager les rachats fermetures

Un certain nombre d'acteurs du secteur officinal souhaiteraient encourager les rachats-fermeture via la possibilité pour une pharmacie d'amortir la clientèle rachetée à une officine restituant alors sa licence. La possibilité d'amortir un actif immatériel semble toutefois difficilement envisageable dans la mesure où cela créerait un précédent spécifique pour les pharmaciens vis-à-vis d'autres professions (notaire, avocat,...). Une suppression des droits de mutation dans le cadre d'un rachat fermeture pourrait être toutefois envisagée voire testée pendant un temps limité, en restreignant l'opération à des zones identifiées comme surdenses selon des critères nationaux. Le fait de la cantonner à une durée déterminée limiterait les effets d'aubaine et serait un élément d'incitation provisoire permettant une accélération de la restructuration du réseau (ex. niches fiscales à extinction automatique, sauf reconduction, d'ici 5 ans).

Le critère national utilisé pour définir la surdensité pourrait être les seuils populationnels retenus dans le code en se centrant sur les communes de plus de 2 500 habitants : si une commune a un nombre d'officines supérieur, elle serait considérée comme surdense et donc éligible à ce dispositif incitatif de rachats-fermetures.

### 3.2.3. Assouplir la réglementation

- ◆ La notion de desserte optimale de la population

## Annexe VII

La mission considère qu'il est nécessaire de revoir le critère de desserte optimale des populations résidentes qui aujourd'hui répond mal aux besoins et nouveaux modes de déplacement des populations (ex. besoin de pouvoir aisément se stationner, articulation avec les lieux d'implantation des autres services en santé<sup>9</sup>, voire des autres commerces, implantation sur des nœuds de transport tels que des gares) et est source de nombreux contentieux. En réalité, une desserte réellement optimale ne correspond souvent pas à une installation au cœur du lieu de résidence. Notons d'ailleurs qu'une grande partie du réseau officinal hérité de l'histoire a conduit les officines à s'installer non pas uniquement à proximité des lieux d'habitation (ce qui les aurait conduit à s'implanter par exemple au cœur de zones pavillonnaires, ce qui est très rarement le cas) mais aussi, et parfois surtout, sur des lieux associant à l'époque habitation et passage (ex. centre-bourg, axe routier principal d'une commune). Cette notion d'optimalité suivant la résidence des populations empêche dès lors au réseau de suivre l'évolution des besoins de la population. Les acteurs de la profession sont très attachés tant à l'existence de ce critère d'optimalité qu'à sa définition étroite centrée sur la résidence ; cependant il est apparu à la mission que cet attachement ne repose pas tant sur la pertinence du critère en lui-même, pertinence d'ailleurs mal connue, que sur la volonté de préserver les chiffres d'affaires des officines déjà installées.

Deux options sont alors possibles pour faire évoluer ce critère de desserte optimale de la population :

- Conserver la notion de desserte optimale mais en l'élargissant à d'autres dimensions que la population résidente : il serait ainsi envisageable de tenir compte non pas seulement de la résidence mais aussi des usages et habitudes de la population (lieux de passage usuels, lieux de consommation, lieux d'implantation des autres services en santé, etc.). Une concertation pilotée par la DGOS et réunissant le collège des représentants des usagers de la conférence nationale de santé et les représentants de la profession pourrait initier la réflexion sur l'élargissement de la notion d'optimalité dans la réglementation.
- Supprimer la notion de desserte optimale : pour les communes où il n'y a qu'une seule officine, il serait souhaitable d'autoriser un choix libre d'implantation infracommunale des pharmacies. Dans les communes où il y a plus d'une officine, des expérimentations de cette suppression pourraient être initiées sur différents territoires au cours des cinq prochaines années afin d'évaluer leur impact avant une éventuelle généralisation.

Les deux options présentées ici (élargissement de la notion d'optimalité et suppression du critère) ne sont pas alternatives mais peuvent être conjuguées : ainsi, on peut imaginer la suppression du critère dans toutes les communes où il n'y a qu'une seule officine et l'élargissement de la notion d'optimalité dans toutes les autres.

- ◆ Le critère d'abandon de population

---

<sup>9</sup> Ainsi, l'installation des maisons de santé se fait souvent en périphérie de commune et non en centre bourg.

## Annexe VII

Toute demande de transfert d'officine est appréciée au regard non seulement de la pertinence du lieu d'arrivée mais aussi de l'impact sur la population du lieu d'origine. Le transfert ne doit en effet pas compromettre l'approvisionnement en médicament de la population de la commune ou du quartier d'origine. Ce critère d'abandon de population n'étant pas défini de façon précise conduit à des situations problématiques : en effet, il empêche certains pharmaciens de quitter une zone en déclin ou générant insuffisamment d'activité. La mission a ainsi identifié plus d'une centaine d'officines dont la zone théorique d'influence couvre une population inférieure à 1000 habitants (près de 330 couvrent une zone théorique d'influence inférieure à 1500 habitants) : parmi ces situations, un certain nombre de cas concerne des officines très isolées dont le départ compliquerait fortement l'approvisionnement en médicaments de la population (du fait d'un grand éloignement à tout autre officine) : l'enjeu pour ces officines est de parvenir à leur maintien (cf. ci-dessus) ; cependant on recense bon nombre de situations où ces officines, qui génèrent de faibles chiffres d'affaires, ne desservent aucune autre commune que la leur du fait de la présence d'autres officines à proximité.

Les ARS devraient avoir la marge de manœuvre d'autoriser le transfert d'une officine dès lors que l'offre pharmaceutique est suffisante sur la base d'une distance moyenne à l'officine la plus proche, que la population desservie par l'officine dans sa zone théorique d'influence passe sous un seuil à déterminer ou que celle-ci démontre que sa clientèle moyenne sur une année est inférieure à un autre seuil également à définir.

- ◆ La prise en compte des populations des communes avoisinantes dans les zones sous denses

Par ailleurs, il serait plus pertinent dans les territoires sous denses de prendre en compte l'ensemble des populations potentiellement concernées dans le cadre d'un transfert ou d'une création sur une zone donnée (cf. population dans la zone théorique d'influence de la future officine) et non pas seulement celle de la commune d'installation potentielle de la nouvelle officine. Ceci reviendrait à prendre en considération les communes avoisinantes non équipées comme cela a pu être le cas jusqu'au milieu des années 2000<sup>10</sup>. Pour ce faire, l'ARS devrait pouvoir construire sa décision sur le temps d'accès des populations à l'officine la plus proche suivant un raisonnement s'appuyant sur la « zone théorique d'influence » de la commune à équiper (cf. annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires). L'ARS pourrait rendre visible dans le schéma « pharmacie » détaillée précédemment les communes où une telle installation pourrait être autorisée.

A titre d'illustration, suivant les contours des zones théoriques d'influence des communes actuellement équipées d'une officine, 137 communes possèdent aujourd'hui une officine<sup>11</sup> (exceptionnellement deux ou trois) alors que l'application des critères populationnels à leur zone théorique d'influence les autoriserait à en avoir une de plus (la commune centre et les communes avoisinantes non équipées pour lesquelles la commune centres est la plus proche commune équipée regroupent plus de 7 000 habitants). Parmi celles-ci, 58 concernent des communes centres de moins de 2 500 habitants.

---

<sup>10</sup> Jusqu'en 2007, le code prévoyait la possibilité, pour les communes de moins de 2 500 habitants, qu'une création soit autorisée, dès lors qu'un arrêté préfectoral définissait une zone de desserte dont l'addition des population communales permettait d'atteindre le seuil de 2 500 habitants (L'article L.5125-11 en vigueur jusqu'au 22 décembre 2007).

<sup>11</sup> Sans surprise, ces officines dégagent des chiffres d'affaires nettement plus élevées que la moyenne (la médiane du chiffre d'affaires par commune est de 2,3 millions d'euros).

## Annexe VII

Afin de ne pas déstabiliser les officines déjà installées, il faudra s'assurer que le transfert d'une nouvelle officine dans une commune non équipée de moins de 2 500 habitants ne conduit pas à réduire sous les critères populationnels réglementaires la population de la zone théorique d'influence des communes équipées les plus proches.

- ◆ Les arrêtés de distance minimale entre officines

Concernant les arrêtés de distance minimale entre deux officines pris dans certaines régions, la mission considère que ces arrêtés devraient mieux prendre en compte les spécificités urbanistiques de chaque commune. En effet, la mission a relevé des cas où l'application de ce critère de distance minimale conduisait à des situations absurdes contraignant une nouvelle officine, dont l'installation était légalement possible au regard de la croissance de la population de la commune, à s'installer dans des champs ou au milieu d'une zone pavillonnaire dénué de tout local commercial. Sans prôner la suppression de tous ces arrêtés de distance minimale, la mission s'interroge fortement sur leur pertinence et appelle donc un réexamen de l'utilité de ces arrêtés par l'administration.

- ◆ L'interdiction de toute opération pendant 5 ans après une première opération

L'interdiction de réaliser toute opération pendant 5 ans à partir de la dernière opération réalisée peut apparaître dissuasive, surtout pour des pharmaciens proches de l'âge de la retraite. Le seul élément avancé pouvant justifier cette interdiction tient à ce que certains acteurs dénomment un « risque de spéculation ». La mission considère que cela n'est pas un risque mais doit au contraire être recherché dans un contexte où il y a une volonté de restructurer le réseau. Or cette interdiction est un frein à certaines opérations de rapprochement par crainte de ne pouvoir effectuer d'éventuelles opérations ultérieures.

- ◆ Une sécurisation juridique est également indispensable

Sur le plan juridique, une réflexion sur les processus des recours est également à engager et une évolution apparaît souhaitable afin d'une part de développer les voies de conciliation et d'autre part de limiter les préjudices sociaux et financiers consécutifs aux décisions juridiques.

Aussi, une première mesure pourrait être d'imposer une conciliation préalable entre le requérant et le titulaire d'officine mis en cause pour une opération donnée. Cette conciliation préalable, réalisée sous l'égide de l'Ordre des pharmaciens, devrait permettre de limiter les recours au juge lorsqu'il y a un risque de contentieux.

Ensuite, si le juge donne raison au(x) requérant(s), alors l'exécution de la décision du juge devrait pouvoir être suspendue en cas de recours sur cette décision lorsque celle-ci présente une menace pour l'emploi. Cette approche nécessite une modification législative mais semble indispensable pour limiter les risques sociaux liés à une décision du juge administratif qui serait remise en cause par la juridiction d'appel.

Ainsi, l'assouplissement du critère de desserte optimale de la population résidente, associé à l'obligation d'une conciliation préalable au recours contentieux et à une suspension des décisions du juge administratif en cas d'appel devraient permettre d'une part de réduire les recours, de sécuriser les décisions des ARS et de réduire les risques sur l'emploi en cas de retrait de licence décidé dans la juridiction de premier niveau. Ces éléments de sécurisation juridique des opérations apparaissent indispensables à la restructuration du réseau.

### 3.2.4. Faciliter les transferts

Si la notion de desserte optimale n'était pas revue suivant les recommandations faites ci-dessus, il conviendrait de trouver d'autres voies pour faciliter les transferts d'officine. En effet, il est pour le moins regrettable que les règles actuelles compliquent, pour ne pas dire empêchent, les transferts d'officine vers des lieux permettant de mieux répondre aux besoins de la population. Il existe un principe d'antériorité selon lequel le premier pharmacien ayant déposé à l'ARS une demande de transfert sur une commune est prioritaire pour initier une installation sur cette commune. La mission a cependant recensé des cas où, du point de vue de l'ARS, le choix de localisation du premier demandeur n'était pas nécessairement le meilleur. Il serait dès lors souhaitable que, dans les cas où l'ARS l'estimerait justifié (ex. commune pouvant légalement recevoir le transfert d'une nouvelle officine, création d'une maison de santé sur une commune), elles soient en mesure de lancer un appel à projet visant à l'installation d'une officine à proximité d'un lieu déterminé, et ce sans créer plus d'officines qu'il n'en existe déjà sur la commune ou plus d'officines que ce que permettent les critères réglementaires de nombre d'officines suivant la taille de la population.

Cette mesure présenterait de plus l'intérêt de rendre visible sur les sites Internet des ARS, via l'appel à projet, les possibilités de transfert, ce qui n'est pas aujourd'hui le cas.



## **ANNEXE VIII**

### **La délivrance de médicaments en dehors des officines**



# SOMMAIRE

<b>1. MODALITES D'ACCES AUX MEDICAMENTS.....</b>	<b>1</b>
1.1. Réglementation européenne.....	1
1.2. Réglementation française.....	1
1.3. Acteurs actuels.....	1
1.4. Acteurs potentiels entrant.....	2
<b>2. MEDICAMENTS AU DOMICILE : DISPENSATION ET PORTAGE.....</b>	<b>2</b>
2.1. Réglementation européenne.....	2
2.2. Réglementation française.....	2
2.3. Etat des lieux / Expérimentation.....	3
2.3.1. <i>Dispensation à domicile</i> .....	3
2.3.2. <i>Portage</i> .....	3
<b>3. MEDECINS PROPHARMACIENS.....</b>	<b>4</b>
3.1. Réglementation.....	4
3.2. Etat des lieux.....	4
<b>4. VENTE EN LIGNE.....</b>	<b>6</b>
4.1. Réglementation européenne.....	8
4.2. Les transpositions de l'Etat français.....	8
4.2.1. <i>Une transposition très contraignante</i> .....	8
4.2.2. <i>Les arrêts et ordonnance du conseil d'Etat</i> .....	9
4.2.3. <i>Les avis de l'Autorité de la concurrence</i> .....	10
4.3. Etat des lieux de la vente en ligne.....	10
4.3.1. <i>En France</i> .....	10
4.3.2. <i>En Europe</i> .....	11
4.4. Les sites frauduleux.....	12



## Annexe VIII

*La présente annexe traite de la délivrance du médicament en dehors du lieu physique de l'officine. Elle aborde les questions de dispensation-portage à domicile, de médecins pharmaciens ainsi que de vente par internet. Elle ne traite cependant pas de l'accès aux médicaments dans les établissements de santé et médico-sociaux (ex. Ehpad).*

*Les principales sources utilisées dans la présente annexe sont la législation et jurisprudence européenne ainsi que le code de santé publique français, de la documentation fournies par l'autorité de la concurrence et des données de l'Ordre des pharmaciens.*

### 1. Modalités d'accès aux médicaments

#### 1.1. Réglementation européenne

L'Union Européenne a fixé le monopole pharmaceutique<sup>1</sup>, qui est un monopole lié à la fonction. Il est présent dans tous les Etats membres et justifié par la protection de la santé publique et du consommateur. L'Union Européenne a laissé aux Etats membres la compétence pour fixer le monopole de dispensation<sup>2</sup>. L'Union Européenne justifie cette entrave à la libre circulation des marchandises par l'impératif de santé publique<sup>3</sup> et par le Traité de Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE) qui donne aux Etats membres la souveraineté de leur législation sur la santé<sup>4</sup>.

Il existe trois modèles de monopoles des médicaments dans l'Union Européenne :

- ◆ Le monopole officinal, monopole lié au lieu de commercialisation, qui comprend tous les médicaments remboursés et non remboursés ainsi que certains produits de santé. Ce monopole est présent en France.
- ◆ Le monopole limité à la vente de médicaments.
- ◆ Le monopole limité à certains médicaments.

#### 1.2. Réglementation française

En France, la délivrance et la vente des médicaments en ville se déroulent sous le contrôle d'un pharmacien et implique une traçabilité. Elles doivent avoir lieu par un pharmacien ou un préparateur en pharmacie<sup>5</sup> sauf dérogation<sup>6</sup>. Le code de la santé publique interdit aux pharmaciens « de solliciter des commandes auprès du public »<sup>7</sup>, de vendre des médicaments sur la voie publique, dans les foires ou les marchés<sup>8</sup>.

#### 1.3. Acteurs actuels

En France, le réseau de distribution du médicament est composé de plusieurs acteurs, souvent présenté en 3 catégories :

---

<sup>1</sup> Art 45, Directive 2005/36/CE

<sup>2</sup> Directive 85/432/CEE du 16 septembre 1985

<sup>3</sup> CJCE 1991

<sup>4</sup> TFUE Art 34 36

<sup>5</sup> Art L5125-26 du Code de la santé publique

<sup>6</sup> Art R5125-45 du Code de la santé publique

<sup>7</sup> Article L.5125-25 du Code de la santé publique

<sup>8</sup> Art L5125-27 du Code de la santé publique

## Annexe VIII

- ◆ La première catégorie correspond aux laboratoires pharmaceutiques qui fabriquent les médicaments.
- ◆ La seconde catégorie correspond aux intermédiaires de distribution<sup>9</sup> :
  - Les dépositaires
  - Les grossistes répartiteurs
  - Les groupements
- ◆ La troisième catégorie correspond à la pharmacie qui dispense les médicaments aux patients ou à des établissements de santé ou médico-sociaux.

En dehors du territoire français, des sites internet de vente en ligne de médicaments hébergés dans l'Union Européenne peuvent vendre et livrer en France des médicaments non soumis à prescription médicale.

### 1.4. Acteurs potentiels entrant

La grande distribution se place comme un acteur potentiel de la vente de médicaments non soumis à prescription médicale dans le futur. Le rapport de l'IGF de 2013 sur les professions réglementées recommandait de libéraliser la vente des médicaments non soumis à prescription. Cette recommandation n'a pas été suivie par le gouvernement en 2014 quand il a été question d'autoriser la grande distribution à vendre des médicaments non soumis à prescription médicale.

## 2. Médicaments au domicile : dispensation et portage

### 2.1. Réglementation européenne

Les directives 65/65/CEE et 85/432/CEE n'encadrent pas spécifiquement le portage ou la dispensation à domicile, mais imposent aux Etats membres de respecter certaines règles entrant dans le cadre du monopole pharmaceutique. Elle laisse aux Etats membres la liberté de statuer en fonction des problématiques de santé publique de l'Etat membre.

### 2.2. Réglementation française

Ainsi que l'indiquait l'Igas en 2011, « les médicaments ne peuvent être dispensés à domicile que lorsque le patient est dans l'impossibilité de se déplacer, notamment en raison de son état de santé, de son âge ou de situations géographiques particulières. La dispensation à domicile peut être effectuée par le pharmacien ou le préparateur en pharmacie. Le pharmacien doit alors veiller à ce que les instructions nécessaires à une bonne observance et à la compréhension de la prescription par le patient sont données préalablement à la personne qui assure la dispensation. Les médicaments sont transportés par le pharmacien ou le préparateur dans des conditions garantissant leur parfaite conservation.

---

<sup>9</sup> A noter que certains de ces acteurs ont un rôle qui dépasse la question strict du médicament. Ainsi les groupements peuvent proposer des aménagements intérieurs de pharmacie, des formations aux pharmaciens, etc.

## Annexe VIII

La dispensation à domicile est différente du simple portage de médicament qui peut être réalisé par des tiers et pour lesquels aucun conseil ni suivi d'observance n'est réalisé. »<sup>10</sup> Le paquet contenant les médicaments doit respecter des règles de conditionnement. Le pharmacien veille à la compatibilité du transport, et de la conservation des médicaments, et à ce que les explications et recommandations soient mises à disposition du patient<sup>11</sup>. La personne effectuant le transport doit les livrer directement au patient<sup>12</sup>.

### 2.3. Etat des lieux / Expérimentation

#### 2.3.1. Dispensation à domicile

Il existe peu de données sur la dispensation à domicile de médicaments, d'autant moins que la dispensation ne faisant pas l'objet d'une rémunération spécifique des pharmaciens, elle n'est pas retracée dans les logiciels des pharmacies et par l'assurance maladie. La Mutualité Sociale Agricole (MSA) avait effectué une expérimentation en 2005-2006 dans plusieurs départements ruraux, mais cette expérimentation avait relevé le fait que les pharmaciens pratiquaient déjà la dispensation à domicile chez certains patients et les médecins étaient peu informés de la procédure.

#### 2.3.2. Portage

La Poste développe actuellement le service de livraison de médicaments à domicile à destination des pharmacies, appelée « proxi course santé<sup>13</sup> ». Le service est décrit comme une prestation de livraison de médicament par le facteur.

La MSA a signé avec la Poste une convention de partenariat sur le portage de médicaments à domicile le 26 février 2015. Ce partenariat cible les zones rurales et notamment les personnes âgées ou isolées pour lesquelles la MSA prend en charge les frais de livraison lié au portage.

#### **Encadré : Jurisprudence sur le portage versus la vente de médicaments**

Dans les grandes agglomérations, des sociétés proposent un service de livraison de médicaments à domicile 24h sur 24 et 7 jours sur 7 pour les particuliers. Le client contacte la société par téléphone ou par internet, un coursier vient chercher l'ordonnance et la carte vitale, puis se rend dans une officine de pharmacie pour récupérer les médicaments et les livrent au client.

<sup>10</sup> IGAS rapport N°RM2011-090P – annexe 12

<sup>11</sup> Art R 5125-48 du CSP

<sup>12</sup> Art 5125-49 du CSP

<sup>13</sup> <http://www.laposte.fr/entreprise/produits-et-services/proxi-course-sante> consulté le 14 avril 2016

En 2014, le conseil de l'ordre de pharmacien a attaqué la société eNOVA Santé pour vente illégale de médicaments. Cette société avait mis en place une plateforme, 1001pharmacie.fr, sur lequel les patients pouvaient commander des médicaments soumis à prescription médicale en complétant un questionnaire médical. Un coursier venait récupérer l'ordonnance et la carte vital puis se rendait dans une des pharmacies faisant partie d'un réseau d'officines « physiques » pour obtenir les médicaments. Il effectuait ensuite le portage des médicaments chez le patient. Le site internet a été contraint de cesser ce service en aout 2014 à la suite de la décision du tribunal de grande instance de Paris qui estimait que 1001pharmacies ne disposait pas de l'autorisation nécessaire, que la prestation fournie était considérée comme de la vente à distance de médicaments et que le site possédait des données de santé sans y être autorisé. La cour d'appel de Paris a rendu un arrêt confirmant le 25 mars 2016<sup>14</sup> la décision prise en première instance.

### 3. Médecins propharmaciens

#### 3.1. Réglementation

Le Code de la santé publique<sup>15</sup> permet aux médecins établis dans une commune dépourvue d'officine de pharmacie d'avoir chez eux un dépôt de médicaments, et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments remboursables et non remboursables. Cette autorisation n'est accordée que lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige par le directeur général de l'ARS qui informe les représentants de l'Etat dans le département. Les conditions d'exercices sont les suivantes :

- ◆ L'autorisation mentionne les localités dans lesquelles la délivrance des médicaments au domicile du malade est autorisée.
- ◆ L'autorisation 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 propharmacie sont soumis à toutes les obligations législatives et réglementaires incombant aux pharmaciens.
- ◆ Les médecins ne doivent délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leur consultation.

La facturation des honoraires de dispensation par les médecins propharmaciens est réglementée par décret<sup>16</sup>.

#### 3.2. Etat des lieux

L'effectif des médecins propharmaciens reste marginal et est en diminution constante depuis une vingtaine d'année (152 en 1998, 112 en 2006). Les médecins propharmaciens en activité exercent majoritairement sur certaines îles (Porquerolle) et dans les régions montagneuses (Ardèche, Alpes-Maritimes, Corse ...).

---

<sup>14</sup> Arrêt du 25 mars 2016, Cours d'Appel de Paris, pole 1 – chambre 8 n° 14/17730

<sup>15</sup> Art L 4211-3 du code de la santé publique

<sup>16</sup> Décret n° 2015-58 du 26 janvier 2015 portant diverses dispositions relatives aux frais pharmaceutiques

## Annexe VIII

**Tableau : Effectifs de médecins propharmaciens en 2006 par département**

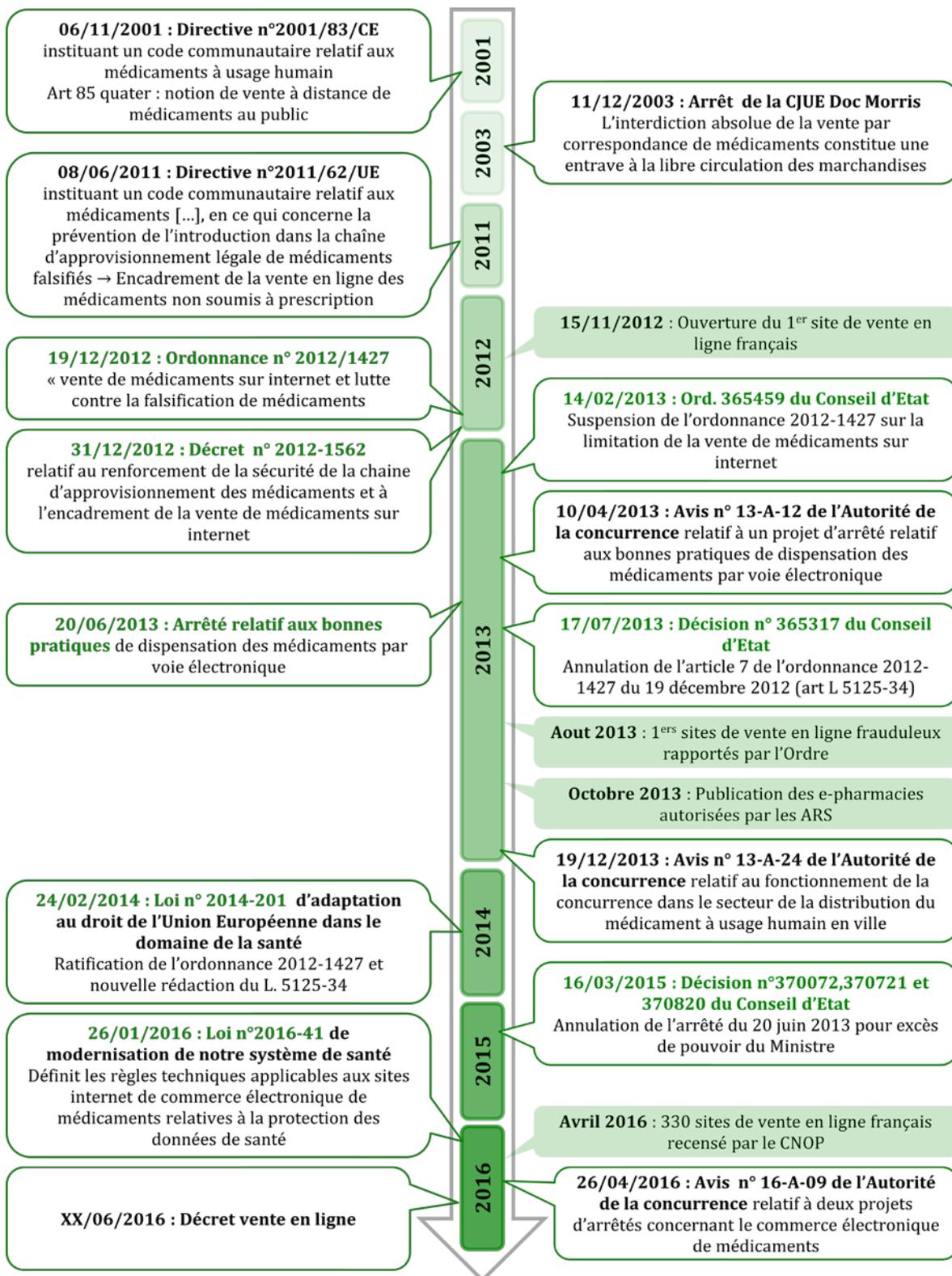
Départements	Effectif de médecins propharmaciens en 2006 par département
Alpes-Maritimes, Ardèche, Var	8 à 10
Aude, Côte-d'Or, Drôme, Eure-et-Loire, Haute-Corse, Isère, Loiret-Cher, Lozère, Pas-de-Calais	3 à 5
Guadeloupe, Guyane, 35 autres départements	1 à 2

*Sources : Rev Prescrire 2008*

#### **4. Vente en ligne**

La vente en ligne de médicaments a fait l'objet d'une intense activité réglementaire depuis une quinzaine d'années (voir figure ci-dessous). Cela s'explique par le fait que ce mode de délivrance cristallise de nombreux espoirs et craintes. Côté espoirs, certains pensent que ce mode de délivrance va permettre de développer des nouveaux services et permettre un meilleur suivi des patients (via notamment des contrôles logiciels embarqués par exemple sur l'iatrogénie ou sur l'observance). Du côté des craintes, de nombreux acteurs du secteur officinal craignent que l'arrivée d'Internet déstructure le réseau physique des officines actuelles et induise une forte redistribution du chiffre d'affaires du secteur.

**Figure 1 : Chronologie de la mise en place réglementaire de la vente sur internet de médicaments**



Source : mission, à la date du 30 avril 2016.

#### 4.1. Réglementation européenne<sup>17</sup>

Le commerce électronique des médicaments trouve son origine dans le droit européen. La directive 2001/83/CE a institué un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. L'article 85 quarter introduit la notion de vente à distance au public de médicaments sans interdire la vente à distance de médicament soumis à prescription.

La Directive 2011/62/UE a modifié la Directive 2001/83/CE en encadrant la vente en ligne des médicaments non soumis à prescription. Elle a fait suite à l'arrêt de la Cour de justice de l'Union Européenne du 11 décembre 2003 de Deutscher Apothekerverband eV contre 0800 DocMorris NV et Jacques Waterval. L'arrêt a statué qu'une interdiction absolue de vente par correspondance de médicaments constituait une entrave à la libre circulation des marchandises. Cette entrave pouvait être justifiée pour des raisons de santé publique pour les médicaments soumis à prescription médicale, mais pas pour les médicaments non soumis à prescription<sup>18</sup>.

#### 4.2. Les transpositions de l'Etat français

##### 4.2.1. Une transposition très contraignante

La transposition française est une application restreinte des possibilités offertes au niveau européen.

Le commerce électronique de médicament est défini par le code de la santé publique comme une activité économique proposée par le pharmacien où il assure à distance et par voie électronique la vente au détail et la dispensation au public de médicament. L'activité doit être réalisée à partir du site internet rattachée à l'officine de pharmacie<sup>19</sup>.

La transposition de la Directive 2011/62/CE le 19 décembre 2012 par l'Ordonnance n°2012-1427 relative à l'encadrement de la vente de médicaments sur Internet a défini les modalités de dispensation en ligne :

- ◆ limitée aux médicaments non soumis à prescription médicale.
- ◆ réservé aux pharmaciens possédant une licence pour exercer une activité d'officine de pharmacie physique
- ◆ sous la responsabilité du pharmacien
- ◆ soumise aux règles de déontologie applicables à l'officine.

L'ordonnance a été complétée par le décret n°2012-1562 du 31 décembre 2012 relatif au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet. Il précise les conditions d'activité de vente en ligne de médicaments :

- ◆ la création et l'exploitation du site internet sont réservées aux pharmaciens titulaires d'une officine ou aux pharmaciens gérant d'une pharmacie mutualiste<sup>20</sup>
- ◆ les sites internet doivent être rattachés à une officine physique ayant obtenu une licence<sup>21</sup>. En cas de fermeture de l'officine, le site internet doit être fermé.<sup>22</sup>

---

<sup>17</sup> Avis n°12-A-23 du 13 décembre 2012

<sup>18</sup> CJCE, arrêt du 11 décembre 2003, Deutscher Apothekerverband (C-322/01, Rec. 2003 p. I-14887)

<sup>19</sup> Art L5125-33 du CSP

<sup>20</sup> Art L5125-33 du CSP et R 5125-70 du CSP

<sup>21</sup> Art 5125-35 du CSP

## Annexe VIII

- ◆ un site internet est rattaché à une officine<sup>23</sup>,
- ◆ la création du site internet est soumise à autorisation du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS)<sup>24</sup> et le pharmacien titulaire doit le déclarer à l'ordre des pharmaciens
- ◆ le pharmacien titulaire est responsable du contenu du site internet
- ◆ la pharmacie en ligne doit respecter les règles de déontologie applicables aux médicaments physiques
- ◆ le pharmacien titulaire peut déléguer l'exploitation du site internet de l'officine à des pharmaciens adjoints<sup>25</sup>.

L'arrêté sur les bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique a été publié le 20 juin 2013. Il fixait les règles d'identification et techniques du site internet, les règles de présentation des médicaments, les règles d'exercice de l'activité de dispensation par voie électronique, les règles liées à la protection de la vie privée, les règles concernant le système documentaire à mettre en place, les modalités de préparation de la commande et de livraison et les règles spécifiques au commerce électronique de médicaments. Il est entré en vigueur le 12 juillet 2013 et permet la vente par internet de 400 médicaments environ.

La loi du 24 février 2014 d'adaptation au droit de l'Union Européenne redéfinit les médicaments pouvant faire l'objet de commerce électronique : « Seuls peuvent faire l'objet de l'activité de commerce électronique les médicaments qui ne sont pas soumis à prescription obligatoire ».

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé définit les règles techniques applicables aux sites internet de commerce électronique de médicaments relatives à la protection des données de santé.

Pour les Etat membres de l'Union Européenne, la vente de médicaments en France est autorisée à condition que la « personne physique ou morale » soit « habilitée à vendre des médicaments au public dans l'Etat où elle est installée, mais ne peut vendre en ligne à une personne en France que les médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché en France »<sup>26</sup> et donc sans prescription médicale.

### 4.2.2. Les arrêts et ordonnance du conseil d'Etat

Le 14 février 2013, le conseil d'Etat suspend par ordonnance<sup>27</sup> l'article L 5125-34 du code de la santé publique qui restreignait le commerce électronique aux médicaments de médication officinale, soit une liste de 455 spécialités. Le conseil d'Etat a justifié cette suspension car le droit communautaire n'opère pas de distinction dans la catégorie des médicaments sans prescription vendus sur internet. La confirmation de la décision du conseil d'Etat permettrait d'ouvrir au commerce en ligne à environ 3500 médicaments vendus sans ordonnance. Le 17 juillet 2013, le conseil d'Etat a annulé l'article L. 5125-34<sup>28</sup> inséré par l'ordonnance du 19 décembre 2012, car il ne limitait pas aux seuls médicaments soumis à prescription obligatoire l'interdiction de faire l'objet de l'activité de commerce électronique.

---

<sup>22</sup> Art L 5125-38 du CSP

<sup>23</sup> Art L 5125-37 du CSP

<sup>24</sup> Art L 5125-36 et R 5125-71 du CSP

<sup>25</sup> Art L5125-33 du CSP

<sup>26</sup> Art L 5125-40 du CSP

<sup>27</sup> Ordonnance 365459

<sup>28</sup> Conseil d'Etat - Décision n° 365317 du 17 juillet 2013

## Annexe VIII

Le 16 mars 2015, le conseil d'Etat annule l'arrêté du 20 juin 2013 pour excès de pouvoir du Ministre<sup>29</sup>. Le Conseil d'Etat retient que l'arrêté en soumettant à des règles spécifiques la vente en ligne de médicaments, comporte des règles techniques au sens de l'article 8 de la directive 98/34/CE qui ne sont pas la simple transposition de la directive 2011/62/UE et ne peuvent pas être regardées comme des dispositions par lesquelles la France se conformerait « aux actes communautaires contraignants qui ont pour effet l'adoption de spécifications techniques ou de règles relatives aux services » au sens de l'article 10 de la directive 98/34/CE ; qu'il est constant que l'arrêté attaqué n'a pas fait l'objet de procédure de notification prévue par la directive en méconnaissance de son article 8.<sup>30</sup>

### 4.2.3. Les avis de l'Autorité de la concurrence

Le 15 mai 2013, l'Autorité de la concurrence invite le ministère de la Santé à revoir son projet d'arrêté relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique estimant que le texte contient « un ensemble important d'interdictions et de restrictions non justifiées par des considérations de santé publique » et « vise à limiter le développement de la vente en ligne de médicaments par les pharmaciens français, voire même à dissuader ces derniers d'utiliser ce canal de vente ».

Le 26 avril 2016, l'Autorité de la concurrence a rendu un avis défavorable relatif à deux projets d'arrêtés concernant le commerce électronique de médicaments<sup>31</sup>, pour trois raisons :

- ◆ Ces projets d'arrêtés reprennent des dispositions considérées comme restrictives qui avaient déjà été signalées par l'Autorité dans les précédents avis en 2013.
- ◆ Les nouvelles dispositions créées ajoutent de nouvelles contraintes pour la vente en ligne qui semblent disproportionnées pour l'Autorité de la concurrence vis-à-vis de l'objectif de protection de la santé publique
- ◆ Les « bonnes pratiques » imposent de nouvelles conditions contraignantes à la vente en ligne qui ne sont pas exigées pour la vente au comptoir.

### 4.3. Etat des lieux de la vente en ligne

#### 4.3.1. En France

Au 12 avril 2016, l'Ordre des pharmaciens recense 330 sites internet<sup>32</sup> français de ventes en ligne de médicaments.

#### Figure 2 : Nombre de sites Internet et population en fonction de la région

---

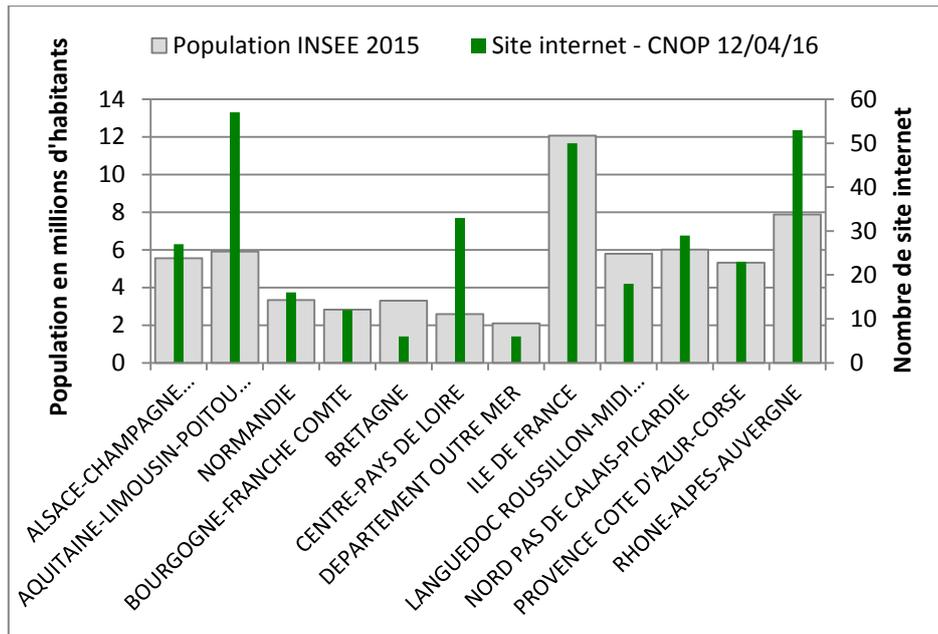
<sup>29</sup> Conseil d'Etat statuant au contentieux Décision n°370072, 370721, 370820 du 16 mars 2015

<sup>30</sup> L'article 8 Directive 98/34/CE : Les Etats membres doivent communiquer à la Commission tout projet de règle technique quand il ne s'agit pas d'une simple transposition intégrale d'une règle européenne ou internationale. Lorsque le projet de règle technique vise à limiter la commercialisation d'un produit pour des motifs de santé publique, l'Etat membre communique les références des données relatives au produit à la commission

<sup>31</sup> Avis n° 16-A-09 du 26 avril 2016 relatif à deux projets d'arrêtés concernant le commerce électronique de médicaments

<sup>32</sup> <http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search> consulté le 12/04/2016

## Annexe VIII



Source : Cnop

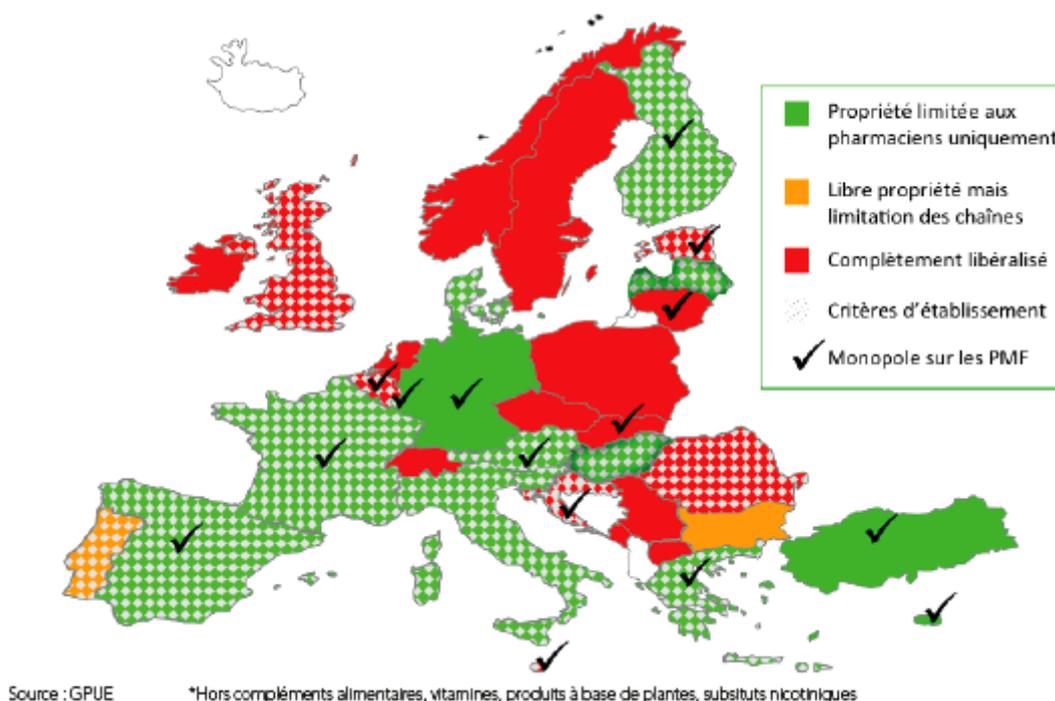
La mission n'est pas parvenue à récupérer des données relatives aux volumes associés aux ventes en ligne de médicaments mais l'ensemble des acteurs s'accorde à estimer qu'il est faible.

### 4.3.2. En Europe

L'Autorité de la concurrence a signalé<sup>33</sup> à la mission que des sites belges, allemands, britanniques, andorrans mettent en place progressivement des pages internet à destination du public français avec la possibilité de vente en ligne et livraison en France.

<sup>33</sup> Entretien du 31 mars 2016

**FIGURE 2: VENTE EXCLUSIVE DES MEDICAMENTS DE PRESCRIPTION MEDICALE FACULTATIVE (PMF) EN EUROPE**



SOURCE : CNOF

Selon les données disponibles sur le site de l'institut de Recherche Anti-Contrefaçon de médicaments (IRACM), la vente en ligne de médicament en Belgique ne représente que 1.7% de l'activité des pharmaciens en 2012. En Allemagne, après 10 ans de recul, le pays compte 3 000 pharmacies en lignes sur les 20 900 officines, où l'automédication sur internet représenterait 7% du chiffre d'affaire de l'automédication<sup>34</sup>. Ces évolutions semblent donc confirmées que les enjeux de la vente en ligne restent relativement faibles aujourd'hui. Au Royaume Uni où la vente en ligne de médicaments sur ordonnance est autorisée, la Royal Pharmaceutical Society estimerait le phénomène à 3 ou 4%, soit une part très résiduelle des ventes.

#### 4.4. Les sites frauduleux

En aout 2013, l'Ordre de pharmacien dépose plainte contre 11 sites de vente en ligne soupçonnés de vendre de faux médicaments en se faisant passer pour des sites de pharmacies françaises physiques<sup>35</sup>. L'Ordre observait des reprises de noms de domaine tombés dans le domaine public de pharmacies physiques françaises qui avaient possédé un site sans l'avoir conservé. Une enquête avait été ouverte par l'Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique (OCLAESP).

<sup>34</sup> Site IRACM

<sup>35</sup> Dépêche APM du 7 aout 2013, *L'Ordre des pharmaciens porte plainte contre 11 sites illégaux de vente en ligne de médicaments*

## Annexe VIII

En juin 2015, dans le cadre de l'opération « PANGEA VIII », la Cyberdouane rapporte avoir identifié 81 sites illégaux de vente de faux médicaments dont 49 sites avec une adresse en « .FR », 89 en 2014. L'OCLAESP et le SCRC/DLCC rapportaient avoir identifié 92 sites illégaux de vente de médicaments, 72 en 2014, qui ont fait l'objet de procédures judiciaires<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Source ANSM le 20 avril 2016



## **ANNEXE IX**

### **La régulation de la profession de pharmacien par les pouvoirs publics**



# SOMMAIRE

<b>1. LA REGULATION DU MAILLAGE TERRITORIAL DES OFFICINES DE PHARMACIE EST UNE COMPETENCE PARTAGEE ENTRE L'ADMINISTRATION CENTRALE ET L'ADMINISTRATION DECONCENTREE .....</b>	<b>1</b>
1.1. Le ministère en charge de la santé est responsable de l'élaboration de la réglementation et pilote sa mise en œuvre.....	1
1.2. Les Agences régionales de santé ont pour mission d'appliquer la réglementation .....	1
<b>2. LE PILOTAGE DE LA REGULATION DU MAILLAGE OFFICINAL EST ENTRAVE PAR LE MORCELLEMENT DES COMPETENCES ET LE MANQUE D'INFORMATION.....</b>	<b>2</b>
2.1. La DGOS manque d'information sur l'état du maillage pharmaceutique, présent et à venir ainsi que sur l'activité d'autorisation des ARS.....	2
2.2. La DGOS n'a pas de vision globale du métier de pharmacien, alors que cela affecte l'évolution du maillage territorial .....	3
2.3. Ce même morcellement du pilotage s'observe au sein des agences régionales de santé .....	4
<b>3. LA REGULATION DU MAILLAGE TERRITORIAL IMPLIQUE DAVANTAGE PROFESSIONNELS ET FINANCEURS SUR LA PERIODE RECENTE, SANS QUE CELA ACCELERE LES EVOLUTIONS .....</b>	<b>5</b>
3.1. Les représentants professionnels sont largement consultés.....	5
3.2. La régulation du maillage territorial a été introduite dans le champ conventionnel sans résultat.....	6



## **1. La régulation du maillage territorial des officines de pharmacie est une compétence partagée entre l'administration centrale et l'administration déconcentrée**

### **1.1. Le ministère en charge de la santé est responsable de l'élaboration de la réglementation et pilote sa mise en œuvre**

La direction générale de l'offre de soin (DGOS) du ministère de la santé, des affaires sociales et du droit des femmes et, plus spécifiquement en son sein, le bureau « premier recours » de la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, exerce les principales compétences en matière de régulation du réseau des officines de pharmacies. Il a pour mission :

- ◆ d'élaborer et, dans le cadre de la loi de la modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, de simplifier la réglementation relative à l'installation des pharmacies ;
- ◆ de piloter l'application de la réglementation par les agences régionales de santé (ARS) afin qu'elle soit uniforme sur le territoire. A cet effet elle réunit régulièrement les pharmaciens inspecteurs en charge de l'instruction des dossiers de demande d'autorisation au sein des ARS et diffuse des circulaires, à l'instar de l'instruction N° DGOS/R2/2015/182 du 2 juin 2015 relative à l'application des conditions d'autorisation d'ouverture d'une pharmacie d'officine par voie de création, transfert ou regroupement ;
- ◆ d'instruire les recours hiérarchiques et contentieux consécutifs à la contestation des autorisations délivrées par les directeurs généraux d'ARS pour l'ouverture d'une pharmacie.

### **1.2. Les Agences régionales de santé ont pour mission d'appliquer la réglementation**

Chaque ARS est organisée de manière spécifique, mais dans les deux ARS rencontrées par la mission, la régulation de l'installation des officines de pharmacies est suivie par un service dédié au sein des directions en charge de la régulation de l'offre de soins :

- ◆ le pôle « ambulatoire » de la direction de l'offre de soins et médico-sociale, au sein de l'ARS Île-de-France ;
- ◆ le service « gestion pharmacie » au sein de la direction déléguée « pilotage opérationnel et premier recours » de la direction générale de l'offre de soins, à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Ces services composés de pharmaciens inspecteurs de santé publique, ont pour mission :

- ◆ d'instruire, pour le directeur général de l'ARS, les demandes de création, transfert, regroupement, fermeture et mise en gérance d'officines de pharmacie ;
- ◆ de rédiger les mémoires en défense devant les juridictions administratives en cas de contestation des décisions d'autorisation.

Les demandes de création, de transfert et d'annulation de licences sont suivies dans le logiciel PHAR NAT (cf. encadré *infra*).

**Encadré 1 : Le logiciel PHAR NAT**

Ce logiciel a pour vocation de suivre les licences d'officines de pharmacie délivrées par les ARS et les inspections conduites.

Il est développé et maintenu par l'ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

Il s'agit d'une base nationale, alimentée par chaque ARS et consultable par l'administration centrale.

Elle inclue des informations relatives à l'établissement détenteur de la licence :

- l'adresse de l'officine ;
- la date de délivrance de la licence ;
- le chiffre d'affaires annuel déclaré par l'officine pour contrôle de l'obligation faite par l'article L. 5125-20 du Code de la santé publique d'employer un nombre minimum de pharmaciens en fonction du chiffre d'affaires réalisé ;
- parfois le SIRET.

Le logiciel est connecté au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS – cf. *infra* pour une présentation) afin de recueillir les informations sur les professionnels exerçant dans l'officine et le mode d'exploitation de la pharmacie (forme et raison sociale).

*Source : Mission.*

## **2. Le pilotage de la régulation du maillage officinal est entravé par le morcellement des compétences et le manque d'information**

La direction d'administration centrale jouant un rôle majeur dans le pilotage du maillage officinal est la DGOS. Cependant, ce pilotage est compliqué par un accès défaillant à l'information et des responsabilités éclatées entre plusieurs directions.

### **2.1. La DGOS manque d'information sur l'état du maillage pharmaceutique, présent et à venir ainsi que sur l'activité d'autorisation des ARS**

La DGOS peut s'appuyer sur trois sources d'information pour établir un diagnostic de l'état du maillage officinal et construire une vision prospective de celui-ci :

- ◆ les statistiques de suivi des demandes d'autorisation enregistrées par toutes les ARS dans leur logiciel de suivi de l'activité appelé PHAR NAT (cf. encadré *supra*).  
Toutefois, ce logiciel n'étant pas conçu comme un outil de pilotage, il ne fournit donc pas une vision d'ensemble de l'évolution du maillage et ne permet pas de paragonner les pratiques des ARS. Il n'y a ainsi pas d'enregistrement de l'ensemble des demandes faites, ni de leur devenir après autorisation, qui permettraient d'estimer :
  - des taux régionaux et nationaux de demande de création, transfert et regroupement ;
  - un délai de traitement des demandes ;
  - un taux d'autorisation et une estimation des motifs les plus fréquemment invoqués ;
  - un taux de recours hiérarchique et de contentieux. Afin d'estimer la prévalence des recours et contentieux, la DGOS s'est vue contrainte de lancer une enquête spécifique auprès des ARS afin d'évaluer le stock et le flux annuels des dossiers ;
- ◆ les études réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère (DREES), qui produit des analyses de la démographie des pharmaciens à l'aide des fichiers statistiques suivants :

## Annexe IX

- le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), qui recense, au 1<sup>er</sup> janvier, l'ensemble des praticiens de santé que sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes ayant déclaré une activité dans l'année. Ce fichier est établi à partir des données transmises par les Ordres de chacune des professions, qui sont devenues le principal guichet d'enregistrement en lieu et place des ARS ;
- les déclarations fiscales des entreprises, transmises par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) à l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) pour une exploitation conjointe avec la DREES ;

Toutefois, la DREES n'a pas produit d'analyses récentes sur la démographie officinale, hormis l'actualisation de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) sur les données de 2013. Les dernières études portant sur les trajectoires professionnelles, les projections d'effectifs à moyen terme, ou la rémunération des pharmaciens sont antérieures à 2010<sup>1</sup>.

- ◆ des études *ad hoc* commandées par la DGOS aux ARS, à l'instar de celle initiée en 2014, mais il s'agit d'enquêtes ponctuelles dont les apports qualitatifs sont indéniables mais dont les agrégations quantitatives nationales posent de réelles difficultés méthodologiques (cf. annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires).

Il apparaît donc que la DGOS souffre d'un manque d'informations concernant à la fois des éléments de diagnostic réguliers et des analyses prospectives nécessaires à la mise en place d'un réel pilotage.

### **2.2. La DGOS n'a pas de vision globale du métier de pharmacien, alors que cela affecte l'évolution du maillage territorial**

Au sein du ministère en charge de la santé, la DGOS partage ses compétences de régulation de l'activité en officine avec la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de la santé (DGS). Chaque direction approche l'exercice officinal sous un angle particulier et régule une dimension de l'exercice sans vision d'ensemble, alors que les interactions sont nombreuses avec les choix de localisation de la dispensation du médicament. A titre d'illustration :

- ◆ la détermination des modalités de calcul de la marge réglementée est du ressort du bureau « produits de santé » de la DSS, qui veille à ce que la rémunération de l'activité officinale soit compatible avec les diminutions de prix du médicament et le respect de la trajectoire de l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM). Or la modération de l'évolution de la marge officinale peut rendre difficilement soutenable le mode de distribution du médicament par des entreprises individuelles de petite taille, telle que les officines traditionnelles ;

---

<sup>1</sup> Les dernières études disponibles sur les pharmaciens sont : « Les pharmaciens en France – Situation démographique et trajectoires professionnelles », M. Collet, 2005, DREES, Études et Résultats, n° 437 ; « Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006 », M. Collet et C. De Kermadec, 2009, DREES, Études et Résultats, n° 703 ; « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 », M. Collet, 2005, DREES, Études et Résultats, n° 438.

## Annexe IX

- ◆ la réglementation en matière de délivrance du médicament sur internet est du ressort de la DGS, en charge de manière générale de la sécurité des soins et de la qualité de la pratique professionnelle. De ce fait, elle analyse essentiellement la vente de médicament en ligne sous l'angle des risques pour la santé publique liés à la vente de médicaments falsifiés, or il s'agit aussi et peut-être avant tout, d'une alternative à la délivrance en officine, qui peut réduire les coûts de dispensation du médicament, améliorer le service apporté à des patients peu mobiles ou très éloignés des officines existantes, et favoriser l'information et la concurrence sur les prix des médicaments et dispositifs médicaux non-remboursés et des produits parapharmaceutiques, favorables aux consommateurs ;
- ◆ enfin, la réglementation de l'installation est analysée par la DGOS essentiellement sous l'angle de la simplification des procédures juridiques, sans interroger sa pertinence au regard du développement des autres modalités de délivrance du médicament et sa cohérence avec les mesures visant à maîtriser le prix du médicament.

### 2.3. Ce même morcellement du pilotage s'observe au sein des agences régionales de santé

Au-delà des autorisations d'ouverture, les ARS contrôlent l'exercice des titulaires d'officine. Cette activité est assurée par les directions des ARS en charge de la sécurité sanitaire. A titre d'illustration :

- ◆ au sein de l'ARS Île-de-France, il s'agit du pôle « veille et sécurité sanitaire » placé au sein de la direction de la santé publique ;
- ◆ au sein de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, il s'agit de la direction déléguée à la prévention et à la protection de la santé.

Ces services ont pour principales missions, dans le secteur pharmaceutique :

- ◆ de réaliser des enquêtes relatives à l'exercice illégal de la pharmacie ;
- ◆ de vérifier la conformité des locaux d'officines de pharmacie dans le cadre des demandes de créations, de regroupements ou de transferts ;
- ◆ de s'assurer du respect de l'emploi d'un nombre suffisant de pharmaciens adjoints au regard de la réglementation et du chiffre d'affaires déclaré ;
- ◆ de vérifier le respect de la chaîne du froid pour la conservation des médicaments thermosensibles.

Cela explique pour partie que la difficulté à inscrire à part entière le rôle du pharmacien dans les soins de premier recours, ce qui se traduit par :

- ◆ l'absence des pharmaciens de la cartographie des acteurs locaux de la santé proposée par les ARS, appelée Cartosanté (cf. *infra*).

#### Encadré 2 : le service Cartosanté des ARS

Ce service de cartographie statistique reproduit, pour une région donnée, le nombre de professionnels de santé présents dans la région et leur répartition sur le territoire, ce qui constitue une donnée importante pour assurer l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé.

Le recours aux soins libéraux de proximité est abordé au travers de cinq cartes thématiques : la demande, l'offre, les flux de clientèle, la distance et le zonage conventionnel.

Le respect de la confidentialité sur l'activité des professions est préservé quand leur nombre est inférieur à quatre dans une zone donnée (mention NP pour non publiable).

Ce dispositif est complété par Cartosanté-PRO, un service réservé aux professionnels de santé, qui permet, au cours d'un entretien individuel avec le professionnel, de fournir une étude de marché de la zone sur laquelle il projette une installation.

## Annexe IX

Les professionnels de santé concernés sont les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes. Les pharmacies ne sont pas cartographiées.

Source : <http://www.ars.sante.fr>

- ◆ le peu d'actions impliquant les pharmaciens dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

Les schémas régionaux d'organisation des soins sont réalisés par chaque ARS. Leur vocation est de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins à même de répondre aux besoins de santé dans la région. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de juillet 2009 structurait ce schéma en deux volets, une partie hospitalière et une partie ambulatoire, organisation refondue par la loi de modernisation du système de santé votée fin 2015.

A titre d'illustration, la participation des pharmaciens à l'organisation des soins de premier recours n'est mentionnée que dans une action parmi les 36 présentées dans le SROS d'Île-de-France, et dans aucune des priorités d'action du SROS Rhône-Alpes.

### 3. La régulation du maillage territorial implique davantage professionnels et financeurs sur la période récente, sans que cela accélère les évolutions

#### 3.1. Les représentants professionnels sont largement consultés

Si l'élaboration et l'application de la réglementation sont des prérogatives de l'État, les professionnels sont consultés au cours des processus de décision.

Ainsi, pour chaque demande de création, transfert ou regroupement, un avis consultatif est demandé par l'ARS à l'Ordre régional des pharmaciens d'une part, et aux associations professionnelles représentatives<sup>2</sup> d'autre part.

En outre, pour préparer l'ordonnance de simplification prévue par l'article 204 de la loi de modernisation du système de santé, qui doit inclure « les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à : (...) 3° Simplifier et renforcer l'accès aux soins de premier recours en visant à : (...) d) Adapter les conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession des officines de pharmacie, notamment au sein d'une commune ou de communes avoisinantes », la DGOS consulte régulièrement les représentants professionnels depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 au sujet des évolutions réglementaires envisagées (cf. tableau *infra*).

**Tableau 1 : Réunions préparatoires à la rédaction de l'ordonnance de simplification**

Interlocuteur	Date de la réunion	Contenu de la réunion
Ordre national des pharmaciens	15 janvier 2015	Présentation des axes de réflexion
	26 juin 2015	
Syndicats représentatifs de la profession	21 janvier 2015	Présentation des pistes de réformes envisagées
	25 février 2016	
Ordre national des pharmaciens	11 avril 2016	

Source : DGOS à avril 2016.

<sup>2</sup> Les trois syndicats représentatifs à l'issue des élections professionnelles du 7 décembre 2015 sont la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF – 48,8 % des votes exprimés), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO – 42,6 %) et l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF – 8,6 %).

## Annexe IX

Si la consultation régulière des représentants professionnels facilite l'élaboration de réformes opérationnelles et l'acceptation de celles-ci, elle peut aussi être source de limitation de l'évolution du maillage officinal. En effet, les professionnels se trouvant en situation de monopole régulé par l'État, ils ont peu d'appétence pour une évolution de la réglementation entraînant l'augmentation du nombre de professionnels présents sur leur zone de chalandise et susceptible de les concurrencer. Ainsi au cours des entretiens conduits par la mission, les représentants professionnels se sont montrés globalement peu favorables à une évolution de la réglementation concernant les critères populationnels communaux d'installation et les règles déterminant la localisation infracommunale optimale des officines (cf. dessertie optimale de la population résidente – pour plus de détails voir l'annexe relative aux opérations sur la licence).

### 3.2. La régulation du maillage territorial a été introduite dans le champ conventionnel sans résultat

Comme à la DSS, les pharmaciens sont suivis par le département des produits de santé au sein de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Ils sont donc d'abord perçus par l'Assurance maladie comme une contribution au coût du médicament que comme des membres de l'offre de soins de premier recours.

Dans le but de dynamiser l'évolution du maillage officinal, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a confié à la convention entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine signée en mai 2012 la conduite de travaux sur la structuration du réseau (voir encadré *infra*).

#### **Encadré 3 : Extrait de la convention entre l'assurance maladies et les pharmaciens d'officine – sous-titre II « Organiser la gestion de l'évolution du réseau des officines » (Article 16)**

Les engagements portant sur l'évolution du réseau sont les suivants :

Les parties signataires constatent la nécessité d'adapter le maillage officinal afin de maintenir l'équilibre économique des officines tout en préservant l'accessibilité de la population au médicament. Elles reconnaissent l'intérêt :

- de favoriser l'accès au médicament dans les zones rurales ainsi que dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-11 du Code de la santé publique ;
- d'optimiser le réseau officinal dans les zones où la densité en officines est élevée ou dans celles où le nombre de pharmacies par habitant est élevé compte tenu, par ailleurs, de l'accessibilité géographique de ces officines.

Les syndicats de pharmaciens signataires s'engagent dans ce cadre à favoriser le regroupement des officines tout en tenant compte de la nécessité de maintenir une offre de proximité dans les zones sous dotées. Ils utilisent pour ce faire les outils mis à leur disposition par le législateur consistant à encourager, par le biais de mesures financières incitatives, la restructuration du réseau officinal.

Les parties signataires s'engagent à définir, par voie d'avenant à la présente convention et au plus tard pour le 1er janvier 2013, une méthodologie permettant d'optimiser le maillage officinal. Cette méthodologie devra permettre d'identifier les zones où le maillage pourrait être aménagé sans préjudice pour les assurés ainsi que les zones dans lesquelles le réseau officinal devrait être conforté dans le respect des textes en vigueur. Enfin, elle devra permettre d'élaborer des objectifs quantifiés d'évolution du réseau officinal.

Elles s'accordent pour adjoindre à la commission paritaire nationale (CPN) un observatoire de l'évolution du réseau officinal dont la composition et le fonctionnement sont déterminés par la CPN. Cet observatoire est chargé :

- de proposer à la CPN une cartographie des officines et une typologie des territoires en fonction de

## Annexe IX

critères fixés par la CPN ;

- d'établir un bilan annuel de l'évolution du réseau officinal ;
- d'assurer le suivi de l'évolution du réseau ;
- de proposer à la CPN des objectifs quantifiés d'évolution du réseau.

Cet observatoire est mis en place par la CPN dans un délai de trois mois suivant l'entrée en vigueur de la présente convention.

*Source : Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 4 avril 2012.*

Si l'Assurance maladie et les organisations syndicales représentatives ont réussi à établir un diagnostic partagé sur l'état du maillage officinal, les travaux de l'observatoire conventionnel ne se sont pas poursuivis après 2013 en raison de plusieurs facteurs :

- ◆ Tout d'abord, il n'était pas aisé pour l'assurance maladie de réaliser un diagnostic complet du maillage territorial et des facteurs affectant son évolution, faute de données sur la situation économique des officines, au-delà de la seule part provenant du médicament remboursé ;
- ◆ par ailleurs, les organisations syndicales n'ont pas souhaité s'engager sur des objectifs chiffrés de réduction du nombre d'officines dans certaines zones ;
- ◆ enfin, il est apparu qu'un certain nombre des leviers d'action ne relevaient pas du cadre conventionnel (ex. fiscalité, réglementation), ce qui appelait donc un portage par l'État du sujet.

\*\*\*

Ainsi, au niveau national, la régulation du maillage des officines de pharmacie s'avère une compétence partagée, dont les leviers sont répartis entre différents acteurs et pour laquelle il n'existe pas d'instance de concertation formelle.

En outre, la régulation de l'installation des pharmacies pâtit d'un manque de données, démographiques et économiques partagées et actualisées, sur les différentes dimensions de l'activité officinale impactant le réseau.

Enfin, le cloisonnement du suivi du métier de pharmacien au sein des différentes structures chargées de leur régulation complique l'appréhension globale de la problématique du maillage officinal et de ses évolutions au regard du souhait des pouvoirs publics de réorienter le pharmacien vers de nouvelles missions, davantage tournées vers la prévention et l'accompagnement thérapeutique des patients que la stricte délivrance de médicaments.



## **ANNEXE X**

### **L'implantation des médecins dans les territoires**



# SOMMAIRE

<b>1. CONSTAT GEO-DEMOGRAPHIQUE 1</b>	
1.1. La démographie médicale : données d'ensemble .....	1
1.2. Les médecins généralistes .....	4
1.2.1. <i>Données globales</i> .....	4
1.2.2. <i>Répartition sur les territoires</i> .....	6
1.3. Les médecins spécialistes et psychiatres .....	7
1.3.1. <i>Données globales</i> .....	7
1.3.2. <i>Répartition sur les territoires</i> .....	8
<b>2. INSTALLATION ET DISPOSITIFS INCITATIFS .....</b>	<b>9</b>
2.1. Les médecins libéraux.....	9
2.1.1. <i>Les aides financières</i> .....	9
2.1.2. <i>La facilitation des démarches d'installation</i> .....	12
2.1.3. <i>Les aides des collectivités locales</i> .....	13
2.2. Les étudiants .....	13
2.2.1. <i>Le contrat d'engagement service publique (CESP)</i> .....	13
2.2.2. <i>L'indemnité forfaitaire de transport</i> .....	13
2.2.3. <i>Les aides des collectivités territoriales</i> .....	13
<b>3. ANALYSE D'IMPACT DES DISPOSITIFS.....</b>	<b>14</b>

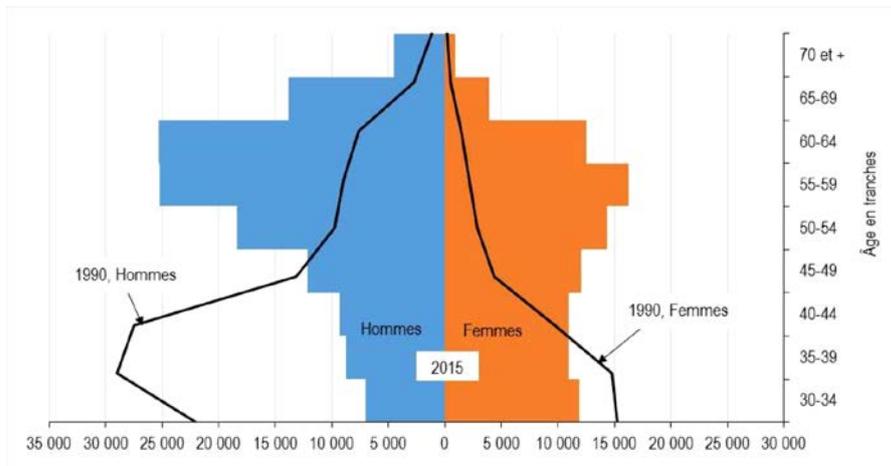


## 1. Constat géo-démographique

### 1.1. La démographie médicale : données d'ensemble<sup>1</sup>

Le conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) observe entre 2007 et 2016 une diminution de 0,4 % de l'effectif des médecins en activité régulière (soit 670 médecins en moins)<sup>2</sup>. Les projections du CNOM pour la période 2016-2025 prévoient la poursuite de la diminution (- 0,3 % par an) des effectifs de médecins en activité régulière et une augmentation du nombre de médecins remplaçant.

**Figure 1 : Pyramide des âges des médecins selon le sexe entre 1990 et 2015**



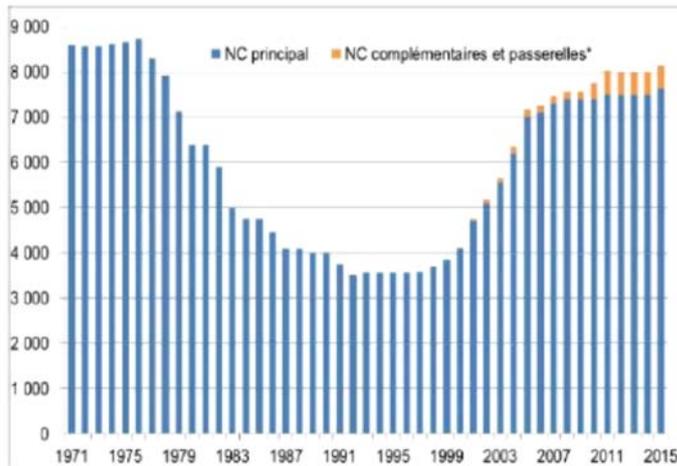
Source : CNOM, ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2015. Champ : ensemble des médecins actifs en au 1<sup>er</sup> janvier 2015

La diminution des médecins en activité régulière est en partie expliquée par la diminution massive du numerus clausus entre 1975 et 2000.

<sup>1</sup> Atlas de la démographie médicale au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

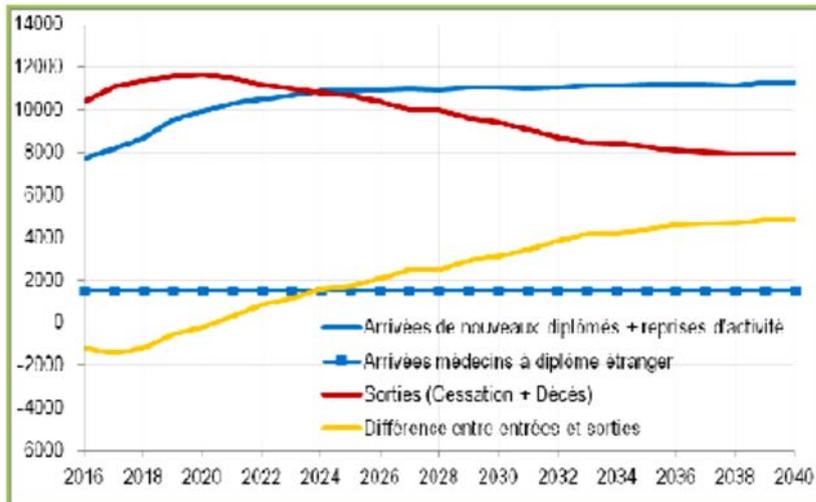
<sup>2</sup> Dans le même temps, l'Ordre recense une augmentation de l'effectif des médecins remplaçants<sup>2</sup> de 17,1% (soit + 1 645) (sont considérés comme médecins remplaçants les médecins n'ayant pas une activité régulière (remplacement en libéral, médecins avec contrats à durée déterminée hospitaliers ou salariés de moins de 3 mois, médecins retraités ne faisant que des remplacements). Les quotités horaires des médecins remplaçants n'étant pas connus de façon agrégée, il est difficile de savoir si cette hausse compense en tout ou partie la baisse du nombre de médecins en activité régulière.

Figure 2 : Evolution du numerus clausus en médecine de 1971 à 2015



Source : DREES

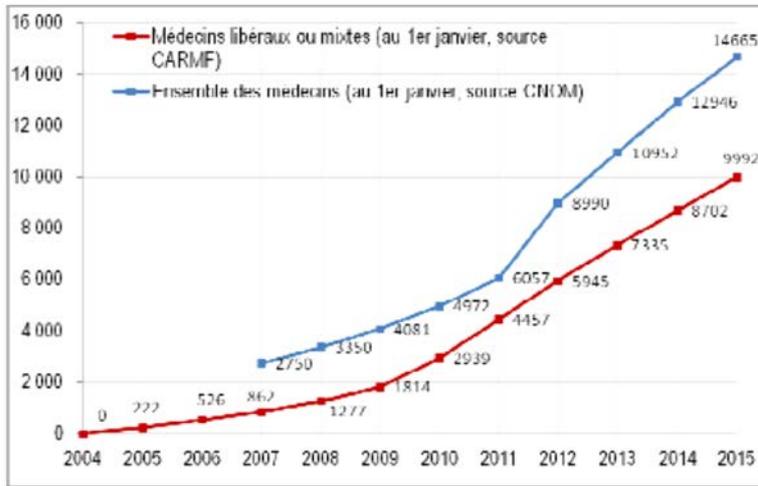
Figure 3: Evolution des arrivées, cessations d'activité et décès des médecins



Source DREES. Hypothèses : effectif des médecins à diplôme étranger entrant stable (2000) – incertitude sur la durée des cumul-emploi retraite, phénomène en augmentation depuis 10 ans

Cependant, cette diminution est partiellement compensée par la poursuite de l'activité des médecins retraités (cumul emploi retraite mis en place en 2003), le CNOM en dénombreait 18 227 en 2016 (dont 45% de médecins généralistes) contre 2 750 en 2007. La répartition des médecins généralistes retraités actifs sur le territoire reste à préciser, elle semblerait d'après les données de l'Ordre se concentrer dans les villes, sauf en Bretagne et en Corse.

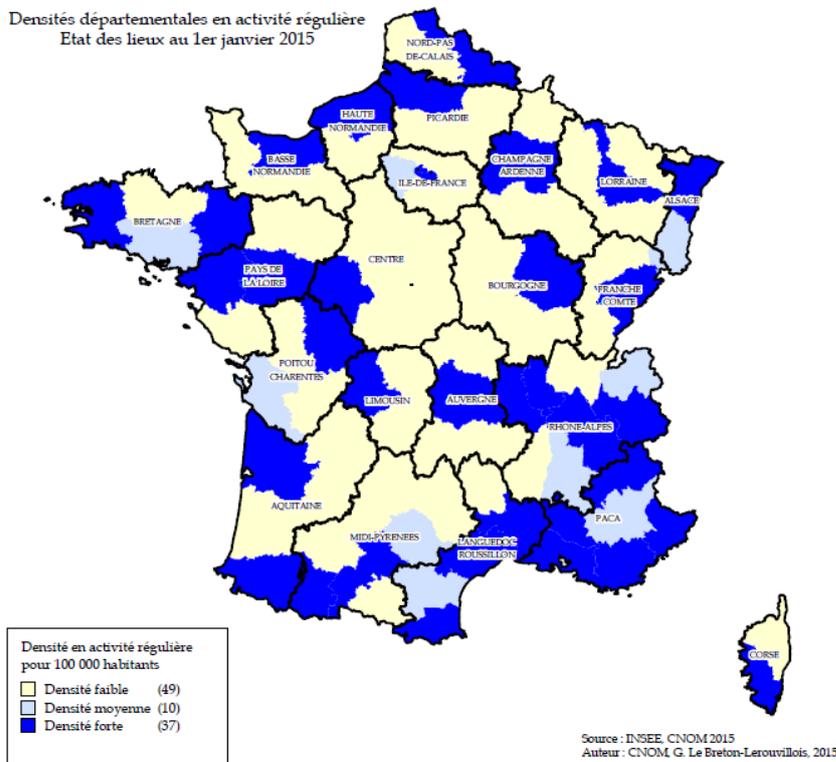
**Figure 4 : Nombre de cumuls emploi retraite pour l'ensemble des médecins et pour les médecins libéraux ou mixtes**



Source : DREES

Le CNOM rapporte une densité médicale inégale entre territoires (voir carte ci-dessous). Cependant les chiffres de densité sont difficiles à analyser du fait de la concentration médicale dans les centres hospitalo-universitaires (CHU) et le groupes hospitalier à rayonnement régional.

**Figure 5 : Densité médicale départementale au 1er janvier 2015**



Source : Insee Cnom 2015. Note de lecture : une densité faible se situe entre 167 et 251 médecins pour 100 000 habitants, une densité moyenne se situe entre 251,5 et 282 médecins pour 100 000 habitants, une densité forte se situe au-delà de 282 médecins pour 100 000 habitants.

## 1.2. Les médecins généralistes

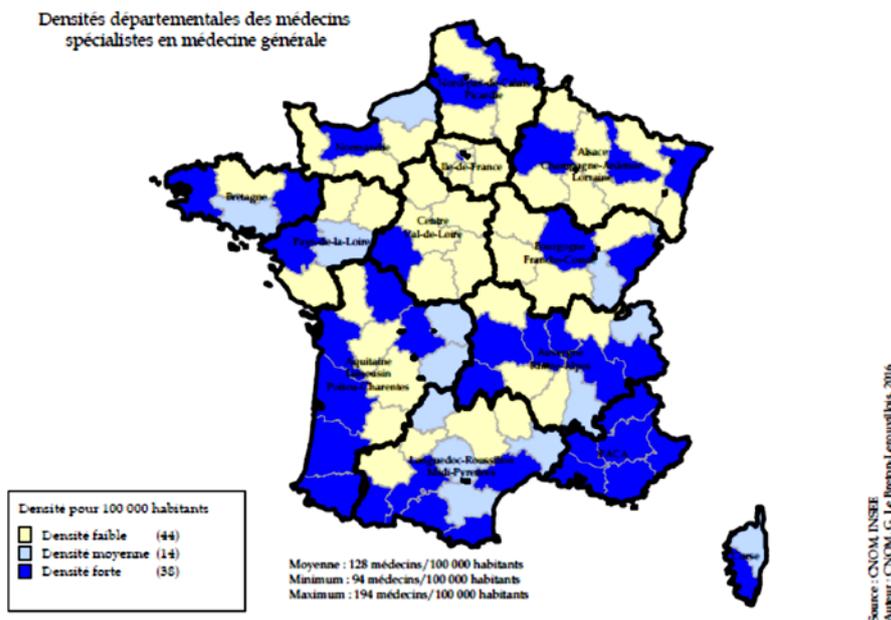
### 1.2.1. Données globales

Le CNOM dénombre 88 886 médecins généralistes en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2016, dont un peu plus de la moitié en exercice libérale (activité libérale, activité libérale-salarié, libérale-hospitalière ou libérale-salariée-hospitalière).

**Le CNOM rapporte une baisse de 8,4% (soit 8 126 médecins) de l'effectif en activité régulière depuis 2007, cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 pour atteindre 81 455 médecins généraliste en activité régulière. Entre 2007 et 2015 la densité médicale des médecins généralistes (libéraux et à activité mixte) est passée de 100,1 médecins généralistes / 100 000 habitants à 88,7 médecins généraliste / 100 000 habitants en 2015.** Cette diminution de densité médicale correspond à une baisse des effectifs libéral et mixte depuis 2007.

L'Ordre de médecins observe des disparités de répartition des médecins généralistes sur le territoire (230,9 médecins pour 100 000 habitants en Picardie contre 352 médecins pour 100 000 habitants en région PACA en 2015), et des disparités dans la vitesse de diminution des médecins généralistes entre 2007 et 2016<sup>3</sup> la variation de médecins généralistes dans la région Pays-de-la-Loire était de + 1,3 % contre -18,7% en Ile-de-France (- 25% pour Paris, - 21% pour les Yvelines).

Figure 6 : Densité départementale des médecins généralistes en 2016



Source : CNOM, INSEE - Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouillois, 2016

<sup>3</sup> Atlas national de la démographie médicale situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016. CNOM

## Annexe X

**Tableau 1 : EVOLUTION DES EFFECTIFS DE MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE LIBERALE/MIXTE ET SALARIEE**

<b>Année, au 1<sup>er</sup> janvier</b>	<b>Effectifs des médecins généralistes à activité libérale/mixte</b>	<b>Effectifs de médecins généralistes à activité salariée</b>
<b>2007</b>	64 778	nd
<b>2015</b>	58 104	31 610
<b>2020(prospectif)</b>	54 179	nd

Source : CNOM

Cependant l'activité libérale/mixte ne prend pas en compte les médecins généralistes salariés ayant une activité équivalente à l'activité ambulatoire de ville (exercice dans les centre de protection médicale infantile, les centres de santé, les permanences d'accès aux soins notamment). L'activité salariée semble de plus en plus recherchée par les jeunes médecins généralistes. En effet, le ratio entrant/sortant pour l'activité libéral est défavorable (35% parmi les entrants s'installent en libéral contre 75% des sortants arrête une activité libérale), alors que pour l'activité salarié est favorable (40% parmi les entrant contre 25% parmi les sortants) pour 2015, vont dans le sens de ce constat.

Du point de vue de la DREES et de l'INSEE, « les médecins généralistes constituent la profession de santé de premier recours la mieux réparties sur le territoire »<sup>4</sup>, à presque égalité avec les pharmacies. La Drees justifie ce constat par le fait qu'en 2013, la quasi-totalité de la population française a accès à un médecin généraliste en moins de 15 minutes. Cependant les différents indicateurs de répartition des médecins sur le territoire révèlent des disparités liées au type d'espace (commune rurale ou urbaine, située au centre d'un pôle ou en périphérie) La DREES relève que les disparités sont comparables à celles observées pour les officines par rapport à l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL).

L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes permet à la DREES d'identifier les zones susceptibles d'être en difficultés. Le seuil de vigilance défini par la DREES est une APL inférieur au seuil de 50% de la moyenne nationale. Pour l'année 2013, la densité des médecins généralistes était de 69 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants, le seuil de vigilance fixé de 35 ETP pour 100 000 habitants<sup>5</sup>. Cependant pour les communes peu dotées de médecins généralistes, quand la DREES ne prend en compte que les médecins généralistes âgés de moins de 60 ans, l'APL est estimée à 22 ETP pour 100 000 habitants dans les zones de vigilance. La mission s'est appuyée sur les données transmises par la Drees relatives aux nombres de médecins généralistes exerçant en libéral ou en salarié dans des centres de santé en fonction de leur âge (55, 60, 65 ans) pour établir certaines de ces simulations d'évolution du réseau officinal (pour plus de détails, voir l'annexe relative à l'accessibilité du médicament dans les territoires).

<sup>4</sup> Portrait des professionnels de santé, page 38. Drees. Février 2016

<sup>5</sup> Portrait des professionnels de santé, page 122. Drees. Février 2016

### 1.2.2. Répartition sur les territoires

Selon la DREES et l'INSEE, 85% de la population qui se trouve sous le seuil de vigilance pour les médecins généralistes (inférieur à 35 ETP pour 100 000 habitants) réside hors des pôles urbains<sup>6</sup>. Les zones de fragilité identifiées sont les suivantes :

- ◆ Les communes situées dans les périphéries rurales des grands pôles urbains
- ◆ Les communes situées dans les périphéries des petits et moyens pôles
- ◆ Les communes situées hors de l'influence des pôles urbains

Avec des projections à 5 ans et sans prendre en compte les installations (ce qui revient à faire l'hypothèse d'un non remplacement des départs), la DREES identifie les zones de fragilité suivantes :

- ◆ Les communes situées aux périphéries des pôles urbains

Les communes situées hors de l'influence des pôles urbains<sup>7</sup>

#### Encadré : les zonages construits par l'Insee

L'INSEE a construit en 2010 un zonage avec six types de communes en se basant sur les unités urbaines et le zonage en aire urbaine. Une unité urbaine est définie par une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Les communes n'entrant pas dans ces critères sont définies comme des communes rurales : les communes sans zone de bâti continu de plus de 2 000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

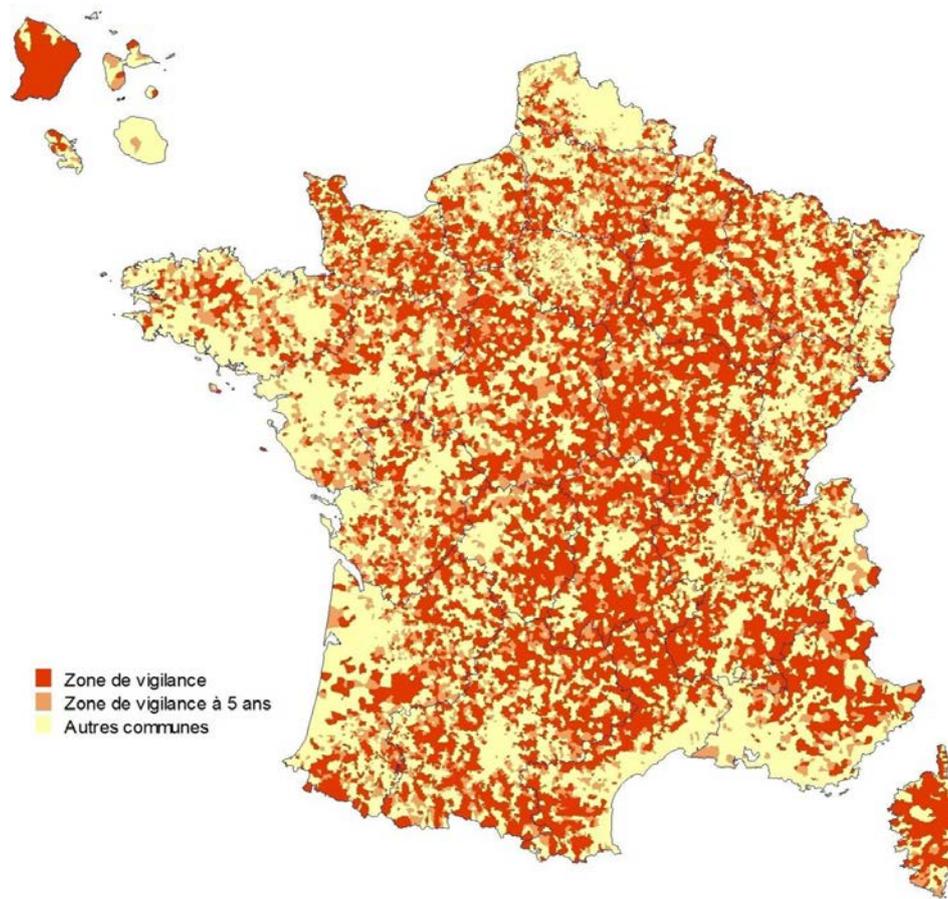
Le zonage en aires urbaine 2010 distingue trois catégories d'aires urbaines :

- ◆ Les « **grandes aires urbaines** » : ensemble de communes constitué par une unité urbaine de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) à dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. Elles représentent environ 19 500 communes et 53 millions d'habitants.
- ◆ Les « **moyenne aires urbaines** » : ensemble de commune constituée par une unité urbaine de 5 000 à 10 000 emplois et par des communes rurales ou entités urbaines dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirée par celle-ci. Elles représentent environ 1 250 communes et 2,3 millions d'habitants.
- ◆ Les « **petites aires urbaines** » : ensemble de commune constituée par une unité urbaine de 1 500 à 5 000 emplois et par des communes rurales ou entités urbaines dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirée par celle-ci. Elles représentent 1460 communes et 2,5 millions d'habitants environ.
- ◆ Les « **communes multipolarisées** » : communes attirées par au moins deux aires hors de l'espace des grandes aires urbaines. Elles regroupent 7 035 communes et représentent 3,3 millions d'habitants environ.
- ◆ Les « **communes hors influence des pôles** ». Elles représentent 7 412 communes et 3 millions d'habitants environ.

<sup>6</sup> Ces espaces ne rassemblent pourtant que 24% de la population totale.

<sup>7</sup> Portrait des professionnels de santé, page 123. Drees. Février 2016

Figure 7 : Zones de vigilance et zones de vigilance à 5 ans des médecins généralistes libéraux



Source : SNIR-AM 2013, CNAM-T3, Population municipale 2011, INSEE, Fonds de carte IGN

### 1.3. Les médecins spécialistes et psychiatres

#### 1.3.1. Données globales

Outre les médecins généralistes, d'autres professions médicales en ville impactent, certes dans une moindre mesure, l'activité des officines : Les cardiologues, dermatologues, endocrinologues, gastro-entérologues, gynécologues médicaux, néphrologues, neurologues, pédiatres, pneumologues, psychiatres, rhumatologues et ORL sont des spécialistes prescripteurs en ville. Ils représentent 25 135 praticiens avec une activité soit purement libérale soit mixte (cf. tableau ci-dessous).

## Annexe X

**Tableau 2 : EFFECTIF DES MEDECINS SPECIALISTES EN FONCTION DU LEUR TYPE D'EXERCICE**

Spécialité	Effectif au 1 <sup>er</sup> janvier 2015 en fonction de l'activité			
	Libéral	Mixte	Salarié	Effectif total
Cardiologie*	2 662	1 576	1 881	6 119
Dermatologie	2 238	720	588	3 546
Endocrinologie	489	296	958	1 743
Gastro-entérologie*	1 529	715	1 426	3 400
Gynécologie médicale	843	261	183	1 287
Néphrologie	249	158	1 115	1 522
Neurologie	449	352	1 497	2 299
Pédiatrie	1 710	823	4 539	7 073
Pneumologie	690	445	1 621	2 756
Psychiatrie	3 706	1 576	7 969	13 262
Rhumatologie	1 090	505	723	2 321
ORL*	1 240	813	643	2 698
Ophthalmologie*	3 358	1 151	663	5 173
<b>Total</b>	<b>16 895</b>	<b>8 240</b>	<b>23 143</b>	<b>48 026</b>

\* spécialités où l'activité libérale, mixte et salariée comprend une partie de consultation et une partie d'acte technique (interventionnelle, endoscopie, chirurgie ...)

Source : CNOM – 2015

### 1.3.2. Répartition sur les territoires

Selon la DREES, les médecins spécialistes en accès direct sont répartis de façon hétérogène sur le territoire, mais en se concentrant dans les grands pôles. L'accessibilité devient de plus en plus faible quand on s'éloigne des pôles et que les pôles sont de moindre importance. Les communes isolées hors influence des pôles sont les moins bien desservies, avec une accessibilité d'un ETP de chaque spécialité pour 100 000 habitants. La DREES rapporte que la situation urbaine de Paris est à traiter à part, car elle se caractérise par un accès aux généralistes faible pour un grand pôle mais une accessibilité aux spécialistes élevée.

La DREES relève que les espaces avec un déficit d'accès aux médecins généralistes cumulent souvent des difficultés d'accès aux médecins spécialistes.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> DREES – Portrait des professionnels de santé février 2016 – page 40.

## 2. Installation et dispositifs incitatifs

La législation ne contraint pas l'installation des médecins, comme pour les officines de pharmacies. Il existe cependant certaines règles dans le code de la santé publique, un médecin ne peut pas s'installer dans le même immeuble où exerce un médecin de la même discipline sans l'accord de celui-ci ou sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre (et ce pour des motifs inhérents au risque de confusion pour le public)<sup>9</sup>.

Il existe une batterie de dispositifs différents visant à inciter à l'installation de médecins dans certains territoires. Ces dispositifs sont cependant mis en place sans réelle articulation préalable les uns avec les autres et sans qu'il n'existe aujourd'hui d'évaluation globale rigoureuse de leur efficacité d'ensemble.

### 2.1. Les médecins libéraux

#### 2.1.1. Les aides financières

Ces aides financières s'assimilent tantôt à un complément direct de revenu, tantôt à une aide fiscale.

##### 2.1.1.1. Les compléments de revenus

Ces aides sont conçus de telle sorte qu'elles ne sont pas uniquement un complément de revenu ; elles s'accompagnent souvent d'autres types de soutien (aides à l'investissement, protection sociale, frais de transport,...) dont certaines sont une dimension importante de l'aide.

La loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a créé le **contrat du praticien territorial de médecine générale (PTMG)**<sup>10</sup>. C'est un contrat entre l'ARS du lieu d'exercice et le praticien d'une durée d'un an renouvelable. Il permet aux médecins généralistes installés depuis moins d'un an ou non installé dans des territoires définis par l'ARS et caractérisés par une offre de soins insuffisante, de bénéficier :

- de complément de rémunération garantissant un revenu de 6 900 € brut / mois contre une activité minimale mensuelle de 165 consultations des avantages financiers
- d'une protection sociale en cas d'arrêt maladies (montant 1 552,50 € brut)
- de congés maternité (complément de rémunération brut de 3 105 € en plus des revenus de remplacements).

En contrepartie, le médecin s'engage à exercer dans cette zone pendant 2 ans minimum. La loi prévoit d'autres engagements individualisés possibles (respect de tarifs opposables, prescription, actions d'amélioration des pratiques, actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins).

---

<sup>9</sup> Art R4127-90 CSP

<sup>10</sup> Décret n° 2013-736 du 14 août 2013

**L'option « santé solidarité territoriale »<sup>11</sup> de la convention médicale de l'assurance maladie** s'adresse aux médecins n'exerçant pas en zone fragile « qui souhaitent consacrer une partie de leur temps médical pour prêter main forte à leurs confrères »<sup>12</sup>. Le médecin s'engage à exercer dans une zone fragile au minimum 28 jours par an, pendant 3 ans. Les avantages correspondent à une rémunération complémentaire égale à 10% du montant de l'activité réalisée en zone sous dotée dans le cadre de l'option (plafonnée à 20 000 €) et à une prise en charge des frais de déplacement.

**L'option « démographie »<sup>13</sup> de la convention médicale de l'Assurance maladie** s'adresse aux médecins libéraux avec un exercice regroupé en zone fragile. Le médecin s'engage à exercer les 2/3 de son activité dans cette zone, à être installé à proximité, à ne pas cesser son activité pendant trois ans et à assurer la permanence des soins. Les avantages correspondent à une aide à l'investissement (2 500 € / an pour un médecin membre d'un pôle de santé et 5 000 € / an pour un médecin exerçant au sein d'un groupe) et à l'aide à l'activité (10% du montant de l'activité réalisé en zone sous dotée dans le cadre de l'option plafond à 20 000€ pour un médecin exerçant au sein d'un groupe et 5% avec plafond à 10 000€ pour un médecin membre d'un pôle de santé).

### **2.1.1.2. Les aides fiscales**

L'activité libérale est assimilée à une activité d'une très petite entreprise, elle permet aux médecins de bénéficier de certaines aides fiscales quand ils s'installent dans des zones rurales ou urbaines ciblées par les politiques de la ville ou de l'aménagement du territoire.

#### **2.1.1.1. Les zones de revitalisation rurales<sup>14</sup> (ZRR)**

Différentes exonérations existent sur ces zones :

- ◆ Une **exonération d'impôt sur les revenus sur les sociétés**<sup>15</sup> à raison des bénéfices réalisés pour les médecins exerçant en libéral (spécialistes ou généralistes) ayant créé leur activité en ZRR avant le 31 décembre 2013
- ◆ Une **exonération d'une partie des cotisations patronales**<sup>16</sup> pour les assurances sociales et les allocations familiales pendant 12 mois en cas d'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en ZRR
- ◆ Une **exonération de la cotisation foncière des entreprises**<sup>17</sup> pour les médecins s'installant en libéral dans une ZRR ou dans les communes de moins de 2000 habitants.

---

<sup>11</sup> Convention médicale 26 juillet 2011 – Article 2.1

<sup>12</sup> Convention médicale 26 juillet 2011 – Article 2.1

<sup>13</sup> Convention médicale 26 juillet 2011 – Article 1.1

<sup>14</sup> Art 1465 A du code de général des impôts

<sup>15</sup> Art 8 loi n°2005-157 du 23 février 2005 / Art 44 sexies du codes général des impôts

<sup>16</sup> Art L.131-4-2 du Code de la Sécurité Sociale

<sup>17</sup> Art 7 loi n°2005-157 du 23 février 2005

**2.1.1.2. Les zones fragiles<sup>18</sup>**

L'implantation sur une zones fragiles permet d'accéder à une **exonération d'impôt sur le revenu** en cas de rémunération au titre de la **permanence d'accès aux soins ambulatoire<sup>19</sup>** à hauteur de 60 permanences par an pour les médecins exerçant en zones fragiles et participant à la permanence d'accès aux soins ambulatoires.

**2.1.1.3. Les zones urbaines et zones à finalité régionale<sup>20</sup>**

- ◆ Une **exonération d'impôt sur les revenus des sociétés<sup>21</sup>** à raison des bénéfices réalisés est possible pour les médecins libéraux ayant créé leur activité entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 31 décembre 2013 en zone d'aide à finalité régionale<sup>22</sup>.

---

<sup>18</sup> Zones fragiles : territoire définies par les ARS – les critères sont à l'appréciation des ARS.

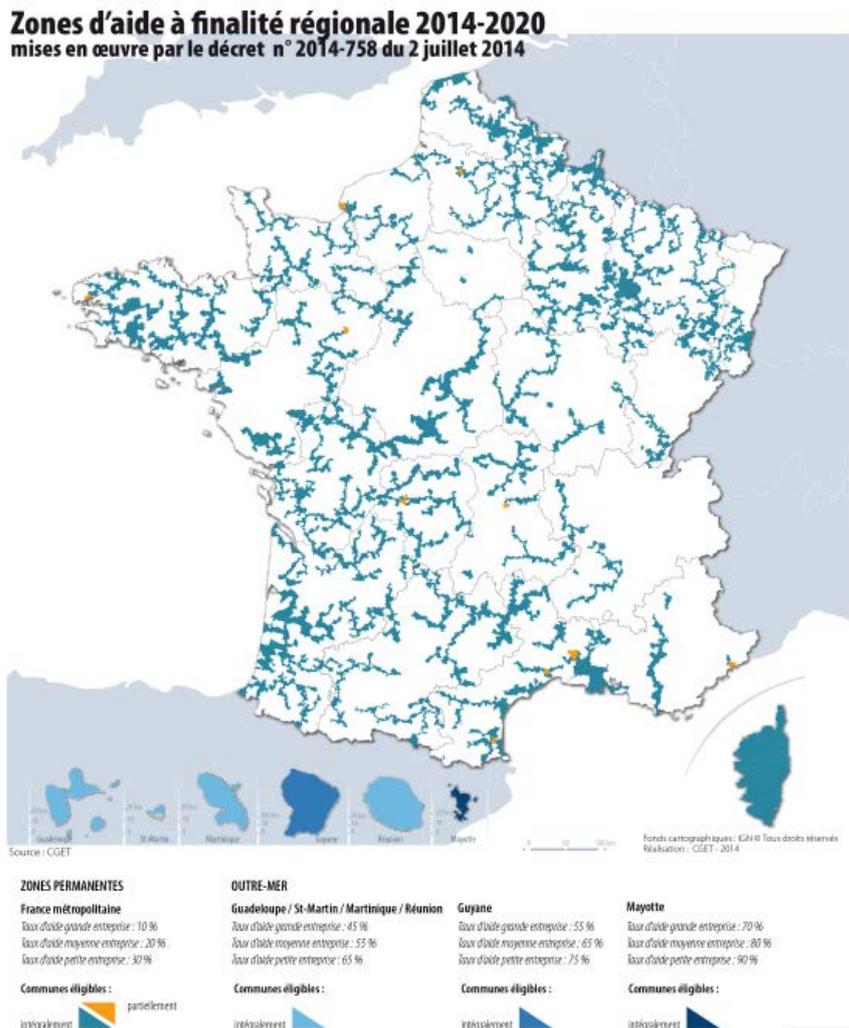
<sup>19</sup> Art 151ter du code générale des impôts issu de l'art de la loi n°2005-157 du 23 février 2005

<sup>20</sup> Dans le cadre de la réglementation des aides octroyées par les autorités publiques aux entreprises, la Commission européenne a défini, pour la période 2014-2020, et en collaboration avec les autorités françaises, les zones, les conditions et les limites dans lesquelles les entreprises peuvent bénéficier de mesures d'aides publiques à finalité régionale. Sur les territoires zonés, les pouvoirs publics pourront octroyer des aides aux entreprises réalisant des investissements et créant des emplois, en respectant des taux plafonds d'aides.

<sup>21</sup> Art 8 loi n°2005-157 du 23 février 2005 / Art 44 sexies du codes général des impôts

<sup>22</sup> Décret n°2007-732 du 7 mai 2007

Figure 8: Carte des zones d'aide à finalité régionale 2014-2020



Source : Commissariat générale de l'égalité des territoires

- ◆ Une **exonération d'une partie des cotisations patronales**<sup>23</sup> pour les assurances sociales et les allocations familiales pendant 12 mois en cas d'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de redynamisation urbaine (ZRU)

### 2.1.2. La facilitation des démarches d'installation

Un **portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS)**<sup>24</sup> a été créé dans chaque ARS dans le cadre du pacte « territoire-santé »<sup>25</sup>. L'objectif est d'informer et de faciliter l'orientation des professionnels de santé dans chaque région sur les formations initiales, les différents modes d'exercice et les aides lors de l'installation. Les PAPS reposent sur un partenariat entre les différents acteurs régionaux de santé (ARS, conseils de l'Ordre, l'assurance maladie).

<sup>23</sup> Art L.131-4-2 du Code de la Sécurité Sociale

<sup>24</sup> <http://www.paps.sante.fr/Accueil.520.0.html>

<sup>25</sup> Ensemble de 12 mesures présentée en 2012 par la Ministre de la Santé pour lutter contre la désertification médicale sur le territoire

## Annexe X

Les « **référents-installation** » régional ont été mis en place en 2013 dans le cadre du Pacte Territoire Santé. Ils sont présents dans chaque ARS pour faciliter l'installation des étudiants en libéral. Ils sont définis comme l'interlocuteur unique de la région qui accompagne et oriente les jeunes professionnels de santé<sup>26</sup>.

### 2.1.3. Les aides des collectivités locales

Des **aides à l'installation** ou au **maintien d'activité dans les zones fragiles** peuvent enfin être mises en place par les collectivités territoriales. Elles sont d'une grande diversité : prime d'exercice forfaitaire, prime à l'installation, mise à disposition d'un logement et/ou de locaux, prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins, par exemple sous réserve d'un exercice de 3 ans minimum dans la zone fragile<sup>27</sup>.

## 2.2. Les étudiants

### 2.2.1. Le contrat d'engagement service public (CESP)<sup>28</sup>

Le **CESP** a été mis en place en 2009 par l'article 46 de la loi hôpital patient santé territoire (HSPT) à destination des étudiants en médecine à partir de la 2<sup>e</sup> année. Le CESP permet aux étudiants de bénéficier d'un financement supplémentaire pendant leur cursus (1 200 euros brut mensuel) et ce jusqu'à la fin de leurs études. L'étudiant en médecine s'engage en contrepartie à s'installer dans une zone considérée comme fragile pour une durée égale à la durée de l'allocation ou de 2 ans minimum.

### 2.2.2. L'indemnité forfaitaire de transport

Une **indemnité forfaitaire de transport** de 130 euros / mois a été mise en place en 2013 pour inciter les étudiants en médecine à effectuer un stage dans des zones éloignées (plus de 15 km) des facultés de médecine (stage en ambulatoire chez le praticien, stage en centre hospitalier ...) <sup>29</sup>.

### 2.2.3. Les aides des collectivités territoriales

Certaines **collectivités territoriales** créent des **subventions**<sup>30</sup> pour aider les étudiants en médecine à effectuer un stage dans une zone fragile définie par l'ARS. Il peut s'agir par exemple :

- ♦ d'indemnités de logement, de déplacements en cas de stages de 3<sup>e</sup> cycle dans des zones déficitaires

---

<sup>26</sup> Pacte territoire-santé – 13 décembre 2012 – Dossier de presse

<sup>27</sup> Décret n° 2005-1724 du 30 décembre 2005 et Art L.1511-8, R.1511-44 et R.1511-45 du code général des collectivités territoriales

<sup>28</sup> <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pacte-territoire-sante/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>

<sup>29</sup> Décret n° 2014-319 du 11 mars 2014

<sup>30</sup> Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

## Annexe X

- ◆ d'une indemnité d'étude et de projet professionnel pour les étudiants de 2<sup>e</sup> cycle en échange d'un engagement années à exercer pendant une durée déterminée dans le territoire déficitaire. Par exemple le département de la Vienne accorde aux étudiants de la faculté de Poitiers une bourse de la 4<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année entre 400 et 600 euros par mois.<sup>31</sup>

### 3. Analyse d'impact des dispositifs

Les différents dispositifs d'incitation à l'installation en zone fragile ont été mise en place progressivement dans les années 2000 avec une montée en puissance qui s'accélère depuis 2012.

Le bilan du pacte « territoire-santé 1 » pour l'année 2013<sup>32</sup> rapportait un bilan favorable vis-à-vis de l'adhésion aux dispositifs proposés par les étudiants, internes et médecins, avec des perspectives de développement dynamiques à court terme de ces dispositifs.

- ◆ Pour les CESP : 353 CESP en 2012, 591 CESP en 2013, objectif de 1500 CESP signés en 2017<sup>33</sup>
- ◆ Pour les PTMG : 180 contrat de PTMG en décembre 2013<sup>34</sup>.

Lors du lancement du pacte « territoire-santé 2 » en novembre 2015, le bilan et les perspectives du pacte précédent étaient les suivantes :

- ◆ Pour les CESP : 1325 CESP signés<sup>35</sup> en 2015 avec un objectif de 1 700 CESP signés en 2017
- ◆ Pour les PTMG : 480 contrats<sup>36</sup> avaient été signés en octobre 2015

Au-delà des données de montée en charge, il n'existe à ce jour aucune évaluation d'ensemble de l'efficacité de ces dispositifs (profil des bénéficiaires, impact réel de l'aide dans les décisions d'implantation, articulation des dispositifs les uns avec les autres,...). Les retours de terrains sont peu nombreux du fait de la nouveauté des dispositifs.

Tout au plus peut-on noter que, pour le CESP, les critères géographiques d'attributions restent relativement flous. Un CESP est en général signé avec un étudiant souhaitant exercer la médecine générale dans une zone fragile (zone d'installation assez large et peu précise). Pour les étudiants souhaitant exercer une spécialité (ophtalmologie, cardiologie ...), le dossier doit être plus construit, mais la précision concernant le lieu d'installation est aussi faible. Les effets interviennent avec un décalage dans le temps du fait de l'écart entre l'année d'obtention de l'aide et l'année de fin d'études et d'installation.

---

<sup>31</sup> <http://www.lavienne86.fr/141-aide-etudiants-medecine.htm> consulté le 25 avril 2016

<sup>32</sup> Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. Dossier de presse | 10 février 2014

<sup>33</sup> Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. Dossier de presse | 10 février 2014

<sup>34</sup> Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. Dossier de presse | 10 février 2014

<sup>35</sup> Dossier de presse – Pacte territoire santé 2 – 26 novembre 2015

<sup>36</sup> Dossier de presse – Pacte territoire santé 2 – 26 novembre 2015

**Annexe XI**

**Contribution des conseillers**  
**aux affaires sociales en**  
**Allemagne, Royaume-Uni et**  
**Espagne**





# Le maillage du réseau officinal

Synthèse en 6 points

Contributions des conseillers pour les affaires sociales<sup>1</sup>

**Allemagne, Espagne, Royaume-Uni**

## 1. Missions – rémunération – Attractivité du métier

	 <b>Allemagne</b>	 <b>Espagne</b>	 <b>Royaume Uni</b>
<b>Les principales missions du pharmacien d'officine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Garantir l'approvisionnement</u> en médicaments de la population (sur ordonnance ou dans le cadre d'automédication),</li> <li>- <u>Inform</u>er et <u>conseiller</u> les clients</li> <li>- <u>Contribuer</u> à l'<u>efficacité</u> de l'approvisionnement en médicaments.</li> <li>- il peut également être associé, même si cette mission est, dans les faits, inégalement exercée selon les officines, à la <u>délivrance de dispositifs médicaux</u>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Acquisition, surveillance, conservation, et délivrance des médicaments</u> et produits sanitaires ;</li> <li>- élaboration et <u>délivrance de formules magistrales</u> et de <u>préparations</u> d'officine,</li> <li>- information, prévention et coopération pour la <u>rationalisation des dépenses de santé</u></li> <li>- <u>Collaboration</u> dans l'<u>enseignement</u> pour l'obtention des diplômes de pharmacien.</li> </ul>	<p>Le gouvernement britannique valorise l'action du pharmacien d'officine dans 3 domaines : 1) <u>la santé publique</u>, 2) <u>le maintien de l'autonomie</u>, 3) <u>le « capital social »</u> : commerces clés permettant à un quartier/une ville de rester attractifs.</p> <p>La grande majorité des pharmacies dispose d'un espace de consultation privée pour les patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Services essentiels</u> : Délivrance du médicament</li> <li>- <u>Services avancés</u> : Evaluation d'utilisation des médicaments et dispositifs médicaux ;</li> <li>- <u>Services renforcés</u> : autorisés au niveau local<sup>1</sup> afin de répondre aux besoins de la population</li> </ul>
<b>Articulation de l'activité du pharmacien avec les autres professionnels de santé</b>	<p>Lors de la remise des médicaments sur ordonnance, le pharmacien fait office de lien entre le médecin et le patient ainsi que de dernier recours concernant la médication.</p>	<p>Le rôle du pharmacien est coordonné avec les autres services sanitaires de la Communauté Autonome (médecins, infirmiers sont donc également en lien direct avec le travail des pharmaciens).</p>	<p>Maintien des liens avec les autres professionnels de santé du secteur primaire, notamment avec les médecins généralistes et plus particulièrement en ce qui concerne les transferts de patients des soins primaires vers les soins secondaires.</p> <p>Chaque <i>Local Pharmaceutical Committee</i> travaille dans son secteur géographique en lien avec les équipes locales, collectivités locales et professionnels de santé afin d'organiser au mieux la planification des services de santé.</p>

<sup>1</sup> Par les Clinical Commissioning Group (CCG, organes de gouvernance locale du NHS et par les collectivités locales)

	 <b>Allemagne</b>	 <b>Espagne</b>	 <b>Royaume Uni</b>
<b>L'attribution de nouvelles fonctions est elle envisagée ?</b>	<p>Non, pas pour l'instant.</p> <p>Toutefois, afin d'améliorer la sécurité de la thérapie médicamenteuse, l'accompagnement des patients par le pharmacien est voué à se transformer en une gestion structurée de la médication en coopération étroite avec les corps de médecins.</p>	<p>Parmi les propositions concrètes des collèges de pharmaciens on retiendra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintien d'un engagement des pharmacies dans la politique des médicaments génériques ;</li> <li>- Contribution à la recherche pour optimiser le secteur dans la révision et l'amélioration des protocoles de prescription ;</li> <li>- Définition d'un portefeuille de services offerts par la pharmacie, structurés en plusieurs niveaux.</li> </ul>	<p>Le pharmacien, se voit de plus en plus doté de nouvelles missions, auparavant exercées par les médecins. Les pharmaciens, qui aident déjà les patients à arrêter de fumer, à gérer leur poids et à conseiller sur la santé sexuelle, sont désormais chargés du suivi de l'asthme, du diabète et testent la tension artérielle.</p> <p>Le NHS England a annoncé un plan de 31M £ pour recruter des « pharmaciens cliniciens » aux côtés des médecins généralistes afin de soulager les cabinets de médecine générale.</p>
<b>Des formations sont-elles prévues dans cette perspective ?</b>	<p>En principe, de nouvelles exigences en termes de qualifications peuvent être prévues (formations continue ou de perfectionnement en parallèle de l'activité professionnelle).</p> <p>Reste à vérifier si ces changements de formation seront nécessaires, et dans quelle ampleur.</p>	<p>Pour l'instant aucune modification de formations des pharmaciens n'est envisagée.</p> <p>Des formations complémentaires au cursus habituel sont organisées par les collèges de pharmaciens, mais le changement de contenu de formation n'a pour l'instant pas atteint les universités.</p>	<p>Il existe déjà des diplômés de pharmacien clinique<sup>2</sup>.</p> <p>Les passerelles de formation doivent donner aux pharmaciens les outils nécessaires à l'exercice d'un rôle en médecine générale (connaissances, compétences, comportements, expériences), avec un programme complet de cours, d'apprentissage, de méthodes d'auto-apprentissage, des évaluations et du soutien.</p>
<b>Y-a-t-il un déficit d'attractivité du métier de pharmacien d'officine ?</b>	<p>Les pharmaciens indépendants se plaignent de rendements trop faibles et d'une charge croissante liée aux tâches administratives.</p> <p>Le résultat d'exploitation est toutefois considéré comme satisfaisant, sauf pour les plus petites pharmacies.</p> <p>La baisse relative du nombre de pharmacies semble indiquer une perte d'attractivité relative du statut d'indépendant. Le statut du pharmacien employé reste attractif, malgré la rémunération relativement moyenne.</p>	<p>Dans un contexte de crise économique et de diminution des marges de bénéfice réalisé par les pharmacies, le métier ne semble pas souffrir d'un déficit d'attractivité.</p> <p>Les pharmacies espagnoles continuent de représenter une source croissante et stable d'emploi</p>	<p>La tendance observée au cours des 15 dernières années était plutôt à la hausse.</p>
<b>Ce déficit est-il constaté dans le choix des étudiants ?</b>	<p>L'évolution du nombre d'étudiants en pharmacie ne donne pas de signe de perte d'attractivité du métier de pharmacien.</p>	<p>L'évolution du nombre d'étudiants en pharmacie ne donne pas de signe de perte d'attractivité du métier de pharmacien.</p>	<p>L'engouement pour la profession pourrait connaître un revirement et pour la première fois cette année (2015-16), le nombre d'étudiants en première année de pharmacie a diminué.</p>

<sup>2</sup> Clinical Pharmacy Degrees

	 <p><b>Allemagne</b></p>	 <p><b>Espagne</b></p>	 <p><b>Royaume Uni</b></p>
<p><b>La rémunération des pharmaciens</b></p>	<p>La rémunération des pharmaciens indépendants dépend du volume de médicaments vendus, pris en charge par les prestataires d'aide sociale ou payés par le patient, ainsi que du volume des autres produits vendus.</p> <p>Pour les <u>médicaments obtenus uniquement sur ordonnance</u>: prix de ventes uniques. (c'est la plus grande partie du chiffre d'affaires)</p> <p>Pour les <u>préparations et autres médicaments spécifiques</u>: dispositions particulières. Pour les <u>dispositifs médicaux</u>, les prix sont également fixés par convention.</p> <p>Les prix des <u>médicaments ou dispositifs médicaux obtenus sans ordonnance</u>: prix fixés librement.</p> <p>En plus du chiffre d'affaires généré par la vente habituelle de médicaments, les pharmaciens reçoivent une dotation forfaitaire lorsqu'ils assurent un service de garde</p>	<p>La rémunération des pharmaciens est principalement basée sur les marges réalisées sur les prix de vente des laboratoires, fixées par l'administration.</p> <p>C'est le gouvernement qui, à travers la Commission interministérielle des Prix de Médicaments (CIPM) fixe les prix industriels des médicaments. Il est fixé en tenant compte des coûts de recherche et de développement technologique, des bénéfices réalisés par les entreprises impliquées, et des dépenses engagées en promotion et publicité.</p>	<p>Les pharmaciens travaillant dans les pharmacies d'officine sont employés par des pharmaciens actionnaires/entrepreneurs et perçoivent un salaire. Les pharmaciens remplaçants sont en général rémunérés à l'heure.</p> <p>Les actionnaires/entrepreneurs de pharmacies d'officine qui fournissent des services pharmaceutiques du NHS sont quant à eux rémunérés dans le cadre du <i>community pharmacy contractual framework</i>. Les paramètres de cette rémunération varient en fonction des types de services fournis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Services essentiels</u>: ils perçoivent les <i>fees and allowances</i> fixés par le <i>Drug Tariff</i>. Ils perçoivent aussi des allocations pour leurs locaux et dépenses de personnel, et sont remboursées pour les produits dispensés sur ordonnance (le pharmacien faisant l'avance du stock);</li> <li>- <u>Services avancés</u>: ils sont rémunérés en fonction du nombre d'interventions effectuées;</li> <li>- <u>Services renforcés</u>: ils sont rémunérés par les collectivités locales en fonction des services qu'ils acceptent de fournir</li> </ul> <p>A ces <i>fees et allowances</i> viennent s'ajouter les « marges arrière », profits autorisés à travers l'achat des médicaments sur ordonnance aux fournisseurs. L'accord national autorise un maximum de 800M £ de marge annuelle.</p>

## 2. Régulation

	 <b>Allemagne</b>	 <b>Espagne</b>	 <b>Royaume Uni</b>
<b>Monopole de la délivrance du médicament remboursé en ville</b>	Oui, les médicaments prescrits par ordonnance ainsi que ceux non remboursés en ville, ne peuvent être délivrés que par les pharmaciens.	Oui, les pharmaciens sont les seuls à pouvoir délivrer des médicaments, qu'ils soient remboursés ou non.	Les pharmaciens n'ont le monopole ni de la délivrance du médicament, ni de celle d'autres produits et services. Deux types de professionnels de santé peuvent délivrer des médicaments « en ville » en Angleterre: les pharmaciens d'officine (majorité des cas) et, notamment dans les zones rurales isolées, les médecins généralistes (appelés alors <i>dispensing doctors</i> ).
<b>De la vente d'autres produits (dispositifs médicaux)</b>	Non, il n'existe pas de monopole des pharmacies pour ces produits.	La vente de dispositifs médicaux est quant à elle ouverte aux entreprises autres que pharmacies	Les pharmaciens peuvent délivrer des appareils et dispositifs médicaux (bas de contentions, incontinence), mais ils ne sont pas les seuls, les fournisseurs spécialisés y sont habilités.
<b>De l'offre de certains services</b>	La préparation de médicament sur commande ou par lot (formula magistralis, formula officinalis) peut être citée.	En plus des services établis par la loi, les pharmacies participent au programme « <i>Más servicios, mejor salud</i> » <sup>3</sup> , qui consiste à : - Collaborer dans la détection précoce, le traitement et le suivi des maladies ; - Garantir l'efficacité et la sécurité des traitements ; - Porter une attention particulière et réaliser le suivi de certains groupes de population. Les pharmaciens participant au programme « <i>Más servicios, mejor salud</i> » disposent d'un personnel ayant reçu une formation spécifique, afin de proposer les services du programme. (assurée par le Collège Officiel de Pharmaciens des différentes communautés autonomes).	

<sup>3</sup> « Plus de services, une meilleure santé »

	 <p><b>Allemagne</b></p>	 <p><b>Espagne</b></p>	 <p><b>Royaume Uni</b></p>
<p><b>Qui d'autre peut offrir ces services</b></p>	<p>Certaines préparations spécifiques peuvent éventuellement être réalisées sur commande par une pharmacie hospitalière ou par une entreprise disposant de l'autorisation légale de fabrication de médicaments.</p>	<p>Le programme « <i>Más servicios, mejor salud</i> » ne concerne que les pharmaciens. Pour les services similaires, les professionnels de santé (médecins, infirmiers...) restent les référents appropriés.</p>	
<p><b>L'installation des pharmacies sur le territoire est-elle encadrée</b></p>	<p>La liberté d'établissement existe en Allemagne. Les conditions d'autorisation d'exploitation d'une pharmacie relèvent uniquement des données liées à la personne (en plus de la condition de disposer de locaux et d'équipement appropriés).</p>	<p>L'ouverture d'une pharmacie est soumise à l'obtention d'une autorisation d'installation, délivrée par la délégation à la santé du gouvernement régional. La seule manière d'ouvrir une pharmacie est d'acheter une licence existante ou d'hériter d'une pharmacie déjà en activité. Sur le plan territorial, la norme établit une série de requis concernant l'emplacement d'une pharmacie (une seule pharmacie pour 2 800 habitants, distance minimum de 250m)</p>	<p>L'accès au marché des services pharmaceutiques pris en charge par le NHS est, sauf exception, laissé à l'appréciation du NHS England sur la base des besoins de la population. En revanche, l'installation de pharmacies privées (ne fournissant pas de services pharmaceutiques pris en charge par le NHS) n'est pas « contrôlée ».</p>

### 3. Densité du maillage

	 <p><b>Allemagne</b></p>	 <p><b>Espagne</b></p>	 <p><b>Royaume Uni</b></p>
<p><b>Existe-t-il des territoires considérés comme sous dotés ou sur dotés</b></p>	<p>Il n'existe pas de planification des besoins pour les pharmacies en Allemagne. La répartition est considérée comme régulière et couvrant la totalité du territoire, malgré certaines différences régionales de densité du maillage official.</p>	<p>98,9% de la population espagnole réside dans des communes disposant d'au moins une pharmacie, qui peut devenir parfois le seul accès stable à des ressources sanitaires. C'est pourquoi le problème de territoires sous-dotés ne se pose pas réellement.</p>	<p>Les <i>Health and Wellbeing Boards</i> locaux évaluent l'adéquation entre pharmacies d'officine / services pharmaceutiques et besoins des populations dans leurs <i>pharmaceutical needs assessment</i> (PNA). Dans certaines zones géographiques, le nombre de pharmacies est même supérieur à celui requis</p>

	 <p><b>Allemagne</b></p>	 <p><b>Espagne</b></p>	 <p><b>Royaume Uni</b></p>
<p><b>Actions entreprises pour y remédier</b></p>	<p>Une subvention supplémentaire pour les gardes, est prévue en priorité pour les pharmacies situées dans des zones où le maillage officiel est peu dense, et qui assument une proportion de gardes plus importante.</p>	<p>La répartition des pharmacies sur tout le territoire espagnol semble répondre à des critères sociaux plus qu'économiques.</p>	<p>En 2006, pour les zones qui manquaient tout de même de pharmacies faute d'intérêt commercial (<i>une pharmacie n'y serait pas viable</i>), des contrats spécifiques pour les "petites pharmacies essentielles" ont été introduits</p>
<p><b>Obligation d'avoir des entrepôts de stockage contigus à l'officine ouverte au public</b></p>	<p>Oui. La loi prévoit qu'une pharmacie doit être constituée d'au moins une officine, d'un laboratoire, d'un lieu de stockage ainsi que d'une salle de garde.</p>	<p>Oui Le local d'une pharmacie doit comporter : un accueil du public (30m<sup>2</sup>), une zone de stockage des médicaments et produits sanitaires, un laboratoire, le bureau du pharmacien.</p>	<p>Non</p>

#### 4. Vente de médicaments en ligne

	 <p><b>Allemagne</b></p>	 <p><b>Espagne</b></p>	 <p><b>Royaume Uni</b></p>
<p><b>Encadrement légal de la vente sur internet de médicaments</b></p>	<p>La vente en ligne est autorisée pour les médicaments obtenus sur ordonnance et sans ordonnance. Les pharmacies doivent disposer d'une autorisation spécifique pour la vente par correspondance de produits soumis à la règle de vente exclusive en pharmacie.</p>	<p>Seule la vente de médicaments non soumis à une prescription médicale est autorisée ; Elle est réservée aux pharmacies inscrites sur la liste de l'Agence Espagnole du Médicament et des Produits Sanitaires (AEMPS), et disponible sur le site internet Distafarma, géré par l'AEMPS ; Les commandes sont effectuées directement auprès de la pharmacie, à travers le site internet habilité et le paiement doit inclure les coordonnées de l'acheteur afin que le pharmacien puisse entrer en contact avec le patient ; Il appartient au pharmacien d'évaluer la pertinence de la délivrance, surtout en cas de demandes qui seraient le signe d'un mauvais usage ou d'un abus. Le transport des médicaments depuis l'officine qui les délivre jusqu'au domicile de l'acheteur est placé sous la responsabilité du pharmacien ;</p>	<p>Toute les pharmacies de Grande Bretagne, y compris celles qui fournissent des services en ligne, doivent être inscrites auprès du General Pharmaceutical Council (GPhC), sur un registre en ligne, et respecter les conditions prévues. Avant d'envoyer les médicaments au patient, toute pharmacie doit recevoir une ordonnance valide. Certains sites offrent la possibilité d'une consultation en ligne qui donne ensuite lieu à une ordonnance électronique</p>

	 <b>Allemagne</b>	 <b>Espagne</b>	 <b>Royaume Uni</b>
<b>Ampleur des achats en ligne</b>	Pas quantifié à ce jour.	Pas quantifié à ce jour.	Pas quantifié à ce jour
	On compte 281 pharmacies qui réalisent des ventes en ligne (dont 80 dans la communauté de Madrid et 74 en Catalogne).		Le phénomène serait évalué à 3 ou 4% d'après la <i>Royal Pharmaceutical Society</i>

## 5. Organisation capitalistique

	 <b>Allemagne</b>	 <b>Espagne</b>	 <b>Royaume Uni</b>
<b>Le capital des officines est-il ouvert à des pharmaciens investisseurs, à des majoritaires, à des non pharmaciens ?</b>	Non. Les participations d'associés tacites ne sont pas autorisées.	Non, le détenteur du capital est contraint d'exercer dans la pharmacie. Pour que l'officine fonctionne, la présence du pharmacien titulaire est requise pendant l'horaire minimum obligatoire d'ouverture. Au côté du pharmacien titulaire peut exercer un pharmacien co-titulaire, qui désigne le copropriétaire de la pharmacie. Sa participation ne doit pas être inférieure à 20% du capital de la pharmacie. L'ouverture du capital des pharmacies est exclusivement réservée aux pharmaciens.	Tout le monde peut investir dans une pharmacie. Il est toutefois interdit de diriger une pharmacie (inscrite au <i>GPhC</i> ) sans être soi-même pharmacien ou employer un <i>registered pharmacist</i> .
<b>Peut-il y avoir des succursales d'une officine pour couvrir certaines zones ?</b>	Oui. Un pharmacien peut posséder jusqu'à deux succursales soumises aux conditions suivantes : - Existence d'une pharmacie principale ; - Les 3 pharmacies doivent se trouver dans la même intercommunalité ou dans celle voisine ; - Le pharmacien doit exploiter personnellement la pharmacie principale ; - Les pharmaciens exploitant les succursales doivent être désignés par écrit par le pharmacien principal.	La loi espagnole établit que seuls les pharmaciens peuvent être titulaires et propriétaires des pharmacies. Chaque pharmacien ne peut être propriétaire que d'une seule pharmacie. L'ouverture de succursales d'une même pharmacie n'est pas prévue par la loi.	Les succursales sont autorisées. 60 % des entrepreneurs/actionnaires de pharmacie d'officine ( <i>community pharmacy contractors</i> ) en Angleterre possèdent au moins six pharmacies.

**6. Difficultés sectorielles**

<p><b>Principales difficultés rencontrées dans le secteur officinal</b></p>	 <p><b>Allemagne</b></p> <p><u>Difficultés liées au métier</u> : Renforcement du rôle de professionnel de santé du pharmacien, évolution de l'accompagnement du patient par le pharmacien vers la gestion de la médication intégrant la notion d'efficacité.</p> <p><u>Défi territorial</u> : Obtenir un maillage couvrant l'ensemble du territoire, assurer la relève notamment dans les régions où le maillage est peu dense.</p>	 <p><b>Espagne</b></p> <p>La principale préoccupation des pharmaciens semble reposer sur une possible libéralisation du marché des médicaments.</p> <p>Durant ces 10 dernières années, la politique publique de contrôle des prix a relativement réduit les marges de bénéfice des pharmaciens.</p> <p>De manière générale, le réseau officinal espagnol semble plutôt bien portant, tant en termes de répartition que de financement.</p>	 <p><b>Royaume Uni</b></p> <p>La politique de réduction des dépenses publiques suscite des craintes et la décision du ministère de la Santé de réduire le budget dédié aux pharmacies d'officine de 6% par rapport à 2015/16 a déclenché une vague de protestations.</p> <p>L'évolution du rôle du pharmacien d'officine, de plus en plus orienté vers les activités cliniques, est perçue tantôt comme une opportunité, tantôt comme une menace pour la profession.</p> <p>Les tensions sont assez fortes entre les grands groupes et les « indépendants ».</p>
---	--	--	---

<sup>i</sup> Ont contribué : **Manuel Bougeard** (Allemagne) ; **Jean-François Renucci** (Espagne) ; **Marie Keirle** (Royaume-Uni)=